

N° 3238

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUATORZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 19 novembre 2015.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE
PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, *de financement de la sécurité
sociale pour 2016*,

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. GÉRARD BAPT, Député.

ASSURANCE MALADIE

PAR MME MICHÈLE DELAUNAY, Députée.

MÉDICO-SOCIAL

PAR MME JOËLLE HUILLIER, Députée.

ASSURANCE VIEILLESSE

PAR M. MICHEL ISSINDOU, Député.

ACCIDENTS DU TRAVAIL – MALADIES PROFESSIONNELLES

PAR M. DENIS JACQUAT, Député.

FAMILLE

PAR MME MARIE-FRANÇOISE CLERGEAU, Députée.

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : 3106, 3127, 3129 et T.A. 600.

Commission mixte paritaire : 3222.

Nouvelle lecture : 3221.

Sénat : 1^{ère} lecture : 128, 134, 139 et T.A. 37 (2015-2016).

Commission mixte paritaire : 158 et 159 (2015-2016).

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	9
TRAVAUX DE LA COMMISSION	13
DISCUSSION GÉNÉRALE	13
EXAMEN DES ARTICLES	15
DEUXIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015	15
<i>Article 4</i> : (art. L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13, L. 138-14, L. 138-15, L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-4, L. 138-19-5, L. 138-20 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale) Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C.....	15
TROISIÈME PARTIE – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016	19
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	19
Chapitre I ^{er} – Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolution de certains dispositifs particulier en découlant	19
<i>Article 7 bis</i> : (art. L. 136-2 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale) Abaissement du seuil d'assujettissement des indemnités de départ forcé aux prélèvements sociaux.....	19
<i>Article 9</i> : (art. L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale) Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer (LODEOM).....	21
<i>Article 9 bis</i> : (art. L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale) Extension à Saint-Barthélemy au régime d'exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale applicable aux entreprises des secteurs exposés des départements d'outre-mer et de Saint-Martin.....	24
<i>Article 9 ter</i> : (art. L. 241-10 du code de la sécurité sociale) Augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée au bénéfice des particuliers-employeurs.....	25
<i>Article 9 quater</i> : Exonération partielle de cotisations vieillesse des médecins et infirmiers retraités exerçant en zone sous-dense au titre du cumul emploi-retraite.....	26

<i>Article 10 bis</i> : (art. L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime) Porter de cinq à six ans les allègements de cotisations sociales en faveur des jeunes agriculteurs.....	28
Chapitre II – Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non-salariés	30
<i>Article 11</i> : (art. L. 133-4-8 du code de la sécurité sociale [nouveau]) Proportionnalité du redressement en matière de protection sociale complémentaire.....	30
<i>Article 11 bis</i> : (art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale) Réduction du taux du forfait social pour certains produits d'épargne salariale.....	32
<i>Article 11 ter</i> : (art. L. 242-13-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Possibilité d'absence de redressement en cas de bonne foi du cotisant	33
<i>Article 11 quater</i> : (art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale) Suspension de la procédure de recouvrement en cas de contestation de la mise en demeure.....	34
<i>Article 12</i> : (art. L. 133-6-2, L. 611-20 et L. 652-3 du code de la sécurité sociale) Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales	36
<i>Article 14</i> : (art. L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale) Report à 2020 de l'obligation de bascule au régime micro-social des personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015	38
<i>Article 14 bis</i> : (art. L. 136-5, L. 213-1, L. 213-4 [nouveau], L. 241-6-2 et L. 752-4 du code de la sécurité sociale ; art. L. 5427-1 et L. 6331-53 du code du travail ; art. 30 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015) Transfert du recouvrement de certains prélèvements sociaux pesant sur les marins de l'ENIM vers les URSSAF	39
<i>Article 14 ter</i> : (art. L. 2242-5-1 du code du travail ; art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale ; art. 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ; art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ; article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 et art. 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi) Aménagement des modalités de reprise des allègements généraux en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation annuelle de négociation sur les salaires.....	41
<i>Article 14 septies</i> : (art. 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises ; art. 9 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; art. L. 611-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 5141-1 du code du travail) Modifications diverses relatives au Régime social des indépendants	46
<i>Article 14 nonies</i> : (art. L. 131-6 du code de la sécurité sociale) Suppression de l'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes des gérants majoritaires de SARL affiliés au RSI.....	50
<i>Article 14 decies</i> : Rapport sur la prise en charge des indépendants à Saint-Barthélemy...	51
Chapitre III – Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale	52
<i>Article 15</i> : (art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-1, L. 135-2, L. 135-3, L. 135-3-1, L. 135-4, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-8, L. 137-17, L. 223-1, L. 245-14, L. 245-15, L. 245-16 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ; art. 1600-0 S du code général des impôts ; art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;	

art. 6, 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; art. 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 ; art. 87 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; art. 148 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques ; art. 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon) Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale	52
Chapitre IV – Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale	55
<i>Article 18 A</i> : Affiliation temporaire au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite	55
<i>Article 18 B</i> : (art. 10 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social) Exonération de prélèvements sociaux en faveur des correspondants locaux de presse	57
<i>Article 18</i> : Intégration au régime général du régime spécial d'assurance maladie, maternité et décès du grand port maritime de Bordeaux	58
<i>Article 19</i> : (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale) Affiliation au régime général des gens de mer employés à bord de navires étrangers	59
<i>Article 20</i> : (art. L. 133-6-8, L. 134-3, L. 134-4, L. 134-5, L. 134-5-1, L. 134-6, L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11, L. 134-11-1, L. 134-12, L. 134-13, L. 134-15, L. 139-1, L. 221-1, L. 241-1, L. 241-2, L. 241-3 à L. 242-3-3, L. 242-10, L. 380-1, L. 380-2, L. 380-3-1, L. 381-4, L. 381-8, L. 382-15, L. 612-4, L. 613-8, L. 713-21, L. 715-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 721-2 [nouveau], L. 722-5, L. 722-6, L. 731-2, L. 731-11 et L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime) Réforme de l'architecture financière de la branche maladie	60
Chapitre V – Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie	61
<i>Article 21</i> : (art. L. 864-1, L. 864-2 [nouveau] et L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans	61
<i>Article 21 bis</i> : (art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale) Augmentation du plafond de ressources de l'ACS pour les personnes de soixante-cinq ans et plus	65
<i>Article 22</i> : (art. L. 242-1, L. 911-7, L. 911-7-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. 1 ^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi) Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts ou à temps très partiel	66
<i>Article 24</i> : Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C	70
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	71
<i>Article 26</i> : Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2016 (Annexe C)	71
<i>Article 26 bis</i> : Rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée	72
<i>Article 27</i> : Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2016	73

<i>Article 28</i> : Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), détermination de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV pour 2016	74
<i>Article 30</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	76
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016	77
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE	77
<i>Article 33 bis</i> : (art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale) Date de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant	77
<i>Article 34</i> : Objectif de la branche famille pour 2016	79
TITRE II – DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE	80
<i>Article 36</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016	80
<i>Article 36 bis A</i> : (art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale) Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 63 ans en 2019	81
<i>Article 36 sexies A</i> : (art. L. 742-6 du code de la sécurité sociale) Ajustements techniques apportés au dispositif d'élargissement de l'assurance volontaire vieillesse aux conjoints collaborateurs	84
<i>Article 36 sexies</i> : (art. 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites) Adaptation des règles de cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs	85
TITRE III – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES	86
<i>Article 38</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2016	86
TITRE IV – DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE	88
Chapitre I^{er} – Amélioration de l'accès au droit	88
<i>Article 39</i> : (art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 111-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-15, L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 133-4, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-15-4, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 161-27, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2, L. 162-1-15, L. 162-1-20, L. 162-4, L. 162-31, L. 162-31-1, L. 162-45, L. 165-9, L. 165-12, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 182-2-3, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 242-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-7, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 314-1, L. 315-2, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 323-1, L. 323-4, L. 325-1, L. 330-1, L. 331-1, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 341-3, L. 353-5, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 372-2, L. 376-4, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-23, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-8, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1,	

L. 471-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-12, L. 613-14, L. 613-20, L. 711-5, L. 711-6, L. 711-7, L. 712-6 à L. 712-9, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-6, L. 722-8-2, L. 758-2, L. 762-4, L. 762-6, L. 762-7, L. 762-14, L. 765-5, L. 821-7, L. 861-1, L. 861-2, L. 861 3, L. 861-5 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 722-10, L. 722-11, L. 732-3, L. 742-3, L. 751-9, L. 761-2 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 242-12, L. 245-3, L. 251-1, L. 251-2, L. 252-1 à L. 252-3 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 111-1 du code de la mutualité ; art. L. 6241-3 et L. 6322-1 du code de la santé publique ; art L. 333-1 du code de la consommation ; art. 9, 9-1, 9-4 et 9-5 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 20-1, 20-2, 20-7, 23-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; art. 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites ; art. 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ; art. 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service) Création d'un régime universel d'assurance maladie	88
<i>Article 39 bis A</i> : Rapport sur la reconnaissance de la sclérose en plaque pour les fonctionnaires.....	95
<i>Article 39 ter</i> : Résiliation des contrats en cours des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé.....	96
<i>Article additionnel après l'article 39 ter [nouveau]</i> : Rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée	97
<i>Article 41</i> : (art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 5134-1 du code de la santé publique) Confidentialité et gratuité des actes et consultations dans le cadre de la contraception des mineures.....	97
<i>Article 41 ter</i> : (art. L. 613-20 du code de la sécurité sociale) Temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants.....	98
Chapitre II – Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée.....	98
<i>Article 42</i> : (art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale) Contrats de coopération pour les soins visuels.....	98
<i>Article 45 ter</i> : (art. L. 162-17-3, L. 165-3 et L. 165-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Régulation des dépenses au titre des dispositifs médicaux et des prestations remboursables	100
<i>Article 47</i> : (art. L. 313-12-2 et L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Financement des établissements et services médico-sociaux	102
<i>Article 47 bis A</i> : (art. 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013) Élargissement de l'expérimentation relative au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie.....	103

Chapitre III – Poursuite de la réforme du financement des établissements	105
<i>Article 49</i> : (art. L. 133-4, art. L. 138-10, art. L. 162-1-14-2, art. L. 162-5-17, L. 162-16-6, art. L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L. 162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26, L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique) Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation	105
<i>Article 50</i> : (art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4 et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale) Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements de santé et les agences régionales de santé.....	111
<i>Article 50 bis</i> : (art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale) Pertinence des prescriptions de transports sanitaires	112
<i>Article 51</i> : (art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6113-11, L. 6113-12 et L. 6111-13 du code de la santé publique) Étude nationale des coûts.....	113
<i>Article 51 bis</i> : Instauration de trois journées de carence pour les personnels hospitaliers.	115
Chapitre IV – Autres mesures et objectifs financiers.....	117
<i>Article 54</i> : Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016	117
<i>Article 55</i> : ONDAM et sous-ONDAM pour 2016.....	118
TITRE V – DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES.....	119
<i>Article 56</i> : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2016	119
TITRE VI – DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES....	120
<i>Article 57</i> : (art. L. 161-23-1, L. 341-6, L. 351-11, L. 353-5, L. 356-2, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-16, L. 434-17, L. 551-1, L. 816-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 732-24 et L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime) Modification de la règle de revalorisation des prestations de sécurité sociale	120
<i>Article 58</i> : (art. L. 122-6 à L. 122-9 [nouveaux], L. 216-2-1, L. 216-2-2 et L. 611-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Renforcement des mutualisations entre organismes, branches et régimes de la sécurité sociale.....	122
<i>Article 62</i> : (art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale) Élargissement du droit de communication à des personnes non identifiées.....	123

INTRODUCTION

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 27 octobre 2015. Alors que le projet initial comptait 61 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 91, un article ayant été supprimé et 31 articles additionnels ayant été adoptés.

Le Sénat a adopté 48 articles au projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale, et a confirmé la suppression de l'article 10. Il a ajouté 14 articles additionnels.

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

ARTICLES ADOPTÉS CONFORMES PAR LE SÉNAT

Numéros articles	Intitulés articles
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2014	
1	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2014
2	Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2014 (annexe A)
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015	
3	Rectification de la dotation au FMESPP et à l'ONIAM
5	Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2015
6	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2015
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2016	
Titre I^{er} Dispositions relatives aux recettes, au recouvrement et à la trésorerie	
Chapitre I^{er} Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolutions de certains dispositifs particuliers en découlant	
7	Élargissement du champ de la réduction de cotisation patronale famille
8	Suppression progressive de la contribution sociale de solidarité des sociétés (étape 2 du Pacte de responsabilité et de solidarité)
10	Suppression des dispositifs d'exonérations sociales applicables aux bassins d'emplois à redynamiser (BER), aux zones de restructuration de la défense (ZRD) et aux zones de revitalisation rurale (ZRR) – <i>Suppression confirmée</i>
Chapitre II Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non-salariés	
13	Renforcement des options de lissage des revenus professionnels des non-salariés agricoles soumis à cotisations sociales
14 quater	Sécurisation de la procédure de redressement forfaitaire en cas de travail dissimulé

Numéros articles	Intitulés articles
14 quinquies	Motivation de l'avertissement ou de la mise en demeure en cas poursuite pour méconnaissance de la législation de sécurité sociale
14 sexies	Ajustement des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux sur les artistes-auteurs
14 octies	Aménagement des modalités d'entrée en vigueur de la déclaration sociale nominative
Chapitre III	
Dispositions relatives aux recettes et à la trésorerie des organismes de sécurité sociale	
16	Prélèvement au profit du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés
17	Aménagement du calendrier de reprise des déficits par la CADES
17 bis	Augmentation du taux de la taxe de solidarité additionnelle sur certains contrats d'assurance
Chapitre V	
Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie	
22 bis	Rapport sur l'extension aux travailleurs des ESAT de la couverture complémentaire collective
23	Prorogation d'un an de la contribution des organismes assurant la couverture complémentaire en santé prévue à l'avenant n° 8 de la convention médicale
25	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5
Titre II	
Conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale	
29	Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt
QUATRIÈME PARTIE	
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016	
Titre I^{er}	
Dispositions relatives à la branche famille	
31	Généralisation du dispositif de garantie contre les impayés de pension alimentaire
32	Transfert aux caisses d'allocations familiales du service des prestations familiales aux fonctionnaires en poste dans les DOM
33	Extension de l'allocation de soutien familial et du complément de libre choix du mode de garde à la collectivité de Saint-Pierre-et-Miquelon
34	Objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2016
Titre II	
Dispositions relatives à l'assurance vieillesse	
35	Prise en compte de certaines périodes de chômage des marins au titre de l'assurance-vieillesse
36 bis	Ajustements techniques au dispositif de plafonnement du cumul emploi-retraite
36 ter	Précisions relatives au champ d'application de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)
36 quater	Ajustements techniques relatifs aux cotisations versées au titre de l'assurance-vieillesse, en cohérence avec la mise en place de la liquidation unique des régimes alignés (LURA)
36 quinquies	Exclusion des personnes détachées en France du champ des périodes assimilées à des périodes d'assurance
36 septies	Demande de rapport au Parlement sur les conditions de revalorisation du montant de la pension de retraite du régime des cultes

Numéros articles	Intitulés articles
Titre III Dispositions relatives à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles	
37	Fixation des montants des dépenses de transfert instituées par des dispositions légales à la charge de la branche AT-MP
Chapitre I^{er} Amélioration de l'accès aux droits	
39 bis	Aménagement des modalités d'octroi de temps partiels thérapeutiques
40	Amélioration de la prise en charge des victimes d'actes de terrorisme
41 bis	Extension de la gratuité du dépistage du cancer du sein
Chapitre II Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée	
43	Expérimentation relative à la prévention du risque d'obésité
44	Pérennisation de l'expérimentation conduite par l'agence régionale de santé Pays de la Loire relative à la permanence des soins ambulatoires
44 bis	Prise en charge par l'assurance maladie des frais d'établissement du certificat de décès
45	Pérennisation du financement des actes prévus dans les protocoles de coopération
45 bis	Régulation géographique du conventionnement de certaines professions para-médicales
46	Transfert à l'ONDAM du financement des établissements et services d'aide par le travail
47 bis	Rapport sur la continuité des soins entre le domicile et les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées
Chapitre III Poursuite de la réforme du financement des établissements	
48	Report de la réforme de la participation financière de l'assuré aux frais d'hospitalisation
49 bis	Rapport sur la prise en charge des pathologies cancéreuses
49 ter	Rapport sur le développement et la valorisation des consultations disciplinaires
Chapitre IV Autres mesures et objectifs financiers	
52	Réforme des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés
53	Fixation des dotations au FMESPP, l'ONIAM, l'EPRUS, et de la contribution de la CNSA aux ARS pour l'année
Titre VI Dispositions communes aux différentes branches	
57 bis	Exonération de certains droits de mutation au profit des organismes de sécurité sociale
59	Extension des dispositions applicables dans le cadre de la lutte contre la fraude à tous les régimes
60	Exclusion des sommes issues de fraudes sociales des procédures collectives
61	Élargir les sources de détection des fraudes sociales

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 58 articles restant en discussion.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

DISCUSSION GÉNÉRALE

La Commission des affaires sociales procède à l'examen, en nouvelle lecture, des articles du projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2016 (n° 3221), sur le rapport de M. Gérard Bapt, Mmes Michèle Delaunay et Joëlle Huillier, MM. Michel Issindou et Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, lors de sa deuxième séance du mercredi 18 novembre 2015.

Mme la présidente Catherine Lemorton. À la suite de l'échec de la commission mixte paritaire (CMP) qui s'est réunie hier en fin d'après-midi, nous devons examiner ce soir le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 (PLFSS 2016) tel qu'adopté par le Sénat.

Ce texte sera examiné en séance publique lundi prochain à partir de seize heures. Le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 27 octobre dernier comportait quatre-vingt-douze articles. Le Sénat a adopté quarante-huit articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et a confirmé la suppression de l'article 10. Il a ajouté quatorze articles additionnels.

Si la CMP a échoué, c'est que, malgré un certain nombre d'articles adoptés par le Sénat dans les mêmes termes qu'à l'Assemblée, souvent sur des mesures techniques, nos positions sont restées irréconciliables sur les dispositions les plus importantes du texte.

Ainsi, la suppression, dans l'article 15, des dispositions relatives à l'assujettissement des non-résidents aux prélèvements sociaux sur le capital, le refus, dans l'article 4, du mécanisme de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C ou le relèvement à soixante-trois ans de l'âge de départ à la retraite ne pouvaient être acceptés par notre majorité.

Dans ces conditions et en raison de l'échec de la commission mixte paritaire, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner les cinquante-huit articles qui restent encore en discussion dans le texte adopté par le Sénat. Nous nous orientons vers une réécriture du texte tel qu'il fut adopté en première lecture par notre assemblée.

M. Gilles Lurton. Nous sortons de la séance publique, où nous n'avons achevé qu'à vingt et une heures l'examen de la proposition de loi relative à la protection de l'enfance. Nos conditions de travail ne sont pas admissibles.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous sommes tous d'accord. Notre calendrier a changé, car, à la demande de plusieurs groupes parlementaires,

la conférence des présidents avait décidé de repousser à demain jeudi, à quinze heures, l'examen du projet de loi relatif à la santé. J'ai donc été obligée de revoir notre ordre du jour. Dans l'après-midi, cet examen a été repoussé à mardi prochain. Pour ne pas ajouter de modifications aux modifications, j'ai décidé de ne pas modifier à nouveau notre ordre du jour.

La Constitution impose en revanche l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans des délais très stricts. Comme je l'ai indiqué ce matin en commission, je vous serais reconnaissante d'éviter de m'intenter des procès de forme. Dans un contexte particulièrement compliqué et avec un ordre du jour très chargé pour notre commission, je fais le maximum pour que nos conditions de travail demeurent acceptables.

M. Dominique Tian. La conférence des présidents n'a accepté le report du projet de loi relatif à la santé que parce que le groupe écologiste et le groupe de la Gauche démocrate et républicaine étaient fermement opposés à son examen !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Monsieur Tian, vous n'étiez pas en conférence des présidents. À la sortie de la réunion, le projet de loi relatif à la santé devait être examiné demain jeudi. Mais l'exécutif a décidé, après cette réunion, de déplacer de nouveau l'examen de ce texte ! Les communistes et les écologistes n'y sont pour rien !

M. Dominique Tian. Nous recommencerons l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale en séance publique à partir de lundi après-midi, le vote sur l'ensemble du texte étant prévu mercredi. Nous n'aurons donc que quelques heures pour ce débat, et nous n'en aurons pas plus, ensuite, pour parler du projet de loi relatif à la santé, alors que nous sommes totalement opposés à ce texte.

La Commission passe à l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

EXAMEN DES ARTICLES

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2015

Article 4

(art. L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13, L. 138-14, L. 138-15, L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-4, L. 138-19-5, L. 138-20 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale)

Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C

Cet article vise à ajuster les modalités de mise en œuvre des dispositifs de la contribution sur le chiffre d'affaires à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (« taux L ») et de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C (« montant W »).

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Afin de sécuriser l'éventuel déclenchement en 2016 des deux mécanismes précités, cet article :

– clarifie et stabilise le statut des médicaments compris dans l'assiette de chaque contribution ;

– aménage les conditions permettant à un laboratoire de conventionner avec le comité économique des produits de santé (CEPS) ;

– habilite toute entreprise exploitant un médicament à signer un avenant conventionnel avec le CEPS, et supprime ainsi la référence au groupe qui prévalait jusqu'alors ;

– élargit, enfin, le champ des remises déduites de l'assiette du chiffre d'affaires, afin de tenir compte de l'ensemble des remises relevant de la compétence du CEPS.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sans remettre en cause les ajustements proposés, le Sénat a, sur proposition du rapporteur général, procédé à plusieurs modifications substantielles qui remettent en cause l'équilibre sur lequel reposaient les deux contributions.

En premier lieu, les sénateurs ont limité l'assiette du « taux L » au seul champ de la France métropolitaine, estimant que les données relatives aux dépenses de médicaments en ville en outre-mer n'étaient disponibles que tardivement.

Ils ont également souhaité rendre comparables l'assiette prise en compte au titre de l'année N-1 et l'assiette de l'année N, considérant que la différence d'assiette entraînait une progression « *quasi automatique* » l'année suivante. Ce faisant, les sénateurs estiment que le rendement du dispositif pourrait s'en trouver affecté ; l'éventuelle perte de recettes est compensée par la création d'une taxe additionnelle sur le tabac (V).

Les sénateurs ont également, dans un nouveau III, supprimé la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C, estimant que ce mécanisme n'avait plus lieu d'être en 2016 « *dans la mesure où il aura produit ses effets pour la fixation du prix des médicaments visant à lutter contre l'hépatite C* ». La suppression de ce mécanisme entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2016 (IV).

3. La position de la commission

La commission a considéré que les modifications apportées au Sénat n'étaient pas satisfaisantes et a donc rétabli cet article dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

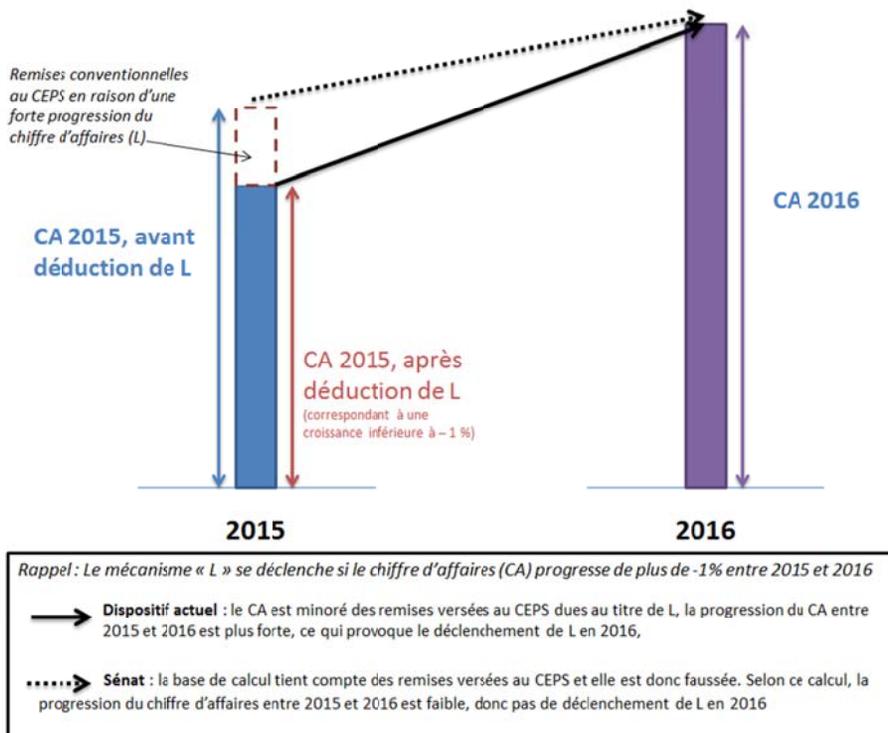
- En premier lieu, le mécanisme W est un instrument qui n'a vocation à s'appliquer en 2016 que si le montant total du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer est supérieur au montant W fixé par la loi de financement de la sécurité sociale – soit 700 millions d'euros – minoré des remises accordées par le CEPS. En outre, la progression du chiffre d'affaires entre l'année N-1 et l'année N doit être de plus de 10%.

Ce mécanisme est avant tout un garde-fou contre les dépenses exponentielles qui pourraient être engendrées dans le cas contraire par la fixation à un niveau élevé du prix des traitements contre l'hépatite C.

- Deuxièmement, l'harmonisation de l'assiette permettant de calculer la croissance du chiffre d'affaires entre l'année N-1 et l'année N n'est pas souhaitable.

En effet, en cas de déclenchement de la contribution au titre du taux L, les entreprises peuvent être exonérées du paiement de cette contribution si elles choisissent de s'acquitter en contrepartie de remises conventionnelles. Si tel est le cas, ne pas prendre en compte ces remises versées au CEPS l'année N-1 reviendrait à considérer ces dépassements comme acquis, et à les reprendre dans la base de calcul des années suivantes. Cette base de calcul, qui permet d'évaluer si la contribution se déclenche ou non l'année N, serait dans cette hypothèse faussée.

Le schéma suivant explique ce raisonnement.



Source : commission des affaires sociales, d'après la direction de la sécurité sociale.

• Enfin, la limitation du champ de l'assiette au seul chiffre d'affaires réalisé en France métropolitaine aurait pour effet de minorer mécaniquement le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques et de fausser, encore une fois, le mécanisme de calcul de déclenchement de la contribution.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS88 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure pour l'assurance maladie. Cet amendement vise à rétablir l'article 4 dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale. Les sénateurs ont en effet procédé à plusieurs modifications qui ne sont pas souhaitables.

Ils ont tout d'abord modifié l'assiette de la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques en la limitant au seul champ de la France métropolitaine et en rendant comparables l'assiette prise en compte au titre de l'année $n - 1$ et l'assiette de l'année n , considérant que la différence d'assiette entraînait une progression

« quasi automatique » l'année suivante. Or la modification de l'assiette de la contribution due au titre du taux L conduirait à fausser le mécanisme de calcul, en considérant comme acquis les dépassements des objectifs de dépenses.

Ils ont ensuite supprimé la contribution due au titre des médicaments destinés au traitement de l'hépatite C, estimant que ce mécanisme n'avait plus lieu d'être en 2016 « dans la mesure où il aura produit ses effets pour la fixation du prix des médicaments visant à lutter contre l'hépatite C ». Or ce dispositif est un instrument à vocation dissuasive : il convient de le maintenir afin de s'assurer de la soutenabilité des dépenses de médicaments contre le virus de l'hépatite C.

M. Jean-Pierre Door. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale adopté par le Sénat convient tout à fait à l'opposition de l'Assemblée nationale. Je constate que vous entamez la réunion en détricotant ce qui a été fait au Sénat pour revenir au texte initial. Nous avons déposé peu d'amendements, car nous attendons de savoir à quoi ressemblera le texte qui sortira d'ici et sera examiné en séance publique lundi prochain.

Madame Delaunay, nous sommes opposés à votre amendement, car le Gouvernement fait, une fois de plus, peser sur le médicament la régulation des dépenses, pour un montant de 1,7 milliard d'euros.

À juste titre, le Sénat a proposé de supprimer la contribution W qui devait être effective au 1^{er} janvier 2016 et d'aménager le mécanisme du taux L, en revoyant son assiette en fonction du chiffre d'affaires réalisé outre-mer.

M. Jean-Pierre Barbier. Il m'a été reproché de consacrer la moitié de mon temps de parole dans l'hémicycle à la question du médicament, mais je n'y vois qu'un juste respect des proportions, dans la mesure où c'est le médicament qui supporterait pour moitié la réduction des dépenses.

Ce qui m'inquiète le plus, c'est que vous présentiez le dispositif du taux L que vous voulez rétablir comme un « instrument à vocation dissuasive », qu'il convient de maintenir « afin de s'assurer de la soutenabilité des dépenses de médicaments contre le virus de l'hépatite C ». Or ce que nous recherchons, ce n'est pas un nouveau mode de financement. Les nouvelles molécules n'apportent pas seulement des bénéfices thérapeutiques, mais permettent de financer l'innovation. Vous voulez que les laboratoires mettent sur le marché leurs nouvelles molécules ailleurs qu'en France. Les patients français n'y auront pas accès !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Rappelons que le total des économies réalisées par le PLFSS 2016 s'élève à 3 milliards d'euros et que le médicament n'en supporte qu'un gros tiers, à hauteur de 1,2 milliard, ce qui devrait vous amener à revoir la répartition de votre temps de parole.

M. Jean-Pierre Barbier. Non, le médicament représente des économies pour un montant de 1,7 milliard d'euros sur un total de 3,4 milliards d'euros.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Si nous ne voulions pas assurer la soutenabilité des dépenses de l'assurance maladie, vous seriez les premiers à dire que nous sommes laxistes et que nous laissons filer le budget.

S'agissant de l'hépatite, les efforts de recherche ont été compensés. Vous devriez plutôt saluer nos efforts de maîtrise des dépenses. Il est plus facile de formuler des critiques que de compenser les efforts d'investissement, mais aussi d'assurer la soutenabilité des comptes.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 4 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS30 de M. Dominique Tian, AS67 et AS25 de M. Bernard Accoyer, AS31 de M. Dominique Tian, AS24 de M. Bernard Accoyer et AS68 de M. Dominique Tian tombent.

La Commission adopte la deuxième partie du projet de loi modifiée.

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

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

CHAPITRE I^{ER} Dispositions relatives au pacte de responsabilité et de solidarité et évolution de certains dispositifs particulier en découlant

Article 7 bis

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

Abaissement du seuil d'assujettissement des indemnités de départ forcé aux prélèvements sociaux

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté en séance publique par Laurent Grandguillaume et l'ensemble du groupe Socialiste, républicain et citoyen ⁽¹⁾.

(1) Avec avis favorable de la commission des affaires sociales, le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse de l'Assemblée.

En application des 5° et 5° *bis* de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les indemnités de départ forcé (licenciement, mise à la retraite, cessation d'activité des mandataires sociaux et des dirigeants) ne sont pas assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG) au premier euro, mais seulement après application d'une franchise, variable selon l'existence ou non d'un accord de branche, professionnel ou interprofessionnel.

En application du dernier alinéa de l'article L. 242-1 du même code, les mêmes indemnités ne sont pas assujetties aux cotisations sociales au premier euro, mais uniquement pour leur fraction dépassant 2,5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS).

Seules sont assujetties au premier euro aux cotisations sociales et à la CSG les indemnités dont le montant dépasse 10 fois le PASS, soit environ 380 000 euros.

L'article divise ce seuil par deux, le ramenant à 5 PASS.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont adopté un amendement de suppression de cet article, contre l'avis du Gouvernement.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article de justice dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS1 de M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, qui fait l'objet des sous-amendements AS101 et AS102 de M. Dominique Tian.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. L'amendement AS1 a pour objet de rétablir l'article 7 *bis* dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale. Le Sénat a en effet décidé de supprimer cet article, qui divise par deux le seuil d'assujettissement des indemnités de départ forcé au premier euro, aux cotisations sociales et à la contribution sociale généralisée, l'établissant à 190 000 euros demain contre 380 000 euros aujourd'hui. Il s'agit là d'une mesure de justice, qu'il convient de restaurer.

M. Dominique Tian. S'agissant du sous-amendement AS101, l'Assemblée nationale a adopté en première lecture un amendement qui réduit de 10 à 5 fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 190 200 euros, le montant à partir duquel les indemnités versées en cas de rupture du contrat de

travail, ainsi que les indemnités versées aux dirigeants et mandataires sociaux en cas de cessation forcée, sont soumises à cotisations sociales et contribution sociale généralisée (CSG) dès le premier euro.

Le sous-amendement AS102 concerne aussi la rupture des contrats de travail et les indemnités de départ auxquelles elle ouvre droit. La version de l'article adoptée par le Sénat était à nos yeux plus sage.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je découvre à l'instant ces sous-amendements. Le premier semble motivé par une volonté de justice, l'actualité récente ayant pu scandaliser un large public. Le second relève lui aussi d'une certaine logique, si l'on considère la date d'application d'un plan social, il pourrait éviter des difficultés économiques dans certains cas. Je suis prêt à interpeller le Gouvernement et à consulter notre collègue Laurent Grandguillaume, qui avait proposé des mesures symétriques s'agissant de l'impôt sur le revenu. Je pourrai ainsi, monsieur Tian, vous apporter des réponses lundi prochain en séance publique.

Les sous-amendements AS101 et AS102 sont retirés.

La Commission adopte l'amendement AS1.

L'article 7 bis est ainsi rétabli.

Article 9

(art. L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale)

Modification du dispositif d'exonérations de cotisations sociales patronales dans les outre-mer (LODEOM)

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

• Cet article prévoit deux séries de modifications au régime spécifique d'allègement des cotisations patronales de sécurité sociale applicable outre-mer⁽¹⁾ : d'une part, il recentre ces aides sur les bas salaires, dans la généralité des cas ; d'autre part, et à l'inverse, il renforce le dispositif en faveur des entreprises réputées les plus exposées à la concurrence internationale⁽²⁾.

Il apporte pour la troisième fois en trois ans des modifications assez substantielles aux mécanismes d'allègement du coût du travail outre-mer, poursuivant une séquence de réforme assez complexe, tenant compte notamment de la création du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE).

(1) En Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à La Réunion, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

(2) Entreprises des zones et des secteurs prioritaires au sens de la LODEOM (loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer).

Il devrait générer une économie de 75 millions d'euros pour le budget de l'État, qui compense les allègements de cotisations aux organismes de sécurité sociale concernés.

Pour une compréhension précise de la complexité du droit existant, et des modifications non moins complexes proposées par cet article, on se reportera utilement au commentaire du rapporteur en première lecture.

Le tableau suivant, qui en est extrait, présente une comparaison de la situation avant et après réforme, selon les différents cas de figure.

- L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels du rapporteur.

MODALITÉS DE CALCUL DE L'ALLÈGEMENT DE COTISATIONS SOCIALES

Comparaison avant et après PLFSS 2016

(en multiples de SMIC)

Seuil	Entreprises de moins de 11 salariés ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises de moins de 11 salariés bénéficiant du CICE		Entreprises de plus de 10 salariés ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises de plus de 10 salariés bénéficiant du CICE		Entreprises prioritaires ne bénéficiant pas du CICE		Entreprises prioritaires bénéficiant du CICE	
	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme
Seuil en deçà duquel l'exonération est totale	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,3	1,6	1,7	1,6	1,7
Palier pour lequel l'allègement est fixe en montant	1,4 – 2,2	1,4 – 2	1,4 – 1,8	1,4 – 1,6	–	–	–	–	1,6 – 2,5	1,7 – 2,5	1,6 – 2	1,7 – 2,5
Seuils entre lesquels l'allègement est dégressif	2,2 – 3,8	1,4 – 3	1,8 – 2,8	1,6 – 2,3	1,4 – 3,8	1,4 – 3	1,4 – 2,6	1,3 – 2	2,5 – 4,5	2,5 – 4,5	2 – 3	2,5 – 3,5
Seuils à partir duquel l'allègement s'annule	3,8	3	2,8	2,3	3,8	3	2,6	2	4,5	4,5	3	3,5

Source : commission des affaires sociales.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de son rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont adopté un amendement rédactionnel inutile⁽¹⁾, précisant que les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont exclues du champ des exonérations. En effet, cette exclusion est prévue de manière générale par le I de l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale, qui n'est pas modifié par l'article 9.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS3 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel inutile, précisant que les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles sont exclues du champ des exonérations. Nous proposons donc de rétablir la rédaction que nous avons adoptée en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 modifié.

Article 9 bis

(art. L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale)

Extension à Saint-Barthélemy du régime d'exonérations de cotisations patronales de sécurité sociale applicable aux entreprises des secteurs exposés des départements d'outre-mer et de Saint-Martin

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis de sagesse du Gouvernement, d'un amendement présenté en séance publique par notre collègue Michel Magras, sénateur de Saint-Barthélemy.

Il s'agit d'étendre aux entreprises situées dans cette collectivité le régime d'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale applicable en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion et à Saint-Martin, pour les

(1) Avec un avis curieusement favorable du Gouvernement.

entreprises des secteurs dits « prioritaires » (cf. *supra* le commentaire de l'article 9).

De fait, la distinction entre Saint-Martin, jusqu'alors éligible, et Saint-Barthélemy, qui ne l'était pas, peine à se justifier. Il faut cependant signaler que le coût de cette extension n'est pas connu.

2. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article dans la rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 9 bis sans modification.

Article 9 ter

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

Augmentation de la réduction forfaitaire de cotisations par heure travaillée au bénéfice des particuliers-employeurs

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, de deux amendements identiques de nos collègues sénateurs Jean-Noël Cardoux et Jacques Mézard.

Il s'agit de porter de 0,75 à 1,5 euro par heure travaillée la réduction forfaitaire de cotisations patronales de sécurité sociale au bénéfice des particuliers employeurs.

2. La position de la commission

Cette question a été longuement débattue lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Un point d'équilibre a fini par être trouvé ; il est préférable de s'y tenir.

La commission propose donc de supprimer cet article.

*

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

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'augmentation de la réduction forfaitaire a été longuement débattue lors de l'examen du PLFSS pour 2015, à notre initiative. Pour l'heure, il s'agit d'évaluer les effets de cette mesure.

M. Jean-Pierre Door. Vous n'êtes pas loin de souscrire aux propositions que nous formulons depuis deux ans. Nous voulions porter de 0,50 à 1 euro par heure travaillée la réduction forfaitaire de cotisations patronales de sécurité sociale au bénéfice des particuliers employeurs. Grâce à vous, elle a du moins été portée à 0,75 euro. Les sénateurs l'ont maintenant portée à 1,50 euro. La commission des affaires sociales du Sénat s'en était tenue à un avis de sagesse. Bien que le Gouvernement se soit opposé à la mesure, le Sénat l'a adoptée. Nous voulons revenir en arrière. Il faut cependant prendre garde que son absence ne nuise pas aux particuliers employeurs, très demandeurs, et à la lutte contre le travail au noir.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Dans sa grande générosité, le Sénat a en effet porté de 0,75 à 1,50 euro par heure travaillée la réduction forfaitaire de cotisations patronales de sécurité sociale au bénéfice des particuliers employeurs. Mais il n'a pas adopté d'article d'équilibre du PLFSS. C'est pourquoi nous devons, par cohérence, remettre cette réduction forfaitaire à son juste niveau.

La présidente de la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM), que j'ai rencontrée, concède qu'il faut savoir prendre le temps d'évaluer la dérogation en faveur de la garde des enfants de six à quatorze ans, que nous avons adoptée l'an dernier. S'il se confirme qu'elle a conduit à une progression des heures travaillées enregistrées pour cette catégorie, ce serait un élément important dans le débat. Mais, pour cette année, je suis d'avis de supprimer la disposition adoptée par le Sénat.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 9 ter est supprimé.

Article 9 quater

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement du sénateur Jean-Noël Cardoux.

Il prévoit que les médecins et infirmiers retraités⁽¹⁾ exerçant dans des zones où l'offre de soins est déficitaire⁽²⁾ sont exonérés d'une partie – nullement définie – des cotisations sociales mentionnées au 1^o de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale, à savoir celles destinées au financement des prestations d'assurance vieillesse de base.

(1) Mentionnés au 7^o de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(2) Sachant que ces zones ne sont pas strictement définies par l'article visé du code de la santé publique, à savoir le L. 1434-7, qui définit ce qu'est le schéma régional d'organisation des soins.

L'objectif est d'encourager ces professionnels au cumul emploi-retraite.

2. La position de la commission

Cet article, déjà adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, avait été supprimé par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture. Les arguments opposés l'année dernière valent toujours cette année.

En effet, cet article porte atteinte au principe de solidarité entre tous les assurés du régime et à l'équité inter-régimes et introduit une rupture de l'égalité devant les charges publiques de l'ensemble des assurés. En outre, il ne constitue pas le vecteur approprié de lutte contre les déserts médicaux, qui ne peut se résumer à une approche par les incitations financières. S'agissant du cumul emploi retraite, l'objectif poursuivi est déjà satisfait dans la mesure où les médecins en cumul emploi retraite bénéficient déjà d'une dispense de cotisation à l'allocation supplémentaire vieillesse pour les revenus inférieurs à un 11 500 euros et d'une absence de cotisation forfaitaire pour ce même régime.

La commission propose donc de supprimer cet article.

*

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

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 9 *quater* prévoit que les médecins et infirmiers retraités exerçant dans des zones où l'offre de soins est déficitaire sont exonérés d'une partie – nullement définie – des cotisations sociales mentionnées au 1° de l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale, à savoir celles destinées au financement des prestations d'assurance vieillesse de base. En tout état de cause, l'article n'est pas recevable, car la partie exonérée n'est pas définie.

S'agissant du cumul emploi retraite, l'objectif poursuivi est déjà satisfait dans la mesure où les médecins en cumul emploi retraite bénéficient déjà d'une dispense de cotisation à l'allocation supplémentaire vieillesse pour les revenus inférieurs à 11 500 euros et d'une absence de cotisation forfaitaire pour ce même régime.

M. Jean-Pierre Door. Voici un sujet qui est pour moi un cheval de bataille depuis sept à huit ans. Nous voulons agir en faveur des 10 000 à 12 000 médecins retraités qui peuvent vouloir travailler, par exemple dans des zones fragiles où ils peuvent rendre service comme remplaçants. Nous parlons de revenus inférieurs à 11 500 euros par an. Disons-le, ce sont des clopinettes !

On évoque en ce moment la possibilité de faire appel à des corps de réserve constitués d'anciens policiers ou gendarmes, qui n'auraient pas à payer de

nouvelles cotisations de retraite. Alors qu'ils sont déjà retraités, ces médecins ne sauraient eux non plus payer une deuxième fois des cotisations de retraite. Je rappelle qu'ils s'acquittent des autres cotisations sociales et de l'impôt sur le revenu. Ils sont prêts à faire des efforts. Soyez prêts vous aussi à en faire !

M. Gérard Cherpion. Je relève une contradiction dans votre exposé sommaire, qui indique que la partie exonérée n'est nullement définie, alors que cette définition est bel et bien donnée.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Aucune fraction n'est indiquée.

Mme Valérie Boyer. Nos collègues ont mis beaucoup de passion dans leur argumentation. J'en appelle pour ma part à la raison. Nous serons heureux de profiter demain du corps de réserve que constituent les anciens policiers et gendarmes. De même, ces médecins retraités peuvent constituer une bonne solution aux problèmes des zones peu denses, car ils sont opérationnels tout de suite et reviennent moins cher. Pourquoi refuser ce qui est consensuel ?

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 9 quater est supprimé.

Article 10 bis

(art. L. 731-13 du code rural et de la pêche maritime)

Porter de cinq à six ans les allègements de cotisations sociales en faveur des jeunes agriculteurs

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement du sénateur Jean-Claude Lenoir.

Il porte de cinq à six ans la durée pendant laquelle, en application de l'article L. 731-13 du code de la sécurité sociale, les jeunes agriculteurs bénéficient d'une exonération partielle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité.

2. La position de la commission

Comme l'a rappelé le secrétaire d'État chargé du Budget en réponse à l'amendement à l'origine de cet article, plus de 42 000 agriculteurs de 18 à 40 ans peuvent déjà bénéficier de ces exonérations pendant cinq ans, pour un coût de 41,3 millions d'euros, qui serait alourdi de 8 millions d'euros par cet article.

Le Gouvernement a en outre annoncé en juillet dernier une série de mesures en faveur des agriculteurs : la baisse, puis la suppression au

1^{er} janvier 2016 de la cotisation minimale maladie (65 millions d’euros), la possibilité de substituer une assiette de cotisations annuelle à l’assiette triennale lorsque cela est plus favorable (87 millions d’euros).

La commission propose donc de supprimer cet article.

*

La Commission est saisie de l’amendement AS5 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s’agit d’un amendement de suppression. Cet article résulte de l’adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, d’un amendement de notre collègue sénateur Jean-Claude Lenoir.

Il porte de cinq à six ans la durée pendant laquelle, en application de l’article L. 731-13 du code de la sécurité sociale, les jeunes agriculteurs bénéficient d’une exonération partielle des cotisations d’assurance maladie, invalidité et maternité.

Comme l’a rappelé le secrétaire d’État chargé du Budget en réponse à l’amendement à l’origine de cet article, plus de 42 000 agriculteurs de 18 à 40 ans peuvent déjà bénéficier de ces exonérations pendant cinq ans, pour un coût de 41,3 millions d’euros, qui serait alourdi de 8 millions d’euros par cet article.

Le Gouvernement a en outre annoncé en juillet dernier une série de mesures en faveur des agriculteurs : la baisse, puis la suppression au 1^{er} janvier 2016 de la cotisation minimale maladie, la possibilité de substituer une assiette de cotisations annuelle à l’assiette triennale lorsque cela est plus favorable. Cet amendement propose donc de supprimer cet article.

M. Jean-Pierre Barbier. Le Sénat a proposé une mesure intéressante pour les jeunes agriculteurs, qui étaient dans la rue il y a peu encore. Sur 700 dossiers envoyés dans ma circonscription, 600 demandes d’aide ont eu lieu. L’année prochaine s’annonce catastrophique pour l’agriculture française. Le report de cotisations annoncé ne servira à rien. En 2016, des agriculteurs ne commenceront tout simplement pas leur activité. Nous devrions soutenir davantage l’indépendance alimentaire de notre pays.

La Commission adopte l’amendement.

En conséquence, l’article 10 bis est supprimé.

CHAPITRE II

Simplification du recouvrement des cotisations dues par les entreprises et les travailleurs non-salariés

Article 11

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

Proportionnalité du redressement en matière de protection sociale complémentaire

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article permet sous conditions aux organismes de contrôle de proportionner les redressements qu'ils opèrent lorsqu'un régime de protection sociale complémentaire financé par l'employeur ne répond pas parfaitement aux deux critères qui permettent d'exclure le financement patronal de l'assiette des cotisations sociales, à savoir le caractère obligatoire et collectif du régime. Cet article s'inscrit dans l'esprit des préconisations formulées par MM. Bernard Gérard et Marc Goua, en qualité de parlementaires en mission ⁽¹⁾.

En l'état du droit, l'ensemble des versements est requalifié en rémunération, et donc assujéti aux cotisations sociales ; à l'avenir, seuls le seront les versements correspondants aux salariés qui auraient dû être inclus dans le champ du régime mais qui, du fait d'un manquement sans gravité, ne l'ont pas été.

En application de cet article, le montant du redressement varie donc, pour une même base, selon la nature du manquement :

– lorsque le manquement consiste en l'absence de production de tout justificatif permettant d'établir le caractère obligatoire et collectif du régime, le redressement est égal à 1,5 fois les sommes faisant défaut ;

– lorsque le manquement résulte d'une autre cause (non précisée) et qu'il « *ne révèle pas une méconnaissance d'une particulière gravité* », le redressement est égal à 3 fois ces sommes.

Lorsque le manquement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité, le droit existant continue de s'appliquer.

● À l'initiative du rapporteur et de MM. Bernard Gérard et Marc Goua, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, sous-amendé par le Gouvernement, précisant que dans ce dernier cas, l'agent chargé du contrôle justifie sa décision – et donc la nature du manquement – dans le cadre de la procédure contradictoire préalable à la fin du contrôle.

(1) Pour un nouveau mode de relations URSSAF/entreprises : <https://m.contexte.com/docs/6509/le-rapport-sur-les-relations-entre-lurssaf-et-les-entreprises.pdf>.

L'Assemblée a par ailleurs adopté un amendement rédactionnel du rapporteur.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont procédé à une rédaction globale de l'article 11, dont il résulte :

– que la proportionnalité des sanctions, dans les conditions précédemment décrites, serait la règle et non plus l'exception ;

– que l'actuelle règle de droit commun, à savoir l'assujettissement de l'ensemble des versements aux cotisations sociales, deviendrait l'exception, applicable dans un nombre de cas limitativement énumérés :

- comme le prévoit le texte adopté par l'Assemblée, en cas d'octroi d'un avantage personnel, de mesure de discrimination, d'une irrégularité ayant déjà fait l'objet d'une observation au cours d'un contrôle réalisé pendant les cinq dernières années, du constat au cours de la même période d'une situation de travail dissimulé, d'obstacle à contrôle ou d'abus de droit ;
- au-delà du texte adopté par l'Assemblée nationale, en cas de non-respect des règles d'ancienneté ou lorsque les salariés sont des cadres dirigeants ou des salariés dont la rémunération dépasse huit fois le plafond de la sécurité sociale.

Par conséquent, l'application de l'actuel droit existant en cas de manquement révélant une méconnaissance d'une particulière gravité n'est plus prévue, la notion même étant écrasée par la rédaction retenue.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir la rédaction issue de l'Assemblée nationale. En effet, celle du Sénat prévoit l'application du droit existant dans une série de cas limitativement énumérés, inversant la logique initiale de l'article 11, selon laquelle la proportionnalité de la sanction n'est pas la règle de droit commun, mais une souplesse nouvelle répondant à certaines situations particulières.

Il importe de laisser aux organismes de contrôle, sous le contrôle du juge, la possibilité d'appliquer le redressement « au premier euro » en cas de manquement grave, la définition précise de cette notion ayant vocation à être opérée par la jurisprudence.

La Commission examine l'amendement AS8 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement a pour objet de rétablir l'article 11 dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Cet article permet sous conditions aux organismes de contrôle de proportionner les redressements qu'ils opèrent lorsqu'un régime de protection sociale complémentaire financé par l'employeur ne répond pas parfaitement aux deux critères qui permettent d'exclure le financement patronal de l'assiette des cotisations sociales, à savoir le caractère obligatoire et collectif du régime.

En l'état du droit, l'ensemble des versements est requalifié en rémunération, et donc assujéti aux cotisations sociales. À l'avenir, seuls le seront les versements correspondants aux salariés qui auraient dû être inclus dans le champ du régime, mais qui, du fait d'un manquement sans gravité, ne l'ont pas été. Mais lorsque le manquement révèle une méconnaissance d'une particulière gravité, le droit existant continue de s'appliquer.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 11 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS32 de M. Dominique Tian, AS29 de M. Arnaud Richard, AS33 et AS34 de M. Dominique Tian tombent.

Article 11 bis

(art. L. 137-16 du code de la sécurité sociale)

Réduction du taux du forfait social pour certains produits d'épargne salariale

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de la sénatrice Isabelle Debré.

Il réduit de 20 % à 8 % le taux du forfait social applicable aux abondements annuels des plans d'épargne salariale par les entreprises de moins de 50 salariés ⁽¹⁾, ouvrant pour la première fois auxdits salariés la possibilité de participer à de tels plans.

Il s'agirait d'élargir à l'ensemble de l'épargne salariale (plan d'épargne d'entreprise, plan d'épargne retraite pour la retraite collectif) un dispositif créé, pour six ans, par l'article 171 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la

(1) Qui ne sont à ce titre pas soumises à l'obligation de mettre en place un dispositif de participation des salariés aux résultats.

croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, mais limité à certains produits (accords de participation ou d'intéressement).

2. La position de la commission

L'assouplissement prévu par la loi du 6 août dernier est significatif ; il ne serait pas raisonnable d'aller au-delà.

La commission propose donc de supprimer cet article.

*

La Commission en vient à l'amendement AS6 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 11 *bis* réduit de 20 % à 8 % le taux du forfait social applicable aux abondements annuels des plans d'épargne salariale par les entreprises de moins de cinquante salariés, ouvrant pour la première fois auxdits salariés la possibilité de participer à de tels plans.

Il s'agirait d'élargir à l'ensemble de l'épargne salariale un dispositif créé pour six ans par l'article 171 de la loi du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques, dite « loi Macron », mais limité à certains produits qui sont les accords de participation ou d'intéressement. Il s'agit donc là d'un assouplissement significatif. Aller au-delà, comme le souhaite le Sénat, ne paraît pas raisonnable, d'autant qu'il n'a pas voté d'article d'équilibre.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 11 bis est supprimé.

Article 11 ter

(art. L. 242-13-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Possibilité d'absence de redressement en cas de bonne foi du cotisant

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales comme du Gouvernement, d'un amendement de la sénatrice Pascale Gruny.

Il prévoit, dans une formulation qui s'approche davantage du langage parlé que du droit, qu'un cotisant de bonne foi puisse échapper à un redressement par les organismes de recouvrement des prélèvements sociaux « *en cas de création ou de modification d'un nouveau dispositif ou de nouvelles obligations pour le cotisant ou encore de modification du système existant* ». Il va sans dire qu'aucun de ces éléments n'est défini, pas plus du reste que la notion de bonne foi.

Cet article s'inspire, globalement assez mal, des propositions formulées par MM. Bernard Gérard et Marc Goua, dans un rapport remis en avril dernier au Gouvernement en qualité de parlementaires en mission ⁽¹⁾.

2. La position de la commission

La commission propose logiquement de supprimer cet article aussi flou que risqué pour les organismes de sécurité sociale.

*

La Commission en vient à l'amendement AS9 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 11 *ter* prévoit, dans une formulation qui s'approche davantage du langage parlé que du droit, qu'un cotisant de bonne foi puisse échapper à un redressement par les organismes de recouvrement des prélèvements sociaux en cas de création ou de modification d'un nouveau dispositif ou de nouvelles obligations pour le cotisant ou encore de modification du système existant. Il va sans dire qu'aucun de ces éléments n'est défini, pas plus du reste que la notion de bonne foi. L'amendement propose donc de supprimer cet article aussi flou que risqué pour les organismes de sécurité sociale.

La Commission adopte l'amendement.

*En conséquence, l'article 11 *ter* est supprimé.*

Article 11 quater

(art. L. 244-9 du code de la sécurité sociale)

Suspension de la procédure de recouvrement en cas de contestation de la mise en demeure

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance publique par le Sénat, avec un avis défavorable de la commission des affaires sociales comme du Gouvernement, d'un amendement de la sénatrice Pascale Gruny.

L'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale dispose que « *la contrainte décernée par le directeur d'un organisme de sécurité sociale pour le recouvrement des cotisations et majorations de retard comporte [...] tous les effets d'un jugement* ».

(1) Pour un nouveau mode de relations URSSAF/entreprises : <https://m.contexte.com/docs/6509/le-rapport-sur-les-relations-entre-lurssaf-et-les-entreprises.pdf>.

Le présent article le complète en prévoyant que « *la contestation de la mise en demeure, prévue à l'article L. 244-2 dans le cadre du contentieux général de la sécurité sociale suspend toute procédure en recouvrement des cotisations* ».

On remarquera que le lien entre les deux questions n'est pas d'une absolue évidence, et que l'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cet article n'est guère éclairant. Son intention semble être de rendre la saisine de la commission de recours amiable suspensive du recouvrement des prélèvements sociaux.

2. La position de la commission

Au-delà du fait que la décision de la commission de recours amiable ne fait pas grief et n'a donc pas vocation à suspendre le cours du recouvrement, les incertitudes sur les effets de cet article doivent conduire à sa suppression.

*

La Commission examine l'amendement AS7 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 11 *quater* prévoit que la saisine de la commission de recours amiable est suspensive du recouvrement des prélèvements sociaux. Cela veut dire qu'il n'y aura plus aucun recouvrement en attendant que la commission statue, ce qui aboutira à un blocage administratif. Au-delà du fait que la décision de la commission de recours amiable ne fait pas grief et n'a donc pas vocation à suspendre le recouvrement, les incertitudes sur les effets de cet article doivent conduire à sa suppression.

M. Jean-Pierre Barbier. Le Sénat a voté un article de sagesse compte tenu des difficultés économiques que traverse notre pays et des problèmes de trésorerie que rencontrent certaines entreprises. L'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) peut aussi, dans le cadre d'un contrôle, commettre une erreur. Le fait de ne pas attendre le recours gracieux et de recouvrer immédiatement les sommes peut s'avérer dangereux pour des entreprises de bonne foi qui n'ont pas à payer ces sommes, voire les conduire à une liquidation.

J'ajoute que ce dispositif n'a pas d'impact budgétaire puisqu'il ne s'agit que d'un différé de trésorerie.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Les procédures de redressement du recouvrement sont toujours contradictoires. L'entreprise peut exposer sa situation et le contrôleur en tenir compte.

Bloquer deux recours amiables n'est pas sans conséquence sur la trésorerie des organismes de recouvrement. De plus, cela risque d'entraîner un blocage administratif monstrueux. Il va falloir tripler les effectifs. Où allez-vous trouver

les économies que vous cherchez à obtenir, sachant que le Sénat a introduit beaucoup de dépenses sans voter d'article d'équilibre ?

M. Dominique Tian. Bernard Gérard et Marc Goua – le premier est de droite et le second de gauche – ont fait un rapport qui vous incite à la sagesse. Ils s'accordent pour dire qu'un certain nombre de solutions étaient de nature à faciliter les relations entre les organismes et les entreprises. Le Sénat a repris une partie de ce raisonnement. Or vous balayez tout cela au motif que cela créera des problèmes de trésorerie pour les organismes sociaux.

M. Barbier a eu raison de vous dire que les entreprises vont mal et que les redressements doivent être parfaitement motivés. On n'a jamais vu un régime obligatoire en faillite, tandis qu'un redressement non justifié peut conduire une entreprise à disparaître.

M. Jean-Pierre Barbier. Je peux citer des entreprises qui ont été mises en difficulté par ces procédures de recouvrement alors qu'elles étaient dans leur droit.

Monsieur le rapporteur, n'employez pas des arguments qui ne tiennent pas. Pourquoi faudrait-il augmenter les effectifs ? Dites-nous tout simplement que vous ne voulez pas de cet article.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je vous rappelle que j'ai rendu hommage au travail de nos deux collègues, Bernard Gérard et Marc Goua, dont est issu l'article 11. Ne dites pas que nous avons ignoré leur travail.

Je répète qu'il est toujours possible de contester un recouvrement. Mais il faut prendre garde à ne pas encombrer l'administration pour obtenir des délais qui peuvent ne pas aboutir à une atténuation, mais, au contraire, à une validation de la décision qui a été prise par le contrôleur.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 11 quater est supprimé.

Article 12

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

Délégation aux URSSAF du recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article confie aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) le recouvrement des cotisations d'assurance maladie des professions libérales, jusqu'alors délégué par le Régime social des indépendants (RSI) à des « organismes conventionnés » (assurances et mutuelles), moyennant rétribution. Outre la simplification administrative qu'il

apporte aux cotisants – en réduisant le nombre de leurs interlocuteurs ⁽¹⁾ –, cet article permet donc une économie de gestion au RSI, à hauteur de 16 millions d’euros par an. Compte tenu de la nécessité d’aménager une transition qui ne sera pas sans effet pour les organismes conventionnés, l’entrée en vigueur est différée, à une date comprise entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018.

• Outre quatre amendements rédactionnels du rapporteur, l’Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Sylviane Bulteau ⁽²⁾, prévoyant :

– d’une part, une convention entre la Caisse nationale du RSI et l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, relative aux objectifs de qualité de service et aux modalités d’organisation du contrôle ;

– d’autre part, et conformément au droit existant, la possible prise en charge par le Fonds national d’action sociale du règlement des prélèvements sociaux des professions libérales en difficulté.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l’initiative des sénateurs Jean-Noël Cardoux et Gilbert Barbier, le Sénat a supprimé cet article en séance publique, avec avis favorable de la commission des affaires sociales mais contre l’avis du Gouvernement.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de l’Assemblée nationale, mais en modifiant le régime d’entrée en vigueur. En effet, afin de tenir compte des adaptations techniques nécessaires, il apparaît utile de prévoir d’emblée que l’entrée en vigueur aura lieu au 1^{er} janvier 2018, et non au plus tard à cette date.

*

La Commission examine l’amendement AS10 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement propose de rétablir l’article 12, supprimé par le Sénat.

La Commission adopte l’amendement.

L’article 12 est ainsi rétabli.

(1) Les URSSAF pour la contribution sociale généralisée, la contribution au remboursement de la dette sociale, les cotisations d’assurance famille, la contribution à la formation professionnelle, et donc les cotisations d’assurance maladie et maternité ; la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ou, s’agissant des avocats, la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), pour les cotisations d’assurance vieillesse (de base et complémentaire obligatoire), invalidité et décès.

(2) Avec avis favorable du rapporteur.

Article 14

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

**Report à 2020 de l'obligation de bascule au régime micro-social
des personnes relevant du régime micro-fiscal au 31 décembre 2015**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article repousse de quatre ans l'application d'une disposition d'origine gouvernementale adoptée voilà 16 mois. L'article 24 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2016, les travailleurs indépendants soumis aux régimes « micro » d'imposition de leurs bénéfices basculent automatiquement – et non plus sur option – dans le régime « micro-social » pour le paiement de leurs contributions et cotisations. Dictée par une volonté de simplification des régimes sociaux-fiscaux des travailleurs indépendants, cette mesure pose une série de problèmes techniques, financiers et administratifs, qui selon le Gouvernement rendent nécessaire la pérennisation pour quatre ans du caractère optionnel du basculement.

● L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont procédé à une rédaction globale de cet article, dont l'effet est de supprimer le principe même du basculement automatique, que l'article initial propose simplement de repousser dans le temps.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de la première lecture par l'Assemblée nationale.

*

La Commission en vient à l'amendement AS13 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement propose de rétablir l'article 14 dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Cet article repousse de quatre ans l'application de l'article 24 de la loi du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises. Celui-ci prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 2016 les travailleurs indépendants soumis au régime micro d'imposition de leurs bénéfices basculent automatiquement et non plus sur option dans le régime micro-social pour le paiement de leurs contributions et cotisations.

Le Sénat a procédé à une rédaction globale de cet article, dont l'effet est de supprimer le principe même du basculement automatique, que l'article initial propose simplement de repousser dans le temps.

M. Jean-Pierre Door. Vous modifiez complètement l'article 14. Les sénateurs avaient préféré s'en tenir à la règle actuelle, à savoir le paiement de la cotisation minimale qui est peut-être la plus protectrice en termes de droits, assorti de la possibilité, sur simple demande, de passer au régime micro-social. Dans le projet de loi dit « Macron 2 » figure une réforme du régime micro-fiscal.

Ce texte permettrait au Parlement de faire le point quand ce régime sera adopté. Je ne vois donc pas du tout pourquoi vous souhaitez modifier ce que les sénateurs ont proposé, à savoir repousser à 2020 l'entrée en vigueur de cette mesure.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 14 est ainsi rédigé.

Article 14 bis

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

Transfert du recouvrement de certains prélèvements sociaux pesant sur les marins de l'ENIM vers les URSSAF

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

• Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté en séance publique par Mme Annie Le Houérou⁽¹⁾, sous-amendé par le rapporteur et le Gouvernement⁽²⁾.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015⁽³⁾ a supprimé, à compter du 1^{er} janvier 2016, la Caisse maritime d'allocations familiales (CMAF).

Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée (CSG), de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), des cotisations chômage et de la contribution à la formation des marins devait en conséquence être assuré par l'Établissement national des invalides de la Marine (ENIM), qui recouvre déjà les cotisations maladie et vieillesse des marins.

(1) Seul le nom du premier signataire de l'amendement est mentionné, par commodité.

(2) Avec, logiquement, un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

(3) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

Il s'avère que l'ENIM n'est pas capable d'assumer cette mission, pour des raisons d'organisation interne et de gestion des systèmes d'information, semble-t-il.

L'article a donc pour objet de revenir sur ce qui a été prévu l'année dernière, et de transférer à une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) – qui sera en pratique celle de Poitou-Charentes – le soin de procéder au recouvrement des prélèvements concernés.

• Le 2° du I complète le chapitre III du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale par un nouvel article L. 213-4, qui confie à une URSSAF désignée par le directeur général de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le soin de recouvrer les cotisations d'allocations familiales, la CSG, la contribution d'assurance-chômage et la cotisation d'assurance pour le paiement des salaires en cas de redressement ou liquidation judiciaire (dite « AGS », pour Association pour la gestion du régime d'assurance des créances des salariés)⁽¹⁾.

Les autres dispositions de l'article tirent les conséquences qui en résultent.

Le 1° du I supprime le dernier alinéa du I de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la LFSS 2015, qui confiait à l'ENIM le recouvrement de la CSG⁽²⁾.

Le 3° du I abroge l'article L. 241-6-2 du même code, dans la même rédaction, qui confiait à l'ENIM le recouvrement des cotisations familiales.

Le 4° du I est de coordination⁽³⁾.

Le 1° du II abroge le *f* de l'article L. 5427-1 du code du travail, dans sa rédaction issue de la LFSS 2015, qui confiait à l'ENIM le recouvrement de la contribution d'assurance-chômage.

Le 2° du II modifie l'article L. 6331-53 du même code, dans la même version, pour confier à l'URSSAF désignée le recouvrement de la contribution à la formation des marins, confiée à l'ENIM.

Le III procède à la même substitution dans le IV de l'article 30 de la LFSS 2015, qui prévoyait le transfert de la CMAF à l'ENIM des droits et obligations afférents au recouvrement des prélèvements concernés.

(1) Ces prélèvements sont mentionnés par les 2°, 4° et 5° de l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Et de la CRDS, recouvrée dans les mêmes conditions en application de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

(3) Le 6° de l'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la LFSS 2015, chargeait les Caisse générales de sécurité sociale d'assurer, dans les départements d'outre-mer, les missions de recouvrement dévolues en métropole aux URSSAF, à l'exception de celles dévolues à l'ENIM. Il faut désormais prévoir que cette exception concerne l'URSSAF désignée.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont adopté un amendement de coordination.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 14 bis sans modification.

Article 14 ter

(art. L. 2242-5-1 du code du travail ; art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale ; art. 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ; art. 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 ; article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 et art. 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi)

Aménagement des modalités de reprise des allègements généraux en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation annuelle de négociation sur les salaires

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté en séance publique par Mme Bernadette Laclais, et sous-amendé par le Gouvernement. La commission avait initialement repoussé l'amendement, mais les précisions apportées par le sous-amendement du Gouvernement ont conduit le rapporteur à émettre à titre personnel un avis favorable à l'adoption de l'amendement.

• Le **I** de cet article procède à une rédaction globale du VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, relatif aux allègements généraux de cotisations patronales de sécurité sociale, et aux règles encadrant leur bénéfice.

En l'état du droit, le premier alinéa de ce VII prévoit que lorsqu'un employeur ne s'est pas conformé à son obligation de négociation annuelle sur les salaires effectifs⁽¹⁾ dans les conditions prévues par le code du travail⁽²⁾, le montant des allègements généraux est diminué de 10 % au titre des rémunérations versées au cours de l'année concernée. Si l'employeur ne respecte pas la négociation annuelle obligatoire (NAO) trois années de suite, il perd le bénéfice des allègements généraux, en totalité.

(1) Prévus par le 1° de l'article L. 2242-5 du code du travail, dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2016, telle qu'elle résulte de l'article 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

(2) Articles L. 2242-1 à L. 2242-4.

Le deuxième alinéa du VII prévoit que le mécanisme de sanction ne s'applique pas lorsque la périodicité de la négociation a été portée à plus d'un an⁽¹⁾, pendant la période concernée (ce qui est bien logique). En revanche, le mécanisme de sanction redevient applicable au terme de la période de plus d'un an, ou bien si une organisation signataire de l'accord ayant permis d'allonger la périodicité demande l'engagement sans délai d'une négociation.

La première modification apportée par cet article consiste à ajuster les conditions d'application de la sanction⁽²⁾ prévue par le premier alinéa du VII, en fonction si l'on peut dire de « l'ancienneté » du manquement :

– la sanction serait de 10 % lorsqu'aucun manquement relatif à la NAO n'a été constaté par contrôle au cours des six années civiles précédentes ;

– dans le cas contraire, la sanction serait de 100 %.

Cet article introduit un troisième alinéa au VII de l'article L. 241-13, qui prévoit que pour l'application du mécanisme de sanction ainsi rénové, l'autorité administrative compétente de l'État – en pratique, la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) – est saisie par l'organisme de recouvrement – en pratique, l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAFF) – afin d'apprécier la conformité de la situation de l'employeur au regard de la NAO, « *en tenant compte des circonstances ayant conduit au manquement* ». Il est heureux que soit prévu un décret définissant les contours de cette nouvelle collaboration entre les DIRECCTE et les URSSAF, le texte ne permettant pas d'en apprécier de prime abord les implications.

L'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cet article justifie sobrement la nécessité de cette collaboration : « *dans le cadre législatif actuel, il revient aux seules URSSAF d'appliquer ce dispositif de sanction, qui peut poser des difficultés d'application substantielles nécessitant une analyse des DIRECCTE. En outre, il existe un risque que les entreprises soient confrontées à des positions divergentes* »⁽³⁾.

Il apporte également quelques précisions sur les implications concrètes de cette collaboration. Faute d'autre sources d'informations, le rapporteur est une nouvelle fois amené à citer ses collègues, manifestement bien renseignés sur le contenu du futur décret : « *il est prévu que les redressements seront prononcés par un inspecteur du recouvrement après l'avis formel de la DIRECCTE concluant au non-respect par l'employeur de ses obligations et tenant compte des circonstances ayant conduit au manquement* ».

(1) Possibilité ouverte par l'article L. 2242-20 du code du travail, par accord d'entreprise et dans la limite de trois ans.

(2) En modifiant, par coordination, le deuxième alinéa.

(3) <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3106/AN/934.pdf>.

• Le **II** de cet article réécrit le VII de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, pour prévoir l'application du nouveau mécanisme de sanction du VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale à l'exonération spécifique de cotisations dont bénéficient les entreprises en zone franche urbaine.

En l'état du droit, le VII de l'article 12 de la loi de 1996 prévoit le même mécanisme de sanction que celui prévu par la rédaction actuelle du VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, mais en cas de méconnaissance par l'employeur de l'obligation prévue au 1° de l'article L. 2242-8 du code du travail. Il s'agit là sans doute de l'actualisation d'une référence : en effet, en l'état du droit, il n'existe plus d'article L. 2242-8 dans le code du travail ; la version en vigueur au 1^{er} janvier 2016, résultant de la loi précitée du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, restaure un article ainsi numéroté, mais son 1° concerne la NAO sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, et plus précisément sur « *l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle pour les salariés* ». Le rapporteur ne peut que saluer le travail attentif de coordination de ses collègues, soucieux de la qualité de la loi.

• Le **III** procède à la même modification, appelant donc le même compliment :

– au troisième alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006 (exonération spécifique aux entreprises des bassins d'emploi à redynamiser) ;

– au troisième alinéa du 5 du VI de l'article 34 de la loi n° 2008-1443 du 30 décembre 2008 de finances rectificative pour 2008 (exonération spécifique aux entreprises des zones de restructuration de la défense).

• Le **IV** prévoit l'entrée en vigueur des dispositions de cet article, dont il faut signaler le caractère rétroactif : les contrôles en cours pourront bénéficier de la proportionnalité des sanctions. Il est même prévu que les contrôles clos puissent bénéficier de cette proportionnalité, « *lorsque les sommes dues n'ont pas un caractère définitif* ». Le sens de cette formule, qui est employée une seule fois dans le code de la sécurité sociale, n'est pas précisé.

2. Les modifications apportées par le Sénat

• À l'initiative du Gouvernement, et avec un avis favorable de la commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de cet article.

Sur le plan des principes, le rapporteur ne peut manquer de s'étonner de cet amendement de rédaction globale, car il n'aura échappé à personne que l'amendement adopté en première lecture par l'Assemblée avait été plus qu'étroitement concerté avec le Gouvernement. Le dépôt de cet amendement est

d'autant plus étonnant qu'il s'agit, entre autres, de prendre le contrepied du sous-amendement déposé par le Gouvernement en séance à l'amendement de notre collègue Bernadette Laclais, afin de supprimer le caractère variable de la sanction, faisant des taux de 10 % et 100 % précédemment mentionnés des taux maximaux, et non de droit commun.

• Le **II** de la nouvelle rédaction adoptée par le Sénat supprime le VII de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, pour transférer le mécanisme de sanction dans un nouvel article L. 2242-5-1 du code du travail, rétabli par le **I**.

Ce nouvel article apporte des modifications de fond au régime de pénalité tel que modifié par l'Assemblée en première lecture, consistant donc à rendre la sanction variable :

– la pénalité de 10 %, applicable lorsqu'aucun manquement à l'obligation de NAO n'a été constatée par contrôle au cours de six années civiles précédentes, serait désormais un plafond, et non plus le taux de droit commun. Il semble en revanche résulter de la nouvelle rédaction que cette pénalité maximale pourra être appliquée aux exonérations afférentes à chacune des années au cours desquelles un manquement aura été constaté, dans la limite de trois (soit le délai de droit commun de prescription). Cela apparaît spontanément contradictoire avec le fait que la pénalité de 10 % ne s'applique, précisément, qu'en l'absence d'un autre manquement au cours des six années précédant le contrôle ; hélas, l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement ne permet pas de l'affirmer avec certitude ;

– les mêmes modifications s'appliqueraient à la pénalité de 100 %, applicable lorsqu'un autre manquement a été constaté au cours des six années civiles précédentes.

Il s'agit donc de réintroduire, sous une forme différente, la gradation des sanctions prévues dans l'amendement initial de Mme Laclais, et dont la suppression par sous-amendement gouvernemental a emporté l'avis favorable à titre personnel du rapporteur, qui était défavorable, comme la commission, au principe de gradation.

Le troisième alinéa du nouvel article L. 2242-5-1 du code du travail exclut les URSSAF du processus de sanction, confiant aux DIRECCTE le soin de fixer le montant de la pénalité, en fonction de critères dont l'imprécision ne saurait être mieux décrite qu'en citant le texte : « *en tenant compte notamment des efforts constatés pour ouvrir les négociations, de la situation économique et financière de l'entreprise, de la gravité du manquement et des circonstances ayant conduit au manquement* ». Le soin de définir plus précisément les conditions d'application de cette pénalité est renvoyé au décret ; le Conseil constitutionnel aura sans doute l'occasion de juger si, ce faisant, le législateur a bien épuisé sa compétence, comme l'y contraint l'article 34 de la Constitution.

Les deux derniers alinéas de ce même article précisent que la pénalité est recouvrée comme en matière de contributions sociales (donc par les URSSAF) et affectée au régime général.

Les **III** et **IV** sont de coordination.

Le **V** abroge les VII à IX de l'article 19 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi, dont les dispositions sont reprises dans le nouvel article L. 2242-5. On ne peut manquer de s'interroger sur la logique d'ensemble de cette séquence législative, qui aboutit à l'abrogation par le Gouvernement d'une partie d'un texte qu'il a fait adopter voilà à peine trois mois.

Le **VI** prévoit une entrée en vigueur plus orthodoxe que celle résultant de la rédaction de l'Assemblée nationale, à savoir à compter du 1^{er} janvier 2016.

3. La position de la commission

Compte tenu de la stratégie insolite retenue par le Gouvernement, qui consiste à faire adopter par le Sénat d'opposition un dispositif que l'Assemblée lui a refusé, la commission propose de rétablir cet article dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

*

La Commission étudie l'amendement AS14 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 14 *ter* a été adopté en séance publique par l'Assemblée nationale, à l'initiative de notre collègue Bernadette Laclais, mais en étroite coopération avec le Gouvernement.

Il consistait à ajuster les modalités de sanction applicables en cas de méconnaissance par l'employeur de son obligation de négociation annuelle sur les salaires. Le non-respect de cette obligation entraîne en effet la remise en cause des allègements généraux de cotisations sociales, à hauteur de 10 % pour un premier manquement, et de 100 % en cas de récidive.

La commission des affaires sociales avait repoussé cet amendement, car il prévoyait en outre une modulation de la sanction, les taux de 10 % et 100 % n'étant plus de droit commun, mais de simples plafonds pouvant être atteints selon la gravité du manquement, dans des conditions juridiquement floues.

Le Gouvernement a présenté un sous-amendement visant à supprimer cette possibilité de modulation. En clair, il s'agit de la seule contrepartie qui existait lorsque nous avons voté, au cours de l'été 2014, le programme de stabilité.

Mais le Gouvernement a présenté au Sénat un amendement portant rédaction globale de l'article 14 *ter*, ayant notamment pour effet de réintroduire la

possibilité de modulation qu'il avait lui-même supprimée par sous-amendement à l'Assemblée nationale.

Cette stratégie est insolite. Voilà pourquoi cet amendement propose une gradation des sanctions que le Gouvernement avait refusée à l'Assemblée.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 14 ter est ainsi rédigé.

Article 14 septies

(art. 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises ; art. 9 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; art. L. 611-4 du code de la sécurité sociale et art. L. 5141-1 du code du travail)

Modifications diverses relatives au Régime social des indépendants

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée d'un amendement présenté en séance par le Gouvernement. Le dépôt tardif de cet amendement ayant empêché son examen par la commission, le rapporteur s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée.

- Il apporte tout d'abord une nouvelle modification au régime de cotisations minimales dues par les pluriactifs indépendants. La complexité de cette modification, dont la portée est loin d'être intuitive, appelle quelques explications préalables.

On appelle travailleurs indépendants pluriactifs les personnes cumulant une activité indépendante et une activité salariée. Pour ces travailleurs, la règle générale veut qu'à chaque revenu d'une activité corresponde la cotisation sociale afférente à celle-ci : les cotisations sociales sont payées à autant de régimes différents qu'il y a d'activités exercées sous des statuts professionnels différents⁽¹⁾, et au *prorata* de celles-ci. En revanche, les prestations sociales sont servies par une seule caisse, celle de l'activité principale⁽²⁾. L'activité salariée est considérée comme l'activité principale si les deux conditions cumulatives suivantes sont remplies : au moins 1 200 heures de travail salarié sont effectuées par an, et le revenu salarié est au moins égal au revenu non salarié. Dans tous les autres cas, l'activité indépendante est considérée comme l'activité principale. Ainsi, les prestations sociales des travailleurs indépendants dont l'activité principale est l'activité indépendante sont délivrées par le Régime social des indépendants (RSI). En revanche, pour les travailleurs indépendants dont l'activité principale est l'activité salariée, elles sont délivrées par le régime concerné, par exemple le régime général.

(1) Article D. 171-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Article D. 171-4 du même code, version en vigueur du 21 décembre 1985 au 19 juillet 2015.

L'article D. 612-5 du code de la sécurité sociale introduit une dispense de cotisations minimales d'assurance maladie et maternité pour les travailleurs indépendants pluriactifs dont l'activité principale est salariée, et bénéficiant à ce titre de prestations servies par d'autres régimes que le RSI. La logique des cotisations minimales est la suivante : même si un travailleur indépendant ne perçoit pas de revenus, il paye des cotisations minimales qui lui assurent un socle minimum de droits à prestations. L'idée sous-jacente à cette disposition est de ne pas assujettir aux cotisations minimales des indépendants exerçant des activités relevant à titre principal d'autres régimes que le RSI, et payant donc d'autres cotisations.

L'article 26 de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises (dite « ACTPE ») a par ailleurs prévu, à compter du 1^{er} janvier 2016, une dispense⁽¹⁾ de cotisations minimales pour l'ensemble des travailleurs indépendants éligibles au régime « micro-fiscal ».

Ultérieurement, l'article 9 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 a permis aux travailleurs indépendants pluriactifs de choisir, dans des conditions fixées par décret, l'un ou l'autre des régimes auxquels ils sont affiliés afin que celui-ci leur verse les prestations en nature d'assurance maladie et maternité – indépendamment, donc, de leur activité principale. Cette disposition visait notamment à simplifier les démarches administratives des personnes dont l'activité principale change de salariée à indépendante (ou inversement). Ainsi, le décret n° 2015-877 du 16 juillet 2015 relatif aux règles d'affiliation des personnes relevant de plusieurs régimes de sécurité sociale, qui a précisé les dispositions législatives, prévoit que les travailleurs concernés reçoivent les prestations en nature d'assurance maladie et maternité de « *celui de ces régimes dont ils relevaient avant le début de cette situation de cumul, sauf option contraire pour l'autre de ces régimes* ». En pratique, les travailleurs indépendants pluriactifs, que leur activité principale soit salariée ou indépendante, reçoivent dorénavant les prestations en nature d'assurance maladie et maternité de l'un ou l'autre des régimes auxquels ils sont affiliés, selon leur convenance.

En vigueur avant le vote de la LFSS 2015, l'article D. 612-5 du code de la sécurité sociale vise à exonérer de cotisations minimales les travailleurs indépendants dont l'activité principale est l'activité salariée et qui, avant le décret du 16 juillet 2015, recevaient nécessairement leurs prestations en nature d'assurance maladie et maternité du régime salarié concerné. En conséquence des dispositions précitées de la LFSS 2015, cette exonération toucherait désormais un public plus large : celui des travailleurs indépendants pluriactifs, que leur activité principale soit indépendante ou salariée, mais relevant ou ayant opté pour un autre régime que le RSI pour le service de leurs prestations.

(1) *Sauf option contraire.*

L'élargissement du champ de cette exonération de cotisations minimales est problématique, car il pourrait produire des situations inéquitables au sein d'ensemble de travailleurs qui se trouvent pourtant dans des situations identiques, selon qu'ils ont choisi l'un ou l'autre des régimes pour recevoir les prestations concernées. Prenons l'exemple de deux travailleurs indépendants pluriactifs se trouvant dans une situation identique : 40 % de leur activité est salariée, et 60 % de leur activité est indépendante. Le travailleur A reçoit ses prestations maladie et maternité en nature du RSI, auquel il était originellement affilié ; le travailleur B, quant à lui, a opté pour le régime général duquel son activité salariée relève. Le travailleur B est donc exonéré de cotisations minimales d'assurance maladie et maternité sur son activité indépendante (sauf option contraire), alors que le travailleur A les paie. Ces situations ne pouvaient pas être anticipées lors du vote de la loi ACTPE, car l'exonération ne s'appliquait alors qu'aux travailleurs dont l'activité principale est salariée, et qui relevaient nécessairement d'un autre régime que le RSI. Or, ceux-ci payaient en conséquence plus de cotisations à ces autres régimes que les travailleurs dont l'activité principale est indépendante : leur situation était alors différente, justifiant l'exonération de cotisations dont ils faisaient l'objet.

Le 1° du I du présent article, dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale, modifie le I de l'article L. 613-7-1 du code de la sécurité sociale, pour restreindre aux seuls travailleurs indépendants relevant du régime « micro-social » (prévu par l'article L. 133-6-8) la dispense de cotisations minimales (qu'ils soient ou non pluriactifs, comme en l'état antérieur du droit). Rappelons que le régime micro-social permet de calculer sur une base forfaitaire les cotisations des travailleurs indépendants dont les revenus n'excèdent pas certains seuils, les mêmes que ceux ouvrant droit aux régimes « micro-fiscaux ».

La restriction apportée par l'article s'explique, selon l'exposé sommaire de l'amendement qui en est à l'origine⁽¹⁾, par la réforme introduite en LFSS 2015, qui permet donc aux pluriactifs de rester affiliés à leur régime antérieur, même lorsque celui-ci n'est pas ou n'est plus celui de leur activité principale. Selon l'exposé sommaire, toujours, la dispense de cotisations minimales pourrait dans ces conditions dégrader la protection sociale de travailleurs indépendants dont l'activité principale est l'activité indépendante.

• Le 2° du I procède, dans le même article du code de la sécurité sociale, à une coordination appelée par la création de la prime d'activité par la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi : les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) étant dispensés des cotisations minimales, il faut prévoir la même chose pour les bénéficiaires de la prime d'activité, qui remplace l'ancien volet « activité » du RSA.

• Le II élargit les missions de la Caisse nationale du RSI, qui sera à l'avenir chargée de la mise en œuvre des traitements de données à caractère

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3106/AN/966.pdf>

personnel permettant de communiquer avec les autres organismes de sécurité sociale, pour l’accomplissement de ses missions (dans un objectif d’amélioration du contrôle). L’exposé sommaire indique qu’il s’agit là de la traduction de l’une des préconisations du rapport sur le fonctionnement du RSI remis en septembre dernier au Premier ministre par Sylviane Bulbeau et Fabrice Verdier, en qualité de parlementaires en mission ⁽¹⁾.

- Le **III** prévoit l’entrée en vigueur de l’article et prévoit que ce dernier est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2016.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- À l’initiative de son rapporteur général, la commission des affaires sociales du Sénat a modifié cet article afin de dispenser les retraités de cotisations minimales, au motif qu’ils ne bénéficient pas des droits justifiant le paiement de cotisations minimales.

- À l’initiative du Gouvernement, le Sénat a en outre corrigé ce qui semble être une malfaçon de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l’activité et l’égalité des chances économiques. Son article 276 aurait en effet « écrasé » par erreur les exonérations de charges sociales bénéficiant à certains publics dans le cadre de l’aide aux chômeurs créateurs et repreneurs d’entreprises (dispositif dit ACCRE).

3. La position de la commission

Faute de réponse aux questions posées sur l’effet du dispositif présenté tardivement par amendement gouvernemental, dans des délais compatibles avec une nouvelle lecture sereine du projet de loi en commission, la commission propose de conserver la rédaction du Sénat. Le Gouvernement pourra proposer en séance de rétablir, s’il l’estime opportun, le texte adopté en première lecture par l’Assemblée. Il pourrait être utile, à cette occasion, de fournir à la représentation nationale une explication aussi pédagogique que possible des dispositions existantes et proposées, dont la particulière complexité résulte vraisemblablement de l’imparfaite articulation des modifications législatives successives.

*

La Commission adopte l’article 14 septies sans modification.

(1) <http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/liseuse/5357/master/projet/Rapport-de-la-Mission-parlementaire-sur-le-R%C3%A9gime-Social-des-Ind%C3%A9pendants-%28RSI%29.pdf>

Article 14 nonies

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article a été introduit par le Sénat en séance publique à l'initiative de M. Olivier Cadic, contre l'avis du Gouvernement, le rapporteur général de la commission des affaires sociales s'en étant remis à la sagesse de la chambre. Cet article avait déjà été adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, et supprimé en nouvelle lecture par l'Assemblée.

Il s'agit de revenir sur les dispositions de l'article 11 de la loi de financement pour 2013 ⁽¹⁾, qui ont élargi l'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes à l'ensemble des travailleurs indépendants affiliés au Régime social des indépendants (RSI) exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés, lorsque ces dividendes excèdent 10 % du capital. En pratique, il s'agit des gérants majoritaires de sociétés par actions à responsabilité limitée (SARL).

2. La position de la commission

Comme l'année dernière, la commission propose de supprimer cet article.

*

La Commission en vient à l'amendement ASI2 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet article, qui a été introduit par le Sénat, supprime l'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes des gérants majoritaires de SARL affiliés au régime social des indépendants (RSI).

Cette disposition avait déjà été adoptée par le Sénat lors de l'examen du PLFSS pour 2015 et supprimée en nouvelle lecture par l'Assemblée.

De façon cohérente, cet amendement propose donc de supprimer cet article, comme nous l'avions fait l'an dernier.

La Commission adopte l'amendement.

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

(1) Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012.

Article 14 decies

Rapport sur la prise en charge des indépendants à Saint-Barthélemy

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article a été introduit par le Sénat en séance publique à l'initiative de M. Michel Magras, sénateur de Saint-Barthélemy. La commission et le Gouvernement s'en sont remis à la sagesse du Sénat.

Il prévoit que dans un délai de six mois suivant la promulgation de la loi de financement, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et de prise en charge des travailleurs indépendants par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy.

2. La position de la commission

Par principe prudent sur la multiplication des rapports, la commission propose de supprimer cet article. Au-delà de la question de principe, il s'avère que la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy est en cours de création. Prévoir la remise d'un rapport dans ce contexte est donc prématuré.

*

La Commission examine l'amendement AS11 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet article prévoit que le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les modalités de gestion et de prise en charge des travailleurs indépendants par la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy. Il s'avère que la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy est en cours de création. Prévoir la remise d'un rapport dans ce contexte est donc un peu prématuré.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 14 decies est supprimé.

CHAPITRE III

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

Article 15

(art. L. 131-7, L. 131-8, L. 135-1, L. 135-2, L. 135-3, L. 135-3-1, L. 135-4, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-8, L. 137-17, L. 223-1, L. 245-14, L. 245-15, L. 245-16 et L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale ; art. 1600-0 S du code général des impôts ; art. L. 14-10-4 et L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ; art. 6, 15 et 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ; art. 22 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 ; art. 87 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; art. 148 de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques ; art. 2 de l'ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon)

Transferts de recettes entre organismes et branches de la sécurité sociale

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article poursuit un triple objectif :

– tirer les conséquences d'une récente décision de la Cour de Justice de l'Union européenne ⁽¹⁾, en application de laquelle les prélèvements sociaux sur les revenus du capital de personnes non affiliées à un régime de sécurité sociale en France ne sauraient désormais être affectés à des organismes de sécurité sociale servant, dans une logique assurantielle, des prestations contributives. La mise en conformité de notre droit avec celui de l'Union européenne appelle à ce titre la réaffectation au sein de la sphère des administrations de sécurité sociale (ASSO) de près de 19 milliards d'euros de recettes, alors que les montants remis en cause par la décision dite « *De Ruyter* » s'élèvent à environ 250 millions d'euros par an. Il s'agit pour l'essentiel d'affecter les prélèvements concernés à la première section d'un Fonds de solidarité vieillesse (FSV) rénové, servant uniquement des prestations non contributives ;

– assurer pour les organismes de sécurité sociale la neutralité de la compensation par le projet de loi de finances pour 2016 des pertes de recettes résultant de la mise en œuvre du Pacte de responsabilité et de solidarité et de certaines mesures de la loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques. Pour résumer à grand traits, cette compensation implique la prise en charge par l'État d'environ 5 milliards de dépenses aujourd'hui assumées par la Caisse nationale des allocations familiales, qui se trouverait donc « surcompensée » au détriment des autres organismes de sécurité sociale, qui seraient quant à eux « perdants nets ». Il est donc nécessaire de réaffecter des recettes au sein des ASSO, afin d'éviter cette conséquence ;

– profiter de ces différents mouvements pour rationaliser les modalités de financement de certains organismes, par exemple en retirant à la Caisse nationale

(1) 26 février 2015, affaire C-623/13, Ministre de l'Économie et des finances contre Gérard de Ruyter.

de solidarité pour l'autonomie (CNSA) la fraction de contribution sociale généralisée qu'elle perçoit aujourd'hui, et dont la finalité originelle – se substituer à des cotisations sociales ouvrant droit à des prestations – est peu en adéquation avec les missions de solidarité nationale de la CNSA. Plus généralement, l'article procède à plusieurs ajustements de même inspiration, ainsi qu'à de nombreux « toilettages » légistiques, voire cosmétiques.

● L'Assemblée nationale a adopté dix amendements rédactionnels à cet article, dont neuf à l'initiative du rapporteur et un à l'initiative du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat

● À l'initiative de son rapporteur général, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement :

– supprimant la possibilité pour la future première section du FSV de prendre en charge le financement d'avantages non contributifs instaurés au bénéfice des retraités de l'ensemble des régimes, lorsque les dispositions les instituant le prévoient. Cette suppression est motivée par la crainte de voir alourdir les charges du FSV, le cas échéant par décret et non dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

– ressuscitant une disposition supprimée par l'article d'origine, qui prévoyait que les recettes et les dépenses du FSV (en l'espèce, de sa première section) doivent être équilibrées.

● À l'initiative de M. Robert des Picchia, le Sénat a en outre, contre l'avis du Gouvernement et avec un avis de sagesse de la commission, supprimé l'assujettissement des non-résidents aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans la rédaction issue de la première lecture par l'Assemblée nationale :

– d'une part, car il appartient par essence au FSV de financer les avantages non contributifs dont la mention est supprimée par la rédaction du Sénat ;

– d'autre part car le principe d'équilibre ressuscité par le Sénat n'a aucune valeur en pratique, comme signalé dans le rapport de première lecture ;

– enfin, et peut-être surtout, car il n'est pas question de revenir sur l'assujettissement des non-résidents aux prélèvements sociaux sur les revenus du capital, comme cela a été rappelé maintes fois en première lecture, et plus généralement depuis 2012.

La Commission est saisie de l'amendement AS20 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Le Sénat a supprimé notamment l'assujettissement des non-résidents aux prélèvements sociaux sur le capital, mesure de justice introduite par la majorité au début du quinquennat. Il s'agit des suites de l'affaire de Ruyter. Nous avons trouvé un mécanisme juridique permettant de maintenir un prélèvement de justice sur les revenus du capital des non-affiliés à notre système de protection sociale.

M. Gilles Lurton. Je souhaite intervenir à ce moment du débat pour parler d'un amendement que j'avais déposé sur l'article 19 qui a été supprimé par le Sénat et que le rapporteur a la bonne idée de ne pas rétablir. Je ne comprends pas les raisons qui ont conduit la commission des finances à déclarer cet amendement irrecevable. On m'a répondu qu'il créait des charges pour l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM). Pour ma part, je considère que ce n'est pas le cas et qu'il conforte même sa situation financière. J'ai du mal à admettre que je ne vais pas pouvoir défendre cet amendement sur lequel j'ai beaucoup travaillé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Effectivement, le président de la commission des finances, M. Carrez, l'a déclaré irrecevable.

M. Jean-Pierre Barbier. Avec l'article 15, on s'aperçoit que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale est fait de tuyauteries. J'en veux pour preuve que le déficit de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a été transféré sur la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour améliorer les comptes sociaux. Il s'agit de le financer par les économies réalisées par les précédents gouvernements. En fait, vous renvoyez le problème à l'année prochaine, lorsque le déficit de l'ACOSS sera tel qu'il faudra se poser la question de l'augmentation de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), de la CSG ou de la participation du fonds de réserve des retraites, car la CADES ne pourra pas faire face à tout cela.

M. Gérard Bapt, rapporteur. M. Barbier engage un débat qui pourra avoir lieu l'an prochain.

Monsieur Lurton, comme vous l'avez souligné, je ne propose pas le rétablissement de l'article 19 voté en première lecture par l'Assemblée nationale qui concerne l'affiliation au régime général des marins naviguant sous pavillon étranger ou faisant du cabotage. Il semble en effet que des problèmes se posent, en raison d'un manque de concertation et d'étude d'impact et de la situation financière de l'ENIM.

Je laisse le Gouvernement face à ses responsabilités en ce qui concerne le rétablissement de tout ou partie de l'amendement que nous avons voté en première lecture et qui a été supprimé par le Sénat.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 15 est ainsi rédigé.

CHAPITRE IV

Dispositions relatives à l'architecture financière de la sécurité sociale

Article 18 A

Affiliation temporaire au régime général des personnes exerçant une activité économique réduite

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement présenté en séance publique à l'Assemblée nationale par le Gouvernement ⁽¹⁾.

L'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale prévoit le principe de l'affiliation obligatoire au régime général des travailleurs salariés.

Le **I** du présent article rend cet article applicable aux personnes exerçant « une activité économique réduite à fin d'insertion » et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Le **II** prévoit un décret fixant les modalités d'application du **I**, et notamment :

- la liste des activités éligibles ;
- les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné. Il n'est pas fait antérieurement état d'un organisme consulaire, mais on imagine qu'il s'agit par exemple des chambres de commerce et d'industrie ;
- la durée maximale d'affiliation ;
- les conditions d'agrément et de rémunération des associations. On imagine, là encore, que la rémunération compense l'accompagnement financier que les associations sont supposées apporter aux personnes concernées ;
- le revenu maximal en-deçà duquel est ouverte l'affiliation.

Le **III** prévoit l'application des dispositions de l'article dans le temps, à savoir entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018, « quelle que soit la date à laquelle le contrat d'accompagnement a été conclu durant cette période ». Il n'est pas fait précédemment référence à un « contrat d'accompagnement », mais il

(1) Avec avis favorable du rapporteur à titre personnel, la commission n'ayant pas pu examiner l'amendement du fait de son dépôt tardif.

s'agit vraisemblablement de celui qui lie les personnes concernées et les associations.

Le **IV** prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation – sans doute des effets de cet article, même si le texte ne prend pas la peine de le préciser – dans un délai de six mois avant l'expiration du dispositif, délai qui peut soit renvoyer au 30 juin 2018 (six mois avant la fin de la possibilité d'affiliation), soit à une date ultérieure, six mois avant que le dernier affilié ne puisse plus l'être. Dans ce dernier cas, la date limite de remise du rapport est inconnue, car la durée maximale d'affiliation doit être fixée par décret.

● L'article 20 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait un dispositif identique (hormis le rapport au Parlement), qui a pris fin au 31 décembre 2014.

L'exposé sommaire de l'amendement à l'origine de cet article indiquait que « *ce dispositif représente une première étape dans un parcours d'insertion économique vertueux* »⁽¹⁾, permettant notamment d'officialiser des activités qui ne le sont pas toujours.

Il précise également que le plafond de revenu, à définir par décret, devrait être le salaire de base annuel retenu pour le calcul des prestations familiales, soit 4 875 euros.

La même source laisse croire que la durée maximale d'affiliation serait de cinq ans.

Une fraction des revenus des personnes concernées (5 %) serait soumise aux cotisations sociales, à la contribution sociale généralisée et à la contribution au remboursement de la dette sociale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis le Sénat ont avancé au 1^{er} septembre 2016 la date de remise du rapport d'évaluation, au motif que le dispositif reconduit par cet article n'a jamais été évalué⁽²⁾.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification. Le dispositif étant reconduit à l'identique, il est en effet possible d'en évaluer rétrospectivement les effets avant le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

(1) <http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3106/AN/963.pdf>

(2) Avec un avis favorable du Gouvernement.

La Commission adopte l'article 18 A sans modification.

Article 18 B

(art. 10 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social)

**Exonération de prélèvements sociaux
en faveur des correspondants locaux de presse**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement présenté en séance publique à l'Assemblée nationale par le Gouvernement ⁽¹⁾.

Le II de l'article 10 de la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social prévoit que les correspondants locaux de presse (CLP) qui tirent de faibles revenus de cette activité (moins de 15 % du plafond annuel de la sécurité sociale – PASS) ne sont pas obligatoirement affiliés au régime des non-salariés pour les risques maladie et vieillesse. Ils peuvent toutefois en faire la demande. La dispense d'affiliation a pour effet de ne pas assujettir les CLP aux cotisations maladie et vieillesse.

● Le 2° de cet article prévoit d'élargir le champ de la dispense d'affiliation à l'ensemble de la protection sociale des indépendants, ce qui aurait pour conséquence d'exonérer les CLP des autres prélèvements sociaux auxquels ils sont théoriquement assujettis (cotisation familiale, contribution sociale généralisée et contribution au remboursement de la dette sociale).

Les CLP, comme tous les travailleurs indépendants, étaient exonérés de ces prélèvements jusqu'à l'adoption de la loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises. L'article propose donc de rétablir ces exonérations pour les seuls CLP.

Son coût serait de 2 à 3 millions d'euros.

Le 1° supprime la mention selon laquelle c'est au 1^{er} juillet de l'année en cours qu'est appréciée la fraction de 15 % du PASS. Les raisons et conséquences de cette suppression ne sont pas explicitées.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, et avec l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

(1) Avec avis favorable du rapporteur à titre personnel, la commission n'ayant pas pu examiner l'amendement du fait de son dépôt tardif.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 18 B sans modification.

Article 18

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

Cet article vise à transférer la couverture des risques maladie, maternité et invalidité des agents relevant du régime spécial du grand port maritime de Bordeaux (GPMB) au régime général de la sécurité sociale, à une date fixée entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} janvier 2018.

Le maintien de ce régime spécial n'apparaît en effet plus justifié au regard du faible nombre d'affiliés – environ un millier de bénéficiaires dont 611 ayants droit –, de l'absence de spécificité au niveau des prestations servies par rapport au régime général et des risques de distorsion de concurrence à l'égard des autres établissements portuaires en raison du niveau peu élevé des cotisations employeur acquittées par le GPMB.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels présentés par le rapporteur.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement visant à apporter des clarifications rédactionnelles et à préciser les modalités de transition.

Il prévoit que la durée de la montée en charge du taux des cotisations dues chaque année par le grand port maritime de Bordeaux à raison de l'affiliation au régime général des assurés qui relevaient antérieurement de ce régime spécial est de dix ans, contre sept ans dans le texte initial.

Par ailleurs, le décret fixant la durée de cette prise en charge devra être pris après consultation des organisations syndicales représentatives des salariés du port, et après avis du conseil de surveillance du GPMB.

Les organisations syndicales représentatives des salariés du GPMB seront également consultées sur les modalités de gestion des prestations servies aux salariés du grand port, ainsi que sur la situation des salariés de la Caisse de prévoyance du port de Bordeaux dont l'emploi ne serait pas maintenu compte tenu du transfert du régime spécial ; il est précisé que ces salariés seront « réintégréés au sein du grand port maritime de Bordeaux ».

Une négociation sera engagée par le GPMB afin de définir les modalités de versement des prestations spécifiques qui intervenaient antérieurement à la date du transfert ; ces prestations pourront, le cas échéant, être prises en charge dans le cadre de la couverture complémentaire mentionnée à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. À défaut d'accord au terme de la négociation, les modalités seront définies par décision unilatérale de l'employeur.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 18 sans modification.

Article 19

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

Affiliation au régime général des gens de mer employés à bord de navires étrangers

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article étend l'obligation d'affiliation au régime général aux gens de mer salariés :

– qui sont employés à bord d'un navire qui pratique le cabotage dans les eaux territoriales françaises ;

– qui résident en France de manière stable et régulière et qui sont employés à bord d'un navire qui bat pavillon d'un État étranger et qui ne pratique pas le cabotage dans les eaux territoriales françaises.

Toutefois, cette obligation d'affiliation est exclue pour ces marins, lorsqu'ils sont :

– soit assujettis à un régime spécial en tant que travailleurs salariés détachés à l'étranger ;

– soit affiliés au régime de protection sociale d'un État étranger en application des règlements de l'Union européenne, d'accords internationaux de sécurité sociale ou de la convention du travail maritime de l'Organisation internationale du travail de 2006.

Par ailleurs, lors de l'examen en séance publique du projet de loi, en première lecture, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant permettre aux marins qui sont détachés à bord d'un navire battant pavillon étranger de continuer à rester affiliés à l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM), s'ils le sont déjà aujourd'hui.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de Mme Françoise Gatel, de M. Michel Canevet et des membres du groupe Union des démocrates et indépendants, le Sénat a supprimé cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Les auteurs de l'amendement de suppression ont fait valoir qu'il s'agissait d'une « *question complexe qui affect[ait] les compagnies maritimes étrangères [et qui] fai[sait] l'objet de discussions avec les affaires maritimes, les élus locaux et les représentants des marins afin de parvenir à la meilleure solution pour tous* » et que, si elle était animée d'une intention « *louable* », la mesure proposée, « *préparée dans la précipitation et sans concertation avec les intéressés, risqu[ait] d'avoir des conséquences exactement contraires à celles qui visent l'objectif d'une meilleure protection des gens de mer* ».

3. La position de la commission

Dans l'attente d'une concertation plus poussée avec les acteurs concernés et d'une expertise plus approfondie de la part du Gouvernement, pour déterminer en particulier si les gens de mer concernés doivent être affiliés au régime général ou à l'ENIM – expertise qui pourrait être fournie d'ici l'examen du projet de loi en séance publique – la commission propose de ne pas rétablir cet article.

*

La Commission maintient la suppression de l'article 19.

Article 20

(art. L. 133-6-8, L. 134-3, L. 134-4, L. 134-5, L. 134-5-1, L. 134-6, L. 134-7, L. 134-8, L. 134-10, L. 134-11, L. 134-11-1, L. 134-12, L. 134-13, L. 134-15, L. 139-1, L. 221-1, L. 241-1, L. 241-2, L. 241-3 à L. 242-3-3, L. 242-10, L. 380-1, L. 380-2, L. 380-3-1, L. 381-4, L. 381-8, L. 382-15, L. 612-4, L. 613-8, L. 713-21, L. 715-2 du code de la sécurité sociale ; art. L. 721-2 [nouveau], L. 722-5, L. 722-6, L. 731-2, L. 731-11 et L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime)

Réforme de l'architecture financière de la branche maladie

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article constitue le volet financier de la réforme de l'assurance maladie proposée à l'article 39 du projet de loi et opère à ce titre les modifications indispensables à la mise en œuvre de la protection universelle maladie prévue à l'article précité.

Il vise également à clarifier l'architecture financière de l'assurance maladie et propose à cette fin :

– d'achever l'intégration financière de l'assurance maladie ;

– de simplifier les transferts financiers entre les différents régimes d'assurance maladie obligatoire ;

– d'adapter les conditions actuelles d'assujettissement aux cotisations d'assurance maladie.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté 11 amendements rédactionnels ou de coordination, présentés par le rapporteur.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 20 sans modification.

CHAPITRE V

Dispositions contribuant à l'organisation et au financement du risque maladie

Article 21

(art. L. 864-1, L. 864-2 [nouveau] et L. 865-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Amélioration de la couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans

Cet article vise à encourager le développement d'une offre de couverture complémentaire santé pour les personnes de plus de 65 ans, grâce à la sélection, par une procédure d'appel d'offres, de contrats proposant une offre de qualité à un prix raisonnable.

Selon les conditions fixées à cet article, toutes les offres répondant aux critères des contrats dits « responsables », tels que définis à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'à des critères de montant des primes et de qualité de service, seront sélectionnées.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Afin de sécuriser le dispositif proposé, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques présentés en commission par la rapporteure et par le groupe Socialiste, républicain et citoyen. Ces amendements procèdent à deux modifications principales :

– en premier lieu, la rédaction initiale du texte prévoyait que les offres soient sélectionnées selon un critère « *prépondérant* » de montant des primes ; l'amendement adopté supprime ce qualificatif et précise que le montant des primes doit être apprécié « *au regard des garanties offertes* » par le contrat proposé ;

– en second lieu, l'amendement définit les conditions dans lesquelles une offre peut être rejetée au motif « *que sa viabilité financière ne pourrait être garantie sur la durée de la période de sélection au regard, notamment, des caractéristiques de la population éligible* ».

Ces amendements ont fait l'objet de deux sous-amendements du Gouvernement visant d'une part à effectuer plusieurs ajustements rédactionnels, et d'autre part à préciser que les offres sélectionnées bénéficieront d'un label, afin d'améliorer la lisibilité de ce nouveau dispositif.

En vue de limiter les variations tarifaires excessives des contrats, l'Assemblée nationale a enfin adopté un amendement de la rapporteure visant à plafonner l'évolution du montant des primes des contrats sélectionnés pendant toute la période couverte par l'appel d'offres. Le taux de revalorisation des primes retenu correspond à l'évolution annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, ce qui représente, en pratique, une très faible marge d'augmentation des primes.

2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a considéré que l'utilité sociale du dispositif n'était pas établie, compte tenu des multiples dispositifs permettant aux personnes de plus de 65 ans ayant des revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé.

Elle a par ailleurs considéré qu'il convenait d'attendre les conclusions du rapport sur les aides fiscales et sociales allouées aux contrats des complémentaires santé, confié à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), avant d'envisager toute réforme de l'architecture de la couverture complémentaire en matière de santé.

Elle a enfin estimé que seuls les mécanismes de mutualisation des risques sont véritablement susceptibles de faire baisser les primes pour les plus de 65 ans.

Sur proposition du rapporteur général, les sénateurs ont donc supprimé cet article.

3. La position de la commission

La rapporteure regrette sincèrement le rejet de cet article par le Sénat.

Elle rappelle qu'une proportion non négligeable des personnes de plus de 65 ans – environ 5 % – ne bénéficie pas de couverture complémentaire santé, ce qui montre bien que les dispositifs existants, soumis à conditions de ressources, ne suffisent pas à répondre aux besoins des personnes âgées dont les revenus sont supérieurs aux plafonds fixés, mais trop modestes pour accéder aux autres offres de complémentaire santé.

Pour mémoire, le dispositif de la couverture maladie universelle complémentaire n'est accessible qu'aux personnes dont les revenus sont inférieurs à 720 euros par mois (pour une personne seule) ; le bénéfice de l'aide à la complémentaire santé n'est quant à lui accessible qu'aux personnes seules dont le revenu mensuel est inférieur à 972 euros par mois. Or, la cotisation mensuelle d'un contrat individuel de complémentaire santé s'élève en moyenne à 96 euros pour les personnes âgées de 75 ans.

Par ailleurs, la rapporteure souligne que le rapport de M. Dominique Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, rendu public en septembre 2015, a déjà permis de dresser un état des lieux très complet sur le panorama actuel des offres de complémentaire santé. Ce rapport relève notamment que « *les personnes qui sont aujourd'hui les plus mal couvertes, voire ne bénéficient pas de complémentaire santé, sont celles qui sont les plus éloignées de l'emploi (personnes âgées, chômeurs de longue durée, jeunes)* » ⁽¹⁾.

Or, la généralisation au 1^{er} janvier 2016 de la couverture complémentaire santé pour les salariés pourrait entraîner « *une forte hausse de cotisations dans les contrats individuels* » ou « *une dégradation de leur couverture santé* » compte tenu de l'accroissement de la segmentation provoqué par le développement des contrats collectifs à destination de l'ensemble des salariés.

Sans attendre la remise du rapport de l'IGAS, qui portera uniquement sur les aides fiscales et sociales alloués aux contrats de complémentaire, il importe de proposer aux personnes exclues du système collectif de complémentaire santé, et donc en particulier aux personnes âgées, une offre leur garantissant un panier de soins de qualité et ce, à un prix raisonnable au regard des garanties proposées.

Pour ces raisons, la rapporteure propose le rétablissement de l'article 21 dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*

La Commission examine l'amendement AS97 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Le Sénat a supprimé l'article 21 qui visait à proposer aux personnes de plus de soixante-cinq ans des contrats de

(1) [Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective](#) établi par M. Dominique Libault avec la collaboration de M. Vincent Reymond, septembre 2015.

couverture complémentaire de santé de qualité à un prix raisonnable. C'est pourquoi je vous propose de revenir au texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture tout en reconnaissant que nous ne sommes pas opposés à ce que la rédaction de cet amendement évolue en séance publique.

M. Denis Jacquat. Cet article est extrêmement important. On comprend bien le souci que les personnes de plus de soixante-cinq ans puissent accéder à des complémentaires santé sachant qu'un certain nombre en bénéficie déjà.

Les associations de retraités, qui sont extrêmement présentes sur le terrain et qui discutent facilement avec tous les parlementaires, quelle que soit leur tendance politique, estiment qu'il s'agit de contrats *low cost*. Ces nouveaux contrats ne leur conviennent pas, parce qu'ils craignent une baisse du panier de soins. Si, dans un premier temps, cela ne semble pas trop cher, ils ont très peur d'une augmentation des cotisations dans un second temps.

Par ailleurs, on s'éloigne totalement de l'esprit de la sécurité sociale tel qu'il a été voulu par le Conseil national de la Résistance.

Nous sommes donc favorables au maintien de la suppression de cet article.

M. Jean-Patrick Gille. Tout le monde est d'accord, je crois, avec l'objectif visé qui consiste à permettre aux personnes de plus de soixante-cinq ans d'accéder à une complémentaire santé lorsqu'elles rencontrent des difficultés pour la financer. Mais chacun sait bien que cette complémentaire santé risque d'être établie en fonction de l'âge et des capacités financières de la personne. On rompt le principe de la mutualisation intergénérationnelle.

On se demande si les personnes qui ont déjà une complémentaire santé auront vraiment intérêt à la résilier pour adhérer à celle qui sera proposée suite à des appels d'offres. Quelles garanties avons-nous que ce qui serait proposé aujourd'hui, c'est-à-dire une sorte de prix d'appel qui répondrait à l'objectif poursuivi, n'évolue pas demain et pose des problèmes dans le futur ?

Madame la rapporteure, j'ai bien entendu que vous avez parlé d'évolutions en séance. J'imagine que c'est pour répondre à cette difficulté. Pouvez-vous nous rassurer ?

M. Jean-Pierre Barbier. Choisir une complémentaire santé en faisant du prix l'un des critères principaux est inquiétant parce que des organismes qui ne seront que financiers peuvent venir sur le champ assurantiel. En tout cas, les mutuelles et les assureurs craignent que les groupes financiers ne se mettent demain à vendre de l'assurance alors qu'ils ne savent pas ce que c'est.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Nous proposons une nouvelle rédaction de l'article 21 qui permet de repousser les offres *low cost*, de *dumping*. Nous avons écarté également le fait que le critère de prix soit prépondérant.

Monsieur Gille, les personnes auront toujours le choix : elles pourront conserver leur complémentaire santé ou adhérer à une autre. Il faut donc relativiser cette crainte.

Cela dit, je le répète, nous ne sommes pas fermés à une modification du texte pour sécuriser encore cette proposition et évoluer, comme nous l'avons déjà fait, dans le sens d'une labellisation de propositions qui correspondent à une qualité assurée.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 21 est ainsi rétabli.

Article 21 bis

(art. L. 863-1 du code de la sécurité sociale)

Augmentation du plafond de ressources de l'ACS pour les personnes de soixante-cinq ans et plus

Cet article, inséré au Sénat à l'initiative de la commission des finances, propose de relever le plafond de ressources permettant de bénéficier de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes de 65 ans et plus.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Le dispositif de l'aide à la complémentaire santé est destiné aux personnes résidant de manière stable et régulière en France et dont les revenus sont compris entre le plafond de ressources de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et ce même plafond majoré de 35 %, c'est-à-dire des revenus compris entre 720 euros et 972 euros mensuels environ pour une personne seule.

L'aide doit être directement utilisée pour payer un contrat de complémentaire santé. Le montant de l'aide, lui, est différencié en fonction de l'âge, comme l'indique le tableau ci-dessous.

Âge du bénéficiaire	Montant de l'aide
Moins de 16 ans	100 euros
De 16 à 49 ans	200 euros
De 50 à 59 ans	350 euros
60 ans et plus	550 euros

S'inscrivant en complémentarité de la suppression de l'article 21 par le Sénat, cet article vise à étendre le bénéfice de l'ACS aux personnes de 65 ans et plus dont les revenus seraient compris entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 42 %, ce qui représente une augmentation de sept points par rapport au plafond applicable à ce jour pour l'ensemble de la population, sans distinction d'âge.

Tous les retraités ayant des revenus compris entre 720 euros et 1 022 euros pourraient ainsi bénéficier de l'ACS. Selon M. Francis Delattre, rapporteur pour avis de la commission des finances du Sénat, quelque 180 000 personnes de 65 ans et plus seraient concernées par cette revalorisation du plafond de l'ACS.

2. La position de la commission

La rapporteure s'étonne tout d'abord de l'adoption au Sénat de cet article additionnel qui représente une charge pour les organismes de sécurité sociale, au sens de l'article 40 de la Constitution. La création d'une taxe additionnelle sur les ventes de tabac au II ne peut avoir pour effet de compenser la création de cette charge.

Sur le fond, la rapporteure considère que le dispositif proposé est insuffisant dans la mesure où il ne concernerait que les personnes âgées les plus modestes, et non celles appartenant aux classes moyennes qui subissent le plus souvent une forte revalorisation de leurs primes lors du passage vers un contrat individuel à l'âge de la retraite.

C'est pourquoi elle propose la suppression de cet article.

*

La Commission en vient à l'amendement AS98 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. En cohérence avec le rétablissement de l'article 21, cet amendement vise à supprimer l'article 21 *bis*.

M. Jean-Pierre Door. J'ai bien entendu les propos de M. Gille et de M. Jacquat à propos de l'article 21. Mme Delaunay nous confirme qu'il y aura un label avec possibilité de savoir quelles seront les garanties médicales. Aucune mutuelle, aucune compagnie d'assurance, aucun institut de prévoyance n'a validé l'article 21. Tous s'étonnent de ne pas avoir été consultés pour cet article.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 21 bis est supprimé.

Article 22

(art. L. 242-1, L. 911-7, L. 911-7-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale ; art. 1^{er} de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi)

Adaptation de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour les salariés en contrats courts ou à temps très partiel

Cet article définit les conditions dérogatoires selon lesquelles les salariés exerçant à temps très partiel ou en contrats très courts peuvent être dispensés de l'affiliation au contrat collectif obligatoire prévue par l'accord national

interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 dans le cadre de la généralisation à l'ensemble des salariés de la couverture collective en matière de santé.

Il crée une contribution spécifique, à la charge de l'employeur, destinée au financement de la couverture complémentaire individuelle du salarié.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté huit amendements de la rapporteure, dont sept amendements d'ordre rédactionnel.

Le huitième amendement crée un dispositif transitoire permettant aux entreprises de prévoir pendant un an, par décision unilatérale de l'employeur et lorsque cela n'est pas contraire aux éventuels accords de branche ou d'entreprise, que la couverture complémentaire santé sera mise en œuvre, pour les salariés en contrat précaire mentionnés au III de l'article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale, par le versement d'une contribution aux salariés, lorsqu'ils ne sont pas déjà couverts à titre collectif et obligatoire.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Les sénateurs ont considéré que certaines entreprises ont déjà mis en place des mécanismes permettant de couvrir la situation des salariés travaillant en contrat court ou avec une faible quotité horaire. Ils ont également estimé que les salariés travaillant un faible nombre d'heures et pour plusieurs employeurs disposaient déjà d'un droit d'option permettant d'éviter la cotisation à plusieurs complémentaires santé.

Toutefois, alors que la commission des affaires sociales avait initialement proposé le rejet de cet article, à l'initiative du rapporteur général, le Sénat l'a finalement modifié et adopté en séance publique.

Sur proposition du rapporteur général, les sénateurs ont adopté un amendement de coordination.

À l'initiative de M. Jean-Noël Cardoux et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, les sénateurs ont ensuite adopté, suivant l'avis favorable de la commission et malgré l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement proposant que les accords conventionnels organisant des solutions spécifiques pour les salariés en contrat très court ou à temps très partiel priment sur le dispositif du « chèque santé » proposé à l'article 22.

3. La position de la commission

La rapporteure rappelle que la création de dispense d'ordre public à l'article 22 vise à répondre aux situations dans lesquelles la couverture collective peut être préjudiciable aux salariés en contrat précaire. L'obligation d'adhérer à la

couverture collective priverait par exemple les salariés qui sont éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire ou à l'aide à la complémentaire santé de ces droits.

De même, les salariés exerçant simultanément pour le compte de plusieurs employeurs pourraient être contraints, dans ces conditions, à cotiser à plusieurs couvertures collectives. Pour les salariés en contrat à durée déterminée de très courte durée, l'obligation d'adhésion à une couverture collective pourrait les obliger à changer très fréquemment de couverture collective, ce qui ne permet pas d'assurer une couverture continue des frais de santé.

La rapporteure rappelle enfin que les dispenses créées à l'article 22 ne sont qu'une faculté laissée à l'appréciation des salariés en contrat précaire ; si ces derniers estiment être couverts dans des conditions satisfaisantes par la couverture collective prévue par accord, ils pourront tout à fait conserver cette couverture.

La rapporteure propose donc la suppression des ajouts adoptés au Sénat. Toutefois, plusieurs ajustements pourront être proposés.

*

La Commission en vient à l'amendement AS100 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement a pour objet de supprimer une disposition introduite au Sénat qui prévoit que les accords de branche organisant des solutions spécifiques pour les salariés en contrat très court ou à temps très partiel priment sur la dispense d'affiliation à la couverture complémentaire collective proposée à l'article 22.

Or cette dispense d'affiliation est nécessaire, car elle permet de répondre aux situations dans lesquelles la couverture collective serait préjudiciable aux salariés en contrat précaire. L'obligation d'adhérer à la couverture collective priverait les salariés éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire ou à l'aide complémentaire santé de ces droits.

C'est pourquoi je vous propose de supprimer les modifications apportées par le Sénat. Mais nous ne sommes pas opposés à ce que l'on réfléchisse, d'ici à l'examen du texte en séance publique, au moyen d'améliorer la rédaction adoptée par l'Assemblée en première lecture.

M. Jean-Pierre Barbier. À force de créer des contraintes supplémentaires aux employeurs, y compris vis-à-vis des travailleurs précaires, on risque encore de précariser davantage ces travailleurs, les employeurs risquant de renoncer à les embaucher.

M. Dominique Tian. L'article 22 crée une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les salariés

précaires. Dans leur sagesse, les sénateurs ont assoupli le dispositif pour que priment les nombreux accords conventionnels qui organisent des solutions spécifiques pour ce type de contrat. L'Union des métiers et des industries de l'hôtellerie, par exemple, nous a écrit que le problème des précaires était tout à fait pris en compte, depuis longtemps, par les accords signés.

La position prise par les sénateurs est donc très logique. Ne substituons pas une disposition législative aux accords de branche, cela ne ferait que compliquer les choses.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Les contrats collectifs en question ne couvrent pas toutes les situations possibles, comme celle des salariés ayant plusieurs employeurs, et ne traitent pas la question de l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Soyez cependant rassuré : si ces contrats collectifs sont plus favorables, bien sûr, ils seront choisis et primeront de fait. Ne fermons donc pas la porte par la loi ou par le règlement à la possibilité d'un autre choix pour des situations qui ne seraient pas couvertes.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle se saisit de l'amendement AS77 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Il s'agit de préciser que la responsabilité de l'employeur ne peut être recherchée lorsque le salarié n'a pas fait de demande de prise en charge de sa couverture complémentaire santé individuelle et qu'il n'a pas produit le contrat assurant cette couverture. Le risque que l'employé ne se plie pas à cette obligation est bien réel, et l'employeur ne saurait être condamné pour une faute de l'employé qui n'a pas fourni les documents nécessaires.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La copie du contrat vise simplement à permettre au salarié de demander le versement du chèque santé. S'il ne la fournit pas, l'employeur n'est nullement tenu de l'indemniser. En revanche, la non-présentation du contrat n'exempte pas ce dernier de l'obligation de proposer une couverture collective à ses salariés, puisque la dispense du contrat collectif ne s'exerce qu'à l'initiative du salarié. Celui-ci peut toujours décider de rester couvert par la couverture collective s'il estime qu'elle est plus avantageuse.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 22 modifié.

Article 24

Ajustement des mécanismes de la clause de sauvegarde et de la contribution due au titre des médicaments traitant l'hépatite C

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article fixe pour l'année 2016 le montant de la contribution sur le chiffre d'affaires à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (« taux L ») à – 1 %, et le montant de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C (« montant W ») à 700 millions d'euros.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Par coordination avec la suppression de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C à l'article 4 du projet de loi, le Sénat a supprimé la fixation du montant W et remplacé cette suppression par une taxe additionnelle sur les produits du tabac.

3. La position de la commission

La rapporteure propose le rétablissement de la fixation du montant W dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*

La Commission examine l'amendement AS89 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il s'agit d'un simple amendement de cohérence avec le rétablissement de la contribution due au titre des médicaments contre l'hépatite C à l'article 4. Cette contribution étant rétablie, la fixation du montant W à 700 millions d'euros pour 2016 doit également l'être.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement a également pour objet de fixer le taux L à – 1 %. En somme, sont taxées des entreprises du médicament dont le chiffre d'affaires régresse. C'est cela qui pose vraiment problème. L'an dernier, la croissance du chiffre d'affaires de ces entreprises fut presque nulle – disons qu'elle fut autour de 0 % ou 0,2 %. Vous voulez donc taxer tout le monde. C'est dangereux. Je parlerais même d'une malhonnêteté vis-à-vis des entreprises pharmaceutiques.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le terme est peut-être un peu fort !

M. Denis Jacquat, rapporteur. J'en profite pour évoquer les nouveaux médicaments efficaces. Les laboratoires doivent disposer de certaines marges pour

pouvoir faire de la recherche. Quand on sait que certains malades de l'hépatite C qui recevront ce traitement n'auront finalement pas besoin d'une greffe du foie, ce n'est pas rien ! J'avais d'ailleurs demandé une étude d'impact sur ces médicaments, qui aurait comparé des patients recevant ce type de médicaments à d'autres n'en bénéficiant pas. N'oublions pas que des patients meurent dans notre pays faute de greffons !

La Commission adopte l'amendement.

L'article 24 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements AS26 de M. Bernard Accoyer et AS35 de M. Dominique Tian tombent.

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

Article 26

Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2016 (Annexe C)

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Conformément aux dispositions organiques, cet article retrace l'équilibre financier 2016 de la sécurité sociale dans un tableau, présenté par branche et établi pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, dont il propose l'approbation.

- L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article, contre l'avis du Gouvernement.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

Le rapporteur souhaite signaler la contradiction dans le raisonnement du Sénat, qui a rejeté cet article d'équilibre, comme du reste le suivant, tout en adoptant la troisième partie du projet de loi de financement, et en examinant la quatrième, relative aux dépenses. Si le Sénat n'accepte pas les équilibres généraux proposés par l'Assemblée, et qu'il n'y apporte aucune modification, il n'est pas

logique qu'il discute du détail des mesures contribuant à leur construction, en recettes comme en dépenses.

*

La Commission se saisit de l'amendement AS17 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le Sénat a supprimé cet article d'équilibre, que le présent amendement a pour objet de rétablir dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale. Sans article d'équilibre, nous n'avons plus, en fait de PLFSS, qu'une succession de vœux pieux.

Sur le fond, vous constaterez que les branches accidents du travail et maladies professionnelles et vieillesse sont à l'équilibre, tandis que la branche famille est sur la voie du retour à l'équilibre. Des efforts doivent encore être faits en ce qui concerne l'assurance maladie et le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

M. Jean-Pierre Door. Les sénateurs étaient vraiment très en colère, s'ils ont supprimé cet article !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ce n'est pas l'impression qu'ils m'ont donnée hier, en commission mixte paritaire.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 26 et l'annexe C sont ainsi rétablis.

Article 26 bis

Rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption au Sénat d'un amendement de M. Yves Daudigny et de ses collègues du groupe Socialiste et républicain ; il a reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

L'article 26 *bis* dispose que dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée vers les centres de référence sur la mort inattendue du nourrisson (MIN) en vue de rechercher la cause du décès.

Selon les auteurs de l'amendement, quelque 500 cas de mort inattendue du nourrisson sont recensés chaque année en France. Lorsqu'un tel décès intervient, la Haute autorité de santé (HAS) recommande que l'enfant décédé soit systématiquement transporté en urgence au centre de référence MIN le plus

proche, afin de déterminer la cause du décès – naturelle, accidentelle ou non accidentelle.

Le rapport devra établir les suites données aux recommandations de la HAS, en particulier sur la question de la prise en charge de ces enfants et de leurs parents vers les centres de référence MIN.

2. La position de la commission

La commission souscrit à l'objet de cet article mais remarque que l'article figure au sein du titre relatif aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de la troisième partie du projet de loi de financement, alors qu'il devrait en toute logique figurer au sein du titre IV de la quatrième partie, relatif aux dépenses de la branche maladie.

La commission a donc supprimé cet article afin de le déplacer après l'article 39 *ter*.

*

La Commission en vient à l'amendement AS92 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Au sein du titre relatif aux conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale de la troisième partie du projet de loi de financement, cet article est mal placé. Il devrait, en toute logique, figurer au sein du titre IV de la quatrième partie, relatif aux dépenses de la branche maladie. Je vous propose donc de le supprimer ici, pour le rétablir plus loin.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 26 bis est supprimé.

Article 27

Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article propose d'approuver le tableau d'équilibre du régime général, figurant dans l'annexe C, qui présente par branche les recettes et les dépenses prévues pour 2016.

- L'Assemblée nationale a adopté cet article et l'annexe C sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article d'équilibre, comme le précédent, contre l'avis du Gouvernement.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

*

La Commission examine l'amendement AS18 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit ici de rétablir l'article d'équilibre concernant spécifiquement le régime général.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 27 est ainsi rétabli.

Article 28

Approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV), détermination de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes du FRR et de la section 2 du FSV pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Conformément aux dispositions organiques, cet article, qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale en première lecture :

– porte approbation du tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires, en l'occurrence, depuis 2008, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV), au **I** ;

– détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette sociale, en l'espèce, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), au **II** ;

– prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base, c'est-à-dire, au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), au **III**, et au FSV, au **IV**.

Dans la rédaction retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, le **I** de cet article fixait, pour l'année 2016 :

- les prévisions de recettes du FSV à 16,4 milliards d’euros ;
- ses prévisions de dépenses à 20,1 milliards d’euros ;
- son solde à – 3,7 milliards d’euros.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l’initiative du rapporteur pour avis de sa commission des finances, M. Francis Delattre, le Sénat a supprimé le **I** de cet article, contre l’avis du Gouvernement.

Le sénateur Francis Delattre a justifié sa proposition de suppression par « *un désaccord de fond avec les objectifs fixés par le Gouvernement et par cohérence avec la suppression des tableaux d’équilibre pour 2016* », ajoutant que « *la situation financière du FSV apparaît durablement dégradée, compte tenu d’un sous-financement persistant* ».

3. La position de la commission

Comme le rapporteur du volet assurance vieillesse du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 l’a souligné dans le rapport qu’il a élaboré lors de l’examen du projet de loi en première lecture, l’aggravation du déficit du FSV grève le redressement des comptes et constitue un sujet de préoccupation majeur pour le Gouvernement et la majorité ⁽¹⁾.

Cette année encore, la Cour des comptes a réitéré sa préconisation tendant à ce qu’il soit mis fin au sous-financement structurel du FSV qui est aujourd’hui alimenté par douze types de recettes distincts (alors qu’il ne l’était que par deux types de recettes en 2010).

Lors de son audition par la commission des affaires sociales, le 16 septembre dernier, le Premier président de la Cour des comptes, M. Didier Migaud, a notamment suggéré que le FSV bénéficie à l’avenir d’un financement stable et pérenne par l’affectation d’impôts et de contribution sociale généralisée.

Dans l’attente de cette réforme du financement du FSV qui suppose bien des expertises et consultations, la commission estime qu’il convient de rétablir le **I** de cet article dans la rédaction issue des travaux de l’Assemblée nationale en première lecture.

*

(1) Rapport n° 3129 (tome IV) fait, au nom de la commission des affaires sociales, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, par M. Michel Issindou : <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rapports/r3129-tIV.asp>.

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

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de rétablir le I de l'article 28, qui concerne le FSV, et donc d'approuver les prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 28 modifié.

Article 30

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2016 à 2019).

- Tel est l'objet de cet article, adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article, contestant la fiabilité des perspectives pluriannuelles.

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans la rédaction issue de la première lecture à l'Assemblée nationale.

*

La Commission en vient à l'amendement AS19 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit encore de rétablir un article supprimé par le Sénat dans la rédaction issue de la première lecture. Il est question, cette fois-ci, du rapport figurant en annexe B du PLFSS.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 30 et l'annexe B sont ainsi rétablis.

La Commission adopte la troisième partie du projet de loi modifiée.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2016

TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE FAMILLE

Article 33 bis

(art. L. 531-2 du code de la sécurité sociale)

Date de versement de la prestation d'accueil du jeune enfant

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article a été inséré par le Sénat à partir d'un amendement présenté par M. Cyril Pellevat. Il porte sur la prime à la naissance prévue dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant.

Cette prestation est versée sous conditions de ressources. Son montant s'élève à 923,08 euros.

Dans sa rédaction en vigueur, l'alinéa 2 de l'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale prévoit que « *la date de versement de cette prime est fixée par décret* ». Aux termes du II de l'article D. 531-2 du même code « *la prime à la naissance est due et versée avant la fin du dernier jour du second mois civil suivant la naissance ou la justification de la fin de la grossesse* ».

La disposition adoptée par les sénateurs supprime cet alinéa 2. L'objet de l'amendement était « d'interpeller » le Gouvernement sur la question de la date de versement.

Au cours de ses travaux, la rapporteure a constaté que le versement postérieur à la naissance de cette prime soulevait parfois des difficultés. Elle a également noté que les caisses d'allocations familiales ont mis en place des

réponses efficaces pour répondre au cas par cas aux difficultés qui leur sont signalées. Cette approche est la plus efficace et la voie réglementaire peut seule apporter une réponse utile.

2. La position de la commission

La commission a supprimé cette disposition qui est source de fragilités sur le plan juridique.

*

La Commission examine l'amendement AS72 de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille. Je propose de supprimer l'article 33 *bis* nouveau, issu d'un amendement prétendument d'appel des sénateurs. Je partage leur préoccupation, mais l'article soulève des difficultés juridiques.

La prime de naissance est aujourd'hui versée deux mois après la naissance. Nous devons trouver un dispositif pour mieux accompagner les familles les plus fragiles. Résoudre cette difficulté n'en implique pas moins des adaptations réglementaires. Or l'article en question se contente de supprimer le renvoi à un décret. La rédaction qui en résulte est donc particulièrement fragile. Au lieu de modifier la date de versement de la prime, elle fragilise toute disposition qui la fixerait, ce qui est un peu gênant. Je propose donc de supprimer l'article.

Les caisses d'allocations familiales font aujourd'hui au mieux pour gérer le problème en liaison avec les familles, continuons de réfléchir à la question de la date de versement.

M. Jean-Pierre Barbier. La position de Mme la rapporteure me surprend. Les sénateurs faisaient une confiance aveugle au Gouvernement pour apporter une solution par voie réglementaire. Vous semblez ne pas nourrir les mêmes sentiments, ce qui me surprend.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. Nous en reparlerons peut-être dans l'hémicycle.

M. Gilles Lurton. Comme Mme Clergeau, nous partageons la préoccupation des sénateurs : cet article devrait donc être maintenu. C'est bien au moment de la naissance que la prime de naissance peut être utile aux parents, non deux mois après, car c'est lorsque naît l'enfant que les parents font leurs achats. Verser cette prime deux mois plus tard est une aberration.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. L'article ne fait que supprimer le décret qui permet de fixer la date de versement. En résulte un vide

juridique. Nous ne pouvons procéder ainsi. Réfléchissons au fond, mais, sur le plan formel, l'article n'est pas acceptable.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 33 bis est supprimé.

Article 34

Objectif de la branche famille pour 2016

En application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'année 2016 à un montant de 49,6 milliards d'euros.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Les sénateurs ont supprimé cet article au motif que l'équilibre financier de la branche proposé pour 2016 repose pour partie sur les effets de la modulation du montant des allocations familiales.

2. La position de la commission

La rapporteure regrette la suppression de cet article. Elle rappelle qu'à périmètre constant, l'objectif de la branche est en augmentation de 0,3 % par rapport à 2015. Les mesures de justice votées l'année dernière contribuent au rétablissement des comptes de la branche, avec une perspective de retour à l'équilibre dès 2018. La commission a rétabli cet article dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*

La Commission se saisit de l'amendement AS69 de Mme Marie-Françoise Clergeau.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure. Il s'agit de rétablir les objectifs de dépenses de la branche famille, pour des raisons de forme et pour des raisons de fond. En ce qui concerne la forme, le code de la sécurité sociale dispose que le PLFSS fixe les objectifs de dépenses par branche. Sur le fond, les objectifs de dépenses de la branche famille sont en hausse sur la période 2015-2016 et permettront d'assurer des prestations indispensables aux familles. Comme nous l'avons tous dit en première lecture, ce PLFSS propose un bon objectif de dépense pour la branche famille, qui permettra de financer de nombreuses mesures nouvelles, telles que la généralisation de la garantie sur les impayés de pension alimentaire, tout en poursuivant le redressement des comptes de la branche – l'équilibre est désormais très proche.

Rétablissons donc cet article dans la rédaction que nous avons adoptée en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 34 est ainsi rétabli.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE VIEILLESSE

Article 36

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article avait pour objet de fixer, en application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général.

Le 1° proposait ainsi de fixer l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2016 à 227,8 milliards d'euros, en augmentation de 1,8 % par rapport à l'objectif de 2015 tel que rectifié à l'article 4 du projet de loi (223,8 milliards d'euros).

Le 2° fixait l'objectif de dépenses pour le seul régime général à 123,1 milliards d'euros en 2016, soit 2,2 % de plus que l'objectif de 2015 tel que rectifié à l'article 4 du projet de loi (120,5 milliards d'euros).

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur pour avis de sa commission des finances, M. Francis Delattre, le Sénat a supprimé cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Le sénateur Francis Delattre a justifié sa proposition de suppression par « *un désaccord de fond avec les objectifs fixés par le Gouvernement* », ajoutant que « *l'action du Gouvernement pour améliorer le solde des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse a principalement consisté à augmenter les taux de cotisation salariale et patronale et à affecter de nouvelles recettes. La plus faible progression des dépenses résulte essentiellement d'événements conjoncturels – faible inflation – et de la réforme des retraites adoptée en 2010 par la majorité précédente* ».

3. La position de la commission

Alors qu'en 2012, le solde de la branche vieillesse s'établissait à – 4,8 milliards d'euros, ce dernier devrait approcher – 0,6 milliard d'euros en 2015 : le déficit de cette branche a ainsi été divisé par huit en l'espace de trois ans, notamment sous l'effet des récentes réformes des retraites.

En 2014, le déficit de la branche vieillesse a atteint son plus bas niveau depuis dix ans (– 1,2 milliard d'euros).

En 2016, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale, le solde de la branche vieillesse du régime général pourrait revenir à l'équilibre et même renouer avec l'excédent.

Quoi qu'en dise le sénateur Francis Delattre, l'amélioration du solde de la branche vieillesse du régime général tient non seulement au relèvement de l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite opéré en 2010 ⁽¹⁾ et à la faible inflation, mais aussi et surtout aux mesures responsables contenues dans la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites. La Cour des comptes l'a d'ailleurs noté dans le *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* qu'elle a publié en septembre dernier.

La commission propose en conséquence de rétablir cet article dans la rédaction qu'en avait retenue l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission en vient à l'amendement AS86 de M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse.

M. Michel Issindou, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Il s'agit de rétablir, dans la rédaction retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, l'article 36, qui fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour 2016.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 36 est ainsi rétabli.

Article 36 bis A

(art. L. 161-17-2 et L. 351-8 du code de la sécurité sociale)

Relèvement de l'âge légal de départ à la retraite à 63 ans en 2019

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement présenté en commission par le rapporteur de la

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

commission des Affaires sociales de la Haute assemblée pour la branche vieillesse, M. Gérard Roche.

Il s'agit de modifier l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale qui définit l'âge légal de départ à la retraite et les modalités de son relèvement progressif pour augmenter graduellement cet âge légal et le fixer à 63 ans au 1^{er} janvier 2019 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1957.

Il s'agit également de modifier l'article L. 351-8 du même code, qui définit les conditions d'obtention du taux plein pour les personnes ne justifiant pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans un régime de base obligatoire, afin de maintenir, pour tous les assurés, l'âge du taux plein à 67 ans.

Pour proposer cette réforme, le sénateur Gérard Roche s'appuie sur le projet d'accord national interprofessionnel relatif aux retraites complémentaires versées par l'Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) et par l'Association pour le régime de retraite complémentaire des salariés (ARRCO), qui a été finalisé par les partenaires sociaux le 30 octobre dernier ⁽¹⁾.

Ce projet d'accord incite en effet les salariés du secteur privé à retarder d'un an leur départ à la retraite, par rapport à l'âge auquel ils auraient pu prétendre au taux plein (62 ans, depuis la réforme des retraites de 2010), sous peine d'une décote de 10 % sur le montant de leur retraite complémentaire au cours des trois années suivant la liquidation de leur retraite. Ce mécanisme de décote s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2019, pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1957.

Or, selon le sénateur Gérard Roche, il convient « *de ne pas introduire une nouvelle disparité entre le secteur public et le secteur privé. En effet, les régimes de retraite des fonctionnaires sont des régimes uniques servant des pensions de base et complémentaire. Ne pas relever la borne d'âge légal pour la retraite de base alors que les salariés du secteur privé vont être contraints de travailler une année supplémentaire pour bénéficier de la totalité de leur retraite complémentaire, revient à rétablir une différence entre les deux secteurs, ce que la réforme des retraites de 2003 s'était employée à effacer* » ⁽²⁾.

2. La position de la commission

La commission propose de supprimer cet article.

(1) Ce projet d'accord est consultable au lien suivant :

http://www.agirc-arrco.fr/fileadmin/agircarrco/documents/conventions_accords/2015/Accord-Agirc-Arrco_ouvert_signature_20151030.pdf.

(2) Rapport n° 134 (session 2015-2016) fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, de financement de la sécurité sociale pour 2016, par M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux et MM. Gérard Roche et Gérard Dériot, rapporteurs, tome VII (examen des articles), pp. 160-162.

En effet, si, en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, l'âge légal de départ à la retraite est aujourd'hui fixé à 62 ans, pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1955, le dernier rapport du Conseil d'orientation des retraites (COR), publié en juin dernier, montre que la mesure de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites qui a allongé à 43 ans la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite au taux plein, pour les assurés nés à compter du 1^{er} janvier 1973, devrait avoir pour effet de porter l'âge effectif de départ à la retraite à 64 ans au tournant des années 2020-2030 ⁽¹⁾.

La réforme des retraites de 2014 a donc déjà permis de porter progressivement l'âge effectif de départ à la retraite à 64 ans.

Mais ce n'est pas une raison pour relever l'âge légal de départ à la retraite, car un certain nombre d'assurés peuvent avoir commencé à travailler (et donc à cotiser) tôt, souvent dans des conditions pénibles, et avoir validé le nombre de trimestres requis pour bénéficier d'une retraite au taux plein à 62 ans, voire à 60 ans.

Il serait profondément inique d'imposer à ces assurés de continuer de travailler jusque 63 ans dans des conditions physiquement éprouvantes.

*

La Commission examine l'amendement AS87 de M. Michel Issindou, rapporteur.

M. Michel Issindou. De facétieux sénateurs ont cru bon de porter l'âge de la retraite à soixante-trois ans à compter du 1^{er} janvier 2019 pour les générations nées après le 1^{er} janvier 1957. Supprimons cet article.

La réforme de 2014 a déjà permis de porter à quarante-trois le nombre d'annuités nécessaires pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Cela implique que, dans les années 2020-2030, l'âge effectif de la retraite sera plutôt de soixante-quatre ans.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 36 bis A est supprimé.

(1) Conseil d'orientation des retraites, Rapport annuel « Évolutions et perspectives des retraites en France », juin 2015, page 40 : <http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-2828.pdf>.

Article 36 sexies A

(art. L. 742-6 du code de la sécurité sociale)

Ajustements techniques apportés au dispositif d'élargissement de l'assurance volontaire vieillesse aux conjoints collaborateurs

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption par le Sénat, avec un avis favorable du Gouvernement, d'un amendement présenté en commission par le rapporteur de la commission des Affaires sociales de la Haute assemblée pour la branche vieillesse, M. Gérard Roche.

Il s'agit de modifier l'article L. 742-6 du code de la sécurité qui définit les conditions de l'adhésion volontaire à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés.

L'assurance volontaire vieillesse permet aux assurés cessant leur activité, ou vivant à l'étranger, de cotiser volontairement auprès de leur dernier régime obligatoire d'assurance vieillesse pour se prémunir d'une interruption brutale dans l'acquisition des droits à la retraite. Cette assurance volontaire est ouverte aux personnes ne bénéficiant pas d'une affiliation à un régime obligatoire et qui n'ont pas atteint l'âge légal de départ à la retraite.

La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a ouvert l'accès à l'assurance volontaire vieillesse aux conjoints collaborateurs qui cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire.

L'élargissement de ce dispositif, prévu par la loi du 20 janvier 2014, concerne donc les anciens conjoints collaborateurs des travailleurs indépendants, des professions libérales, des avocats et des non-salariés-agricoles.

En l'état du droit, le 5° de l'article L. 742-6 précité prévoit que peuvent y adhérer *« les conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 121-4 du code de commerce [à savoir les conjoints collaborateurs des chefs d'entreprises artisanales, commerciales ou libérales] qui, ayant été affiliés à titre obligatoire au régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés des professions soit artisanales, soit industrielles et commerciales, soit libérales [...] soit au régime d'assurance vieillesse des avocats [...] cessent de remplir les conditions de l'affiliation obligatoire »*.

Comme l'a souligné le sénateur Gérard Roche, il est nécessaire de préciser la rédaction de ce 5° afin d'harmoniser le dispositif de l'assurance vieillesse volontaire au sein du régime des indépendants avec les autres régimes.

2. La position de la commission

Dans la mesure où il apporte des ajustements techniques bienvenus au dispositif prévu par la loi du 20 janvier 2014, la commission propose d'adopter cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 36 sexies A sans modification.

Article 36 sexies

(art. 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014
garantissant l'avenir et la justice du système de retraites)

Adaptation des règles de cumul emploi-retraite à la situation des anciens mineurs

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Adopté par l'Assemblée nationale en séance publique, en première lecture, à l'initiative des membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen, cet article vise à autoriser les anciens mineurs à cumuler une pension de vieillesse du régime des mines et le revenu d'une activité professionnelle, leur permettant, jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite, d'ouvrir de nouveaux droits à la retraite.

En effet, l'article 19 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraite a introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 161-22-1 A qui généralise à l'ensemble des régimes de retraite le principe de cotisations non génératrices de droits nouveaux à retraite en cas de reprise d'activité par une personne pensionnée, et ce quels que soient l'activité reprise et les régimes qui servent la pension de retraite.

Cette nouvelle règle pénalise toutefois les anciens mineurs, qui ayant été mis à la retraite avant l'âge légal à la suite de la fermeture progressive des mines, ont repris une activité professionnelle leur permettant de cumuler un revenu avec leur pension servie par le régime des mines.

La mise en œuvre du « pacte charbonnier » de 1994 avait autorisé les anciens mineurs, pour favoriser leur reconversion, à percevoir leur retraite tout en reprenant une activité professionnelle. L'âge des mineurs contraints de cesser leur activité professionnelle pouvait en effet être très éloigné de l'âge légal de départ à la retraite. L'État s'était par ailleurs engagé à garantir l'intégralité des droits des anciens mineurs.

Cette possibilité de cumul emploi-retraite permettant de cotiser pour l'ouverture de nouveaux droits entre donc aujourd'hui en contradiction avec l'article L. 161-22-1 A précité.

C'est la raison pour laquelle cet article, dans la rédaction qu'avait retenue l'Assemblée nationale, proposait de compléter par un XI l'article 19 de la loi du 20 janvier 2014, pour renvoyer à un décret simple le soin de fixer les modalités particulières d'application du dispositif de cumul emploi-retraite pour les anciens agents, relevant du régime de retraite des mines, d'une des entreprises minières ou ardoisières mentionnées au titre I de la loi n° 2004-105 du 3 février 2004 portant création de l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs et diverses dispositions relatives aux mines, lorsque l'entreprise a cessé définitivement son activité ou a été mise en liquidation avant le 31 décembre 2015.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de son rapporteur pour la branche vieillesse, M. Gérard Roche, le Sénat a, avec un avis de sagesse du Gouvernement, adopté un amendement visant à harmoniser la rédaction du XI [nouveau] de l'article 19 de la loi du 20 janvier 2014 avec celles de ses IX et X qui renvoient à des décrets en Conseil d'État (et non à des décrets simples) le soin de préciser les modalités d'application dudit article 19 à certains régimes spéciaux.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article dans la rédaction issue des travaux du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 36 sexies sans modification.

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 38

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

En application du 2° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article avait pour objet d'établir les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année à venir.

Le 1° fixait donc, pour 2016, à 13,4 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires de base

de sécurité sociale et le 2° à 12 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche pour le seul régime général.

L'Assemblée nationale n'avait pas modifié cet article en première lecture.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur pour avis de sa commission des finances, M. Francis Delattre, le Sénat a supprimé cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Le sénateur Francis Delattre a justifié sa proposition de suppression par « *un désaccord de fond avec les objectifs fixés par le Gouvernement et par cohérence avec la suppression des tableaux d'équilibre pour 2016* ».

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission en vient à l'amendement AS21 de M. Denis Jacquat, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Cet amendement vise à rétablir, dans la rédaction retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, l'article 38, qui fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP. En commission, nous l'avons adopté à l'unanimité. Je vous fais confiance pour le rétablir à l'unanimité, chers collègues.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 38 est ainsi rétabli.

TITRE IV DISPOSITIONS RELATIVES À LA BRANCHE MALADIE

CHAPITRE I^{ER} Amélioration de l'accès au droit

Article 39

(art. L. 111-1, L. 111-2-1, L. 111-2-2, L. 111-2-3 [nouveau], L. 114-10, L. 114-10-1 à L. 114-10-3 [nouveaux], L. 114-12, L. 114-12-1, L. 114-12-4 [nouveau], L. 114-15, L. 114-17-1 [nouveau], L. 115-7, L. 131-9, L. 133-4, L. 160-1 à L. 160-17 [nouveaux], L. 161-1, L. 161-2, L. 161-2-1, L. 161-3, L. 161-5, L. 161-7, L. 161-8, L. 161-9, L. 161-9-3, L. 161-10, L. 161-11, L. 161-13, L. 161-14, L. 161-14-1, L. 161-15, L. 161-15-1, L. 161-15-4, L. 161-25-2, L. 161-25-3, L. 161-27, L. 162-1-14, L. 162-1-14-1, L. 162-1-14-2, L. 162-1-15, L. 162-1-20, L. 162-4, L. 162-31, L. 162-31-1, L. 162-45, L. 165-9, L. 165-12, L. 172-1 A, L. 182-2, L. 182-2-3, L. 200-1, L. 211-3, L. 211-4, L. 211-5, L. 211-6, L. 211-7, L. 213-1, L. 241-10, L. 241-11, L. 242-1, L. 242-3, L. 242-4-3, L. 252-1, L. 311-1, L. 311-5, L. 311-5-1, L. 311-7, L. 311-9, L. 311-10, L. 313-1, L. 313-3, L. 313-4, L. 313-5, L. 314-1, L. 315-2, L. 321-1, L. 321-2, L. 322-1, L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4, L. 322-7, L. 322-8, L. 323-1, L. 323-4, L. 325-1, L. 330-1, L. 331-1, L. 331-2, L. 332-1, L. 332-3, L. 341-3, L. 353-5, L. 371-1, L. 371-2, L. 371-3, L. 371-6, L. 372-2, L. 376-4, L. 380-3, L. 381-3, L. 381-7, L. 381-9, L. 381-10, L. 381-11, L. 381-19, L. 381-20, L. 381-21, L. 381-22, L. 381-23, L. 381-26, L. 381-27, L. 381-28, L. 381-30, L. 381-30-1, L. 381-30-2, L. 381-30-5, L. 381-3, L. 381-14-1, L. 382-3, L. 382-8, L. 382-14-1, L. 382-21, L. 432-1, L. 453-1, L. 471-1, L. 512-1, L. 611-12, L. 611-20, L. 611-21, L. 611-22, L. 613-1, L. 613-3, L. 613-4, L. 613-7, L. 613-10, L. 613-12, L. 613-14, L. 613-20, L. 711-5, L. 711-6, L. 711-7, L. 712-6 à L. 712-9, L. 713-1-1, L. 713-9, L. 713-10, L. 713-16, L. 722-2, L. 722-3, L. 722-6, L. 722-8-2, L. 758-2, L. 762-4, L. 762-6, L. 762-7, L. 762-14, L. 765-5, L. 821-7, L. 861-1, L. 861-2, L. 861-3, L. 861-5 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale ; art. L. 722-10, L. 722-11, L. 732-3, L. 742-3, L. 751-9, L. 761-2 et L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 242-12, L. 245-3, L. 251-1, L. 251-2, L. 252-1 à L. 252-3 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ; art. L. 111-1 du code de la mutualité ; art. L. 6241-3 et L. 6322-1 du code de la santé publique ; art. L. 333-1 du code de la consommation ; art. 9, 9-1, 9-4 et 9-5 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ; art. 20-1, 20-2, 20-7, 23-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte ; art. 89 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ; art. 44 de la loi n° 2014-40 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites ; art. 9-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ; art. 2 de la loi n° 91-1389 du 31 décembre 1991 relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service)

Création d'un régime universel d'assurance maladie

Cet article vise à achever l'universalisation de la prise en charge des frais de santé, et à garantir l'effectivité de ce droit tout au long de la vie des assurés. Il fixe pour seuls critères d'affiliation à la sécurité sociale la condition de résidence durable et régulière sur le territoire ou l'exercice d'une activité professionnelle en France.

Afin de faciliter les mutations inter-régimes et d'organiser les conditions de la disparition de la couverture maladie universelle de base (CMU-b),

l'article 39 prévoit les conditions dans lesquelles les personnes relevant de cette couverture seront maintenues au sein du régime auquel elles étaient préalablement affiliées. L'individualisation des droits à l'assurance maladie se traduira également par la suppression progressive de la notion d'ayant droit majeur.

Enfin, les modalités de délégation de la gestion des prestations d'assurance maladie obligatoire à certains opérateurs sont également revues ; il est mis fin au monopole historique de gestion du régime obligatoire de certains opérateurs afin d'assouplir les modalités de révision du périmètre de gestion de ces organismes et de sécuriser juridiquement, le cas échéant, l'adossement au régime général d'opérateurs défaillants.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté 50 amendements à cet article dont 46, présentés par la rapporteure, sont rédactionnels ou de coordination.

En outre, deux amendements identiques, présentés par la rapporteure et par M. Gérard Bapt au nom du groupe Socialiste, républicain et citoyen, visent à sécuriser les dispositions de l'article 39 relatives aux délégations de gestion : ils maintiennent dans la loi le principe de remises de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie aux organismes délégataires pour la prise en charge des frais de gestion du régime général, et précisent également les conditions dans lesquelles il peut être mis fin aux délégations de gestion, en cas de défaillance d'un organisme délégataire rendant impossible la gestion des régimes obligatoires dans des conditions normales.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement présenté par M. Denis Jacquat visant à maintenir les bénéficiaires de la couverture offerte par les régimes d'assurance maladie complémentaires obligatoires en Alsace-Moselle pour les actuels ayants droits majeurs de ces régimes.

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a ensuite adopté deux amendements visant respectivement à remplacer la notion de délégation par celle d'habilitation et à supprimer le terme du 31 décembre 2019 fixé aux habilitations en cours, celles-ci demeurant donc en vigueur au-delà de cette date.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Les sénateurs ont adopté un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

Ils ont également adopté un amendement présenté par M. Yves Daudigny et ses collègues du groupe Socialiste et républicain visant à préciser qu'en complément de leurs opérations de gestion pour la prise en charge des frais de santé, les mutuelles ou groupements de mutuelles régis par le code de la mutualité sont également habilités à réaliser des opérations « *de gestion du risque et d'accès aux droits* ». Cet amendement, qui a reçu l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, a fait l'objet d'un sous-amendement présenté par le

Gouvernement, qui renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer les modalités d'organisation, de mise en œuvre et de financement de ces opérations de gestion, notamment dans le cadre de conventions, ainsi que les modalités d'évaluation de leurs résultats.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission se saisit de l'amendement AS38 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. L'article 39, qui ne fait pas moins de dix-sept pages, a pour objet d'introduire un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, regroupant l'ensemble des dispositions législatives relatives à la gestion des régimes d'assurance maladie en dehors du cas de la gestion directe par les CPAM et la Mutualité sociale agricole. Sont donc concernés, le régime étudiant – avec la reprise de gestion du régime obligatoire de La Mutuelle des étudiants (LMDE) par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) –, le RSI avec les organismes conventionnés et, *in fine*, la gestion du régime des fonctionnaires. Cet article met fin au principe du droit à la délégation de gestion facultative du régime obligatoire. Il prévoit aussi que le droit à la gestion mutualiste sera désormais d'ordre réglementaire, puisque la délégation résultera d'un décret simple, non plus d'une habilitation de droit. L'État pourra donc décider seul, au regard des résultats de la gestion déléguée. Compte tenu de la place aujourd'hui donnée aux mutuelles dans notre système, cela ne me paraît pas très prudent. Les opérateurs et le monde mutualiste craignent une nouvelle usine à gaz et s'interrogent sur la cohérence du dispositif. De plus, cet article très contesté n'a pas fait l'objet d'une concertation préalable. J'espère que, le bon sens l'emportant, cet article sera supprimé.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Hier, en commission mixte paritaire, les sénateurs ont adopté cet article. Sur le principe, ils s'en sont même félicités. Je suis donc étonnée d'entendre qu'il aurait suscité de nombreuses contestations.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je suis également étonnée. Mme Boyer fustige l'obésité d'un article long de dix-sept pages, mais c'est fort de vingt-trois pages qu'il nous revient du Sénat. En outre, celui-ci en a salué le principe, et n'a apporté que des modifications rédactionnelles ou de coordination. Il a estimé que les points qui méritaient d'être éclaircis l'ont été, notamment les remises de gestion de la CNAMTS aux organismes délégataires de la gestion des régimes d'assurance maladie. Sont ainsi précisées les conditions dans lesquelles il peut être mis fin, notamment en cas de défaillance ou à la demande des mutuelles délégataires, aux délégations de gestion.

Par ailleurs, à l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a supprimé l'échéance du 31 décembre 2019, à laquelle devaient expirer les habilitations en cours pour les mutuelles de l'article L. 211-4 du code de la sécurité sociale.

Toutes ces améliorations ont permis de sécuriser le dispositif et de répondre aux inquiétudes suscitées par le texte initial. Je vous propose donc de rejeter cet amendement de suppression.

M. Jean-Pierre Door. L'article 39 est certainement l'un des plus importants, mais aussi des plus conflictuels articles de ce PLFSS. J'en veux pour preuve le fait qu'il ait vivement mécontenté toutes les mutuelles. La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) se penche actuellement sur les délégations de gestion des régimes obligatoires de la sécurité sociale aux mutuelles.

Aujourd'hui même, les différentes mutuelles nous ont confirmé leur opposition à cet article, qui n'est pas simplement complexe. Son élaboration n'a fait l'objet d'aucune concertation, il n'a fait l'objet d'aucune étude d'impact, et c'est ainsi que vous coupez l'herbe sous le pied de nombreuses mutuelles délégataires. Pourquoi ne pas attendre, après les rapports de l'Inspection générale des affaires sociales, de l'Inspection générale des finances et du Défenseur des droits, celui de la MECSS ? Ne nous focalisons pas sur la LMDE, n'oublions pas toutes les autres mutuelles délégataires, avec lesquelles cela fonctionne très bien ! Il serait regrettable de les priver de leur délégation.

Remettons donc cet article 39 sur le métier, faisons des études d'impact et revenons-y ensuite.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS71 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet article permet de régler les difficultés que rencontrent certaines personnes à la suite de changements de territoire, de situation, de profession – leurs droits sont interrompus. Voilà qui marque un progrès majeur sur la voie d'une protection maladie universelle. Un certain nombre de points ont cependant suscité des inquiétudes. Dissipons-les.

L'amendement AS71 permet d'éviter le risque d'une migration forcée des ex-ayants droit majeurs. En l'état actuel, le texte obligerait les ayants droit majeurs, devenant assurés sociaux à titre personnel à compter du 1^{er} janvier 2020, à rejoindre, y compris s'ils n'en font pas le vœu, un organisme de gestion auquel ils n'étaient pas affiliés. Permettons-leur de continuer à être gérés par le même organisme, sauf choix contraire. Cela facilitera la gestion en évitant pour les familles une dispersion des actes administratifs entre plusieurs organismes.

Cette proposition ne remet pas en cause la volonté du Gouvernement de faire disparaître la notion d'ayant droit majeur à compter du 31 décembre 2019.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. En réalité, votre amendement est satisfait. Il a pour objet d'étendre la possibilité de demander à être rattaché à l'organisme dont relève un assuré social à l'ensemble des personnes non affiliées à titre personnel qui bénéficient actuellement du statut d'ayant droit, c'est-à-dire les enfants mineurs, enfants majeurs étudiants et personnes adultes à charge. Or les ayants droit mineurs sont automatiquement rattachés au régime de l'assuré à la charge de qui ils sont, sans qu'il soit nécessaire de le préciser. Quant aux ayants droit majeurs, ils perdront cette qualité au plus tard le 31 décembre 2019. Il n'est donc pas logique de leur permettre de demander le rattachement au régime d'un assuré social – ce serait contraire à l'objectif de réduction des mutations entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, objectif que vise l'article 39 et auquel vous souscrivez vous-même.

Je suis donc défavorable à cet amendement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS95 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'éviter le risque d'une migration forcée des futurs ex-ayants droit majeurs – conjoints, partenaires d'un pacte civil de solidarité (PACS), concubins et personnes majeures à charge – et de permettre à l'ensemble des ex-ayants droit majeurs de continuer à être gérés par le même organisme, sauf choix contraire. Cet amendement procède donc du même esprit que le précédent. Mme Delaunay prétendait qu'il était satisfait, mais si tel avait été le cas, l'article 39 n'inquiéterait pas autant les organismes mutualistes, comme la MGEN ou les mutuelles des fonctions publiques territoriale et hospitalière. Rassurons-les donc.

M. Jean-Pierre Barbier. Ce très long article 39 comporte une disposition essentielle et potentiellement apocalyptique : un décret pourrait mettre fin à toutes les délégations de gestion confiées par la loi à des mutuelles depuis la mise en place des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Si l'on transfère la gestion des régimes obligatoires – aujourd'hui assurée par les mutuelles étudiantes ou la MGEN – au régime obligatoire ou aux caisses primaires d'assurance maladie, le système va exploser.

De plus, cette mesure est inutile. Il faut étudier les coûts de gestion des mutuelles et voir s'il y a un problème. Lorsque vous transférerez tous les adhérents MGEN au régime obligatoire pour ne laisser que la gestion de la mutuelle, que ferez-vous du personnel ou des systèmes informatiques ? C'est une folie !

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Nous avons bien dit que seul le périmètre pourrait évoluer et qu'on ne pourrait mettre fin à la délégation qu'en cas de défaillance – ce qui permettrait de reproduire ce que nous avons fait pour la LMDE, aux confins de la loi – ou en cas de demande des mutuelles. Vous prétendez que nous pourrions mettre fin par décret à un dispositif établi par la loi : cela ne pourra être fait qu'en cas de défaillance ou à la demande de la mutuelle concernée.

M. Jean-Pierre Door. La gestion de la LMDE a été transférée sans qu'il soit besoin de légiférer. Cela s'est fait, sans loi ni décret, parce qu'il y avait un plan de sauvegarde. Vous prétendez qu'il n'y a rien à craindre de cet article de seize pages, et que les choses se feront au fil de l'eau. Je maintiens le contraire. La preuve en est que les présidents de la Mutualité française, de la MGEN et des autres mutuelles sont opposés à cet article.

M. Jean-Pierre Barbier. Si toutes les mutuelles qui ont des difficultés de gestion demandent le transfert, et si la loi oblige les régimes obligatoires à les récupérer, nous courons un risque énorme.

M. Dominique Tian. La rapporteure a expliqué que ce transfert a été possible, pour une mutuelle étudiante gravement défaillante, « aux confins de la loi ». Si les confins de la loi permettent de le faire en cas de grave défaillance, cela suffit.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. La loi intervient justement pour consolider ce qui a pu être fait.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS70 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit encore de répondre à une inquiétude exprimée par les directions des organismes mutualistes.

L'alinéa 100, dans la forme proposée, crée une incertitude sur le périmètre de gestion de population : toute mutuelle pourrait gérer indifféremment les étudiants ou les fonctionnaires.

Le présent amendement vise à éviter la dispersion de la gestion au titre du régime obligatoire des agents des administrations de l'État entre plusieurs organismes mutualistes. Cela semble une idée limpide.

Cette gestion est réintroduite uniquement auprès des mutuelles constituées entre fonctionnaires, comme c'était déjà le cas à l'article L. 712-6 du code de la sécurité sociale.

Enfin, cet amendement évite de modifier de nombreux autres articles du code de la sécurité sociale, notamment ceux concernant l'organisation des sections locales mutualistes. Une telle modification risquerait de produire une grande

incertitude juridique sur l'organisation et le périmètre des missions actuelles des mutuelles de fonctionnaires.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. C'est sur le fondement d'une habilitation que ces mutuelles interviennent. Les mutuelles habilitées à gérer le régime des étudiants ne pourront donc pas s'occuper de la gestion des fonctionnaires, et inversement.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS36, de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. La seule évocation de la catastrophe industrielle que constitue le RSI donne des frissons au groupe Les Républicains.

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

La Commission en vient à l'amendement AS37 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Le système du RSI connaît déjà des dysfonctionnements : ne le déstabilisons pas encore un peu plus.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il ne vous a pas échappé que votre groupe a déposé une proposition de loi pour réformer ce même RSI !

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS94 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement permet d'éviter le risque d'une migration forcée des futurs ex-ayants droit majeurs. Il reprend l'idée exprimée précédemment, pour rassurer les gestionnaires des organismes concernés.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Avis défavorable. Cette mesure irait à l'encontre de l'objectif de réduction des mutations.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 39 sans modification.

Article 39 bis A

**Rapport sur la reconnaissance de la sclérose en plaque
pour les fonctionnaires**

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article, introduit au Sénat à l'initiative du groupe Communiste, républicain et citoyen, demande la remise au Parlement d'un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaque au titre des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée pour les fonctionnaires.

Le congé de longue durée est attribué aux fonctionnaires atteints d'une maladie grave, après avis obligatoire du comité médical. Le fonctionnaire est rémunéré pendant toute la durée du congé, soit au maximum cinq ans.

Ce rapport, qui devra être remis dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, devra détailler « *le nombre potentiel de fonctionnaires concernés par cette mesure* » ainsi que « *l'impact potentiel du remplacement de la poliomyélite par la sclérose en plaques dans la liste des maladies ouvrant droit aux congés de longue durée* ».

La commission et le Gouvernement ont émis un avis défavorable à l'amendement, ce dernier précisant que des négociations en cours avec les organisations syndicales sur la santé et la sécurité au travail avaient notamment pour ambition de réviser la liste des maladies ouvrant droit au congé de longue durée, cette liste datant de 1984.

2. La position de la commission

La commission a supprimé cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS90, de Mme Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet article, introduit par le Sénat, demande la remise au Parlement d'un rapport portant sur la reconnaissance de la sclérose en plaques au titre des maladies ouvrant droit au congé de longue durée, pour les fonctionnaires uniquement. Or des négociations en cours avec les organisations syndicales sur la santé et la sécurité au travail ont notamment pour ambition de réviser la liste des maladies ouvrant droit à ce type de congé. Dans l'attente des conclusions de ces négociations, il vous est proposé de supprimer cet article qui ne concerne qu'un cas particulier, dans une situation particulière.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 39 bis A est supprimé.

Article 39 ter

**Résiliation des contrats en cours des bénéficiaires de l'aide
à la complémentaire santé**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article, introduit sur proposition du Gouvernement à l'Assemblée nationale, vise à titre exceptionnel à permettre à des bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS) de résilier leur contrat dans des situations spécifiques.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, seuls une dizaine de groupements d'organismes sélectionnés au terme d'une procédure d'appel d'offres sont habilités à proposer des contrats de complémentaire santé spécifiquement dédiés aux bénéficiaires de l'ACS. Or, les actuels bénéficiaires de l'ACS n'ayant pas anticipé que leur contrat ne figure pas parmi ceux sélectionnés à l'issue de l'appel d'offres pourraient perdre le bénéfice de cette aide.

Pour leur permettre de conserver leur droit au chèque ACS, l'article 39 *ter* propose de permettre à ces personnes, à titre exceptionnel et jusqu'au 30 juin 2016, de résilier leur contrat « *sans frais ni pénalités* », à condition de souscrire à l'un des contrats sélectionnés dans le cadre de l'appel d'offres. Il est précisé que la résiliation prend effet « *le lendemain de l'envoi à l'organisme assureur d'une lettre recommandée à laquelle est jointe une attestation de souscription d'un contrat figurant sur ladite liste* ».

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sur proposition de M. Jean-François Husson et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, le Sénat a adopté un amendement ayant recueilli un avis de sagesse de la commission et du Gouvernement, qui vise à ce que la résiliation du contrat renouvelé après le 30 juin 2015 prenne effet au plus tard le premier jour du mois suivant la demande de résiliation.

Les auteurs de l'amendement ont considéré qu'il était en effet impossible, matériellement, de résilier un contrat dans un délai d'un jour.

Ce nouveau délai correspond au délai prévu à l'article L. 863-4-1 du code de la sécurité sociale en cas de résiliation d'un contrat pour les primo-accédants à l'ACS.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 39 ter sans modification.

Article additionnel après l'article 39 ter [nouveau]
**Rapport sur le transport des enfants décédés
de cause médicalement inexpliquée**

Cet article résulte du déplacement de l'article 26 *bis* relatif au rapport sur la prise en charge du transport des enfants décédés de cause médicalement inexpliquée dans le titre consacré aux dépenses d'assurance maladie.

*

La Commission examine l'amendement AS93 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement correspond simplement au déplacement de l'article 26 *bis* – que nous venons de supprimer – au sein du titre consacré aux dépenses d'assurance maladie.

La Commission adopte l'amendement.

Article 41

(art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale et art. L. 5134-1 du code de la santé publique)

**Confidentialité et gratuité des actes et consultations
dans le cadre de la contraception des mineures**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article propose d'étendre le principe de confidentialité et de gratuité des consultations des jeunes filles mineures auprès du médecin ou de la sage-femme en vue de la prescription d'un contraceptif, ainsi que des examens biologiques liés à cette prescription.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 41 sans modification.

Article 41 ter

(art. L. 613-20 du code de la sécurité sociale)

Temps partiel thérapeutique pour les travailleurs indépendants

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Sylvaine Bulteau, vise à ouvrir aux travailleurs indépendants la possibilité de bénéficier d'un temps partiel thérapeutique.

Le dispositif, qui modifie l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale relatif aux prestations supplémentaires du régime social des indépendants pour y inclure le service d'une indemnité journalière dans le cadre du temps partiel thérapeutique, doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 41 ter sans modification.

CHAPITRE II

Promotion de la prévention et les parcours de prise en charge coordonnée

Article 42

(art. L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale)

Contrats de coopération pour les soins visuels

Cet article crée deux types de contrats entre médecins ophtalmologistes et auxiliaires de la filière visuelle, visant à encourager la coopération entre professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques. Le premier contrat s'inscrit dans le cadre de l'exercice en cabinet individuel ; le second est destiné aux praticiens exerçant au sein de structures pluri-professionnelles (maisons ou centres de santé).

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Outre deux amendements rédactionnels présentés par la rapporteure, l'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de M. Jacques Moignard et de

plusieurs de ses collègues du groupe Radical, républicain, démocrate et progressiste, un amendement visant à inclure les organisations représentatives des centres de santé parmi les structures dont l'avis est requis pour la définition du contrat-type collectif pour les soins visuels.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance publique, le Sénat a adopté deux amendements à cet article.

Le premier, proposé par le groupe Les Républicains, a reçu un avis favorable de la commission et une demande de retrait du Gouvernement. Il prévoit de remplacer les termes d'« auxiliaire médical » par ceux « d'orthoptistes » qui sont les plus directement concernés par cet article. Il précise également que la faculté pour le contrat de coopération individuel de prévoir des objectifs en matière de formation est applicable « *si celle-ci s'avère nécessaire* ».

Le second, adopté à l'initiative de Mme Catherine Deroche et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains avec l'avis favorable du Gouvernement et contre l'avis de la commission, dispose que les contreparties financières de ce contrat collectif ne peuvent excéder le maximum prévu par le contrat de coopération pour les soins visuels prévu au premier alinéa de cet article.

L'étude d'impact attachée au projet de loi donnait des estimations de ces montants, qui seront toutefois définis après négociation :

– pour les contrats de coopération individuels, l'étude d'impact faisait l'hypothèse d'un versement de 6 500 euros en moyenne par professionnel et par an, avec un maximum de 10 000 euros ;

– pour les contrats collectifs, l'étude d'impact prenait pour hypothèse un versement de 15 000 euros aux structures, sans plafond.

L'amendement adopté vise à aligner les deux montants.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission examine l'amendement AS39 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Cet amendement porte sur la chaîne de la santé oculaire. L'article 42 a pour objet d'inciter les ophtalmologistes à développer des coopérations avec les orthoptistes et les optométristes. Cette mesure concerne aussi bien les ophtalmologistes exerçant en cabinet que ceux exerçant dans une maison ou un centre de santé.

Cet amendement tend à préciser que l'application de cette mesure aux maisons de santé dépend du nombre de professionnels exerçant au sein de la structure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Votre amendement tend à préciser que les contreparties financières sont accordées aux maisons de santé en fonction du nombre de professionnels de santé concernés, et non de façon forfaitaire pour chaque structure pluri-professionnelle. Or les modalités de ces contreparties seront définies après concertation. C'est donc lors de cette concertation qu'il conviendra de déterminer les modalités de répartition de ces contreparties. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS91 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Même argumentation qu'à l'amendement précédent.

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 42 sans modification.

Article 45 ter

(art. L. 162-17-3, L. 165-3 et L. 165-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Régulation des dépenses au titre des dispositifs médicaux et des prestations remboursables

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de M. Gérard Bapt qui a reçu un avis doublement favorable de la commission et du Gouvernement.

Il vise à renforcer la compétence et les outils à disposition du comité économique des produits de santé (CEPS) pour garantir la soutenabilité des dépenses liées aux produits et prestations figurant sur la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP), mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o modifie à cette fin les missions du CEPS mentionnées à l'article L. 162-17-3 du même code et le 2^o effectue une modification de coordination.

Le 3° crée un article L. 165-4-1 au sein du même code visant à regrouper dans un seul accord-cadre l'ensemble des conventions que le CEPS peut signer avec les entreprises du secteur relatives :

- au tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 ;
- au prix des produits et prestations mentionné à l'article L. 165-3 ;
- au volume des ventes mentionné à l'article L. 165-4.

L'article L. 165-4-1 reprend pour l'essentiel les dispositions prévues à l'article L. 165-2. Il dispose toutefois que l'accord-cadre doit également prévoir les conditions de mise en œuvre d'une réduction des tarifs de responsabilité et des prix de certaines catégories de produits et prestations figurant dans la LPP afin de « *garantir la compatibilité du taux d'évolution prévisionnel des dépenses correspondantes avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie [ONDAM]* ».

Selon l'exposé des motifs de l'amendement de M. Bapt, la croissance des produits et prestations de la LPP s'élèverait en 2014 à 5 %, soit une croissance bien supérieure à l'objectif de 2,4 % fixé par l'ONDAM pour la même année.

Les entreprises des secteurs concernés par cette régulation présentent pour certaines des caractéristiques bien différentes de celles des entreprises du secteur du médicament : le secteur des dispositifs médicaux, par exemple, est constitué d'un tissu de petites et moyennes entreprises très innovantes et dynamiques. Afin de ne pas mettre en péril ces secteurs, cet article laisse au CEPS la possibilité de définir par voie conventionnelle les modalités pratiques de mise en œuvre de la régulation.

2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a relevé que l'accord entre les industriels et le CEPS conclu le 16 décembre 2011 sur le fondement de l'article L. 165-2 prévoyait déjà des mécanismes de révision des tarifs et des prix ainsi que des clauses prix–volumes. Elle considère donc que cet article permet d'asseoir la base légale sur laquelle reposent les conventions existantes.

Sur proposition du rapporteur général, les sénateurs ont adopté un amendement de coordination à cet article.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

La Commission adopte l'article 45 ter sans modification.

Article 47

(art. L. 313-12-2 et L. 314-7 du code de l'action sociale et des familles ;
art. L. 162-24-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Financement des établissements et services médico-sociaux

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article généralise le financement des établissements accueillant des personnes handicapées au moyen des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et permettra d'améliorer l'offre proposée aux personnes handicapées.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté cet article moyennant trois amendements rédactionnels. Il a également adopté un amendement complété par un sous-amendement du Gouvernement visant à inclure dans le champ de l'article les places destinées aux personnes âgées proposées par les services de soins infirmiers à domicile.

3. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

La Commission en vient à l'amendement AS40 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Défendu.

Mme Joëlle Huillier, rapporteure pour le secteur médico-social. Avis défavorable. Je suggère le retrait de cet amendement, puisque la rédaction du Sénat satisfait complètement à vos propositions.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS41 de M. Dominique Tian.

M. Élie Aboud. Défendu.

Mme Joëlle Huillier, rapporteure. Avis défavorable. Vous voulez mêler les présidents de conseils régionaux à une procédure qui ne les concerne pas. Comment pourraient-ils donner un avis sur les dépenses de l'assurance maladie ? Les coopérations sont tout à fait possibles, mais je ne crois pas qu'il faille les prévoir dans la loi.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement AS42 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Cet article prévoit la prescription par an des prix de journée des établissements pour enfants et adultes handicapés, ainsi que des centres de réadaptation professionnelle. Mais il ne tient pas compte des délais actuels de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).

En l'état, cette disposition risque d'entraîner de très grandes difficultés dans l'organisation des prises en charge dues aux délais de traitement des dossiers par les MDPH. En effet, en l'absence de notification individuelle, aucune facturation par l'établissement à la caisse de rattachement n'est possible.

Les rejets de factures par les caisses primaires d'assurance maladie en l'absence de notification sont de plus en plus fréquents, la consigne ayant été donnée par la Cour des comptes. Or aucune lettre réseau n'a été adressée aux CPAM sur ce sujet.

Certaines situations individuelles risquent d'être affectées par ce dispositif, notamment les jeunes adultes de plus de vingt ans maintenus au titre de l'amendement Creton en institut médico-éducatif, les jeunes enfants de moins de trois ans inconnus des MDPH qui intègrent un institut médico-éducatif, notamment dans le cadre du « Plan autisme 3 » et les cas de renouvellement des notifications.

Mme Joëlle Huillier, rapporteure. Avis défavorable. Cet amendement avait déjà été déposé et le Gouvernement en a tenu compte. Si vous étudiez la rédaction issue du Sénat, vous verrez que votre amendement est satisfait.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 47 sans modification.

Article 47 bis A

(art. 48 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013)

Élargissement de l'expérimentation relative au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article, introduit par le Sénat à l'initiative de Mme Catherine Deroche, tend à élargir le champ de l'expérimentation relative au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA). Il vise à inclure l'hospitalisation à domicile et prévoit la possibilité de déroger aux règles habituelles en matière tarifaire et d'organisation.

2. La position de la commission

L'hospitalisation à domicile, en raison de ses missions, est déjà intégrée, au dispositif « *Personnes âgées en risque de perte d'autonomie* », ou PAERPA. Rien ne s'oppose donc à ce que ces établissements participent aux expérimentations.

Le I de l'article 48 dispose que les établissements de santé, qui assurent des activités d'hospitalisation à domicile, font partie du champ de l'expérimentation. Une évaluation est en cours pour connaître les freins à la participation des structures de HAD. Il apparaît dès lors prématuré d'anticiper sur les conclusions de cette évolution.

Sur proposition de la rapporteure, la commission a procédé à la suppression de cet article.

*

La Commission examine l'amendement AS99 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'objectif d'intégrer l'hospitalisation à domicile au dispositif « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » – ou PAERPA – est parfaitement partagé par le Gouvernement, puisque c'est déjà possible. L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 inclut ces structures dans le champ du dispositif. À l'heure actuelle, neuf structures d'hospitalisation à domicile se situent sur les territoires PAERPA et sont parties prenantes au dispositif.

S'agissant d'une éventuelle modification des modes de tarification et d'organisation de cette hospitalisation à domicile lorsqu'elle intervient auprès d'autres structures des EHPAD, c'est un sujet qui dépasse la simple PAERPA. Des travaux sont menés actuellement. Il paraît donc prématuré, voire inapproprié, d'anticiper leurs conclusions dans un article qui serait restreint à la seule expérimentation PAERPA. Je propose donc la suppression de cet article.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 47 bis A est supprimé.

CHAPITRE III Poursuite de la réforme du financement des établissements

Article 49

(art. L. 133-4, art. L. 138-10, art. L. 162-1-14-2, art. L. 162-5-17, L. 162-16-6, art. L. 162-17-5, L. 162-22, L. 162-22-17, L. 162-22-18, L. 162-22-19, L. 162-22-20, L. 162-23 [nouveau], L. 162-23-1 [nouveau], L. 162-23-2 [nouveau], L. 162-23-3 [nouveau], L. 162-23-4 [nouveau], L. 162-23-5 [nouveau], L. 162-23-6 [nouveau], L. 162-23-7 [nouveau], L. 162-23-8 [nouveau], L. 162-23-9 [nouveau], L. 162-23-10 [nouveau], L. 162-23-11 [nouveau], L. 162-23-12 [nouveau], L. 162-23-13 [nouveau], L. 162-23-14 [nouveau], L. 162-23-15 [nouveau], L. 162-26, L. 162-27, L. 174-2-1, L. 174-15 et L. 753-4 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 6145-1 et L. 6145-4 du code de la santé publique)

Réforme du financement des établissements de soins de suite et réadaptation

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article vise à modifier le financement des activités de soins de suite et de réadaptation des établissements de santé.

Il fixe le nouveau régime financier applicable aux activités de soins de suite et de réadaptation. Ce dispositif sera progressivement introduit pour être opérationnel en 2022 et a vocation à s'appliquer à l'ensemble des établissements, publics comme privés. La constitution d'une dotation pour partie liée à l'activité permettra un rééquilibrage des activités entre secteur public et secteur privé lucratif. Il permettra aux établissements publics de développer de nouveaux lits pour répondre aux besoins.

a. La mise en place d'un objectif de dépenses en SSR (ODSSR)

Il est tout d'abord institué un objectif annuel des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de SSR sur le modèle de l'objectif de dépenses médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO). Fixé par décret, il couvre l'ensemble des établissements de santé publics comme privés.

Comme pour la MCO, il constitue une enveloppe au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont le montant sera fixé en fonction de celui-ci. Il tiendra compte des conséquences financières des conversions d'activités imputables à l'objectif de l'année.

À la différence de l'ODMCO, l'objectif de dépenses SSR devra distinguer deux enveloppes :

– une enveloppe couvrant le financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR ;

– une enveloppe consacrée à la dotation nationale de financement des activités d'intérêt général, plus communément appelée dotation MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

b. La structure de financement des établissements abritant des activités de SSR

Le nouvel article L. 162-23-2 du code de la sécurité sociale précise la structure du financement des activités de SSR. Les ressources des établissements de santé seront constituées par :

– une dotation modulée comprenant une part fixe et une part variable. La valorisation est effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), et permet de déterminer les recettes allouées à chaque établissement en fonction de l'activité de SSR qu'il réalise. Ainsi, chaque année, l'ATIH déterminera la part fixe attribuée à chaque établissement en valorisant l'activité réalisée antérieurement à hauteur des tarifs publiés pour l'année en cours. Ce montant sera versé par douzièmes aux établissements de santé ;

– des financements complémentaires :

- remboursement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur une nouvelle liste en sus SSR ;
- remboursement des frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés ;
- dotation MIGAC ;
- dotation complémentaire versée au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins instituée par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015 ⁽¹⁾.

Le principe retenu pour le financement de l'activité SSR est le même que pour les groupements hospitaliers de santé. Les tarifs seront constitués à partir de groupements médico-économiques (GME).

Cette classification, qui n'est pas encore consolidée, conditionne la montée en charge du nouveau modèle de financement. Il a été indiqué que la part du financement liée à l'activité sera ajustée en fonction de la fiabilité des paramètres constituant les GME.

Elle permettra de déterminer une échelle de tarifs distincte selon qu'il s'agit du secteur public ou du secteur privé. L'année 2016 est mise à profit pour fixer les premiers éléments de classification GME afin d'arriver à fixer une première échelle de tarifs applicables en 2017.

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014.

c. Autres dispositions

i. Les mécanismes prudentiels

Le nouvel article L. 162-23-5 prévoit la fixation d'un coefficient prudentiel permettant des mises en réserve de crédits destinés à assurer le respect de l'ONDAM. Cette disposition est calquée sur le régime applicable au champ de la MCO.

L'application d'un coefficient prudentiel ne constitue pas une nouveauté dans le champ SSR. La mise en place d'une dotation prudentielle était effective pour les dotations annuelles de financement de l'activité SSR des établissements publics et privés on lucratifs. Depuis la LFSS 2015, une dotation prudentielle est également appliquée sur l'objectif de dépenses du secteur privé lucratif.

ii. La liste en sus des tarifs SSR

Le nouvel article L. 162-23-6 met en place une liste limitative de spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie obligatoire en sus des catégories d'hospitalisation définies pour le champ SSR. Ces spécialités sont trop onéreuses pour que leur coût soit intégré dans les tarifs nationaux de prestation qui servent de base à l'application du ticket modérateur. Le financement dérogatoire garantit l'accès de tous les patients aux innovations thérapeutiques et à certains soins dont le coût est prohibitif.

Rappelons que le dispositif relatif au champ MCO prévoit un remboursement intégral sous réserve de l'adhésion au contrat de bon usage du médicament. Dans le cadre des SSR, les modalités sont différentes puisque le remboursement est minoré par l'application d'un coefficient déterminé annuellement par voie d'arrêté pour respecter le niveau de l'enveloppe.

En cas de respect de l'enveloppe annuelle, les montants mis en réserve au titre de l'application de ce coefficient pourront être reversés aux établissements en début d'année suivante.

d. Les dispositions transitoires

L'article 49 prévoit enfin une entrée en vigueur du dispositif à compter du 1^{er} janvier 2017, tout en fixant des étapes intermédiaires afin de parvenir au modèle de financement cible.

Dès 2016, chaque secteur pourra bénéficier des dotations finançant les missions d'intérêt général dédiées au champ SSR. Seront aussi isolés au sein de la dotation annuelle de financement les montants affectés au financement de la consommation de molécules onéreuses, afin de permettre un fléchage de ces crédits à destination des établissements consommateurs.

Plusieurs dérogations sont aussi prévues.

L'objectif ultime est de parvenir à la fixation d'un niveau des fractions déterminant le financement par dotation forfaitaire et par tarifs commune à tous les établissements. Jusqu'au 1^{er} mars 2022, ce niveau de fraction sera cependant différencié entre établissements publics et privés non lucratifs d'une part, et établissements issus du secteur privé lucratif d'autre part.

Parallèlement, jusqu'au 1^{er} mars 2022, les prestations d'hospitalisation sont prises en charge par l'assurance maladie moyennant un coefficient de transition hors participation de l'assuré. L'objet de cette disposition vise à lisser les effets revenus de la réforme pour chaque établissement.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de son rapporteur général, la commission des affaires sociales a adopté cinq amendements visant :

– à instaurer un coefficient de spécialité applicable à la dotation modulée à l'activité pour les établissements prenant en charge certaines pathologies lourdes ;

– à modifier les garanties de procédure dont bénéficient les établissements dans le cadre du contrôle des facturations exercé par les agences régionales de santé (ARS) pendant la période transitoire ;

– à instaurer une différenciation des tarifs pour prendre en compte une catégorie spécifique d'établissements privés à but non lucratif, financés dans le cadre de l'objectif quantifié national et salariant les médecins. Cette différenciation a vocation à prévoir un tarif spécifique à ces établissements (tarifs « tout compris ») ;

– à prévoir la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2017, sur la mise en œuvre de la réforme ;

– à ajouter une précision sur la prise en charge des molécules onéreuses

En séance publique, seul le dernier amendement a été adopté, les autres ayant été retirés.

3. La position de la commission

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

*

La Commission est saisie de l'amendement AS43 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. L'objectif des dépenses d'assurance maladie afférent aux activités de soins de suite et de réadaptation est constitué des charges supportées par l'assurance maladie au titre des frais d'hospitalisation.

Le présent amendement a pour objectif d'indexer les charges supportées par l'assurance maladie sur les charges supportées par les établissements de santé au titre des hospitalisations en soins de suite et de réadaptation.

Cet amendement a été défendu par la profession, qui craint des baisses de prix de journée des soins de suite et de réadaptation qui condamneraient à mort un secteur d'activité extrêmement important dans le paysage sanitaire de notre pays.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je souhaite faire un commentaire général, pour cet amendement et les suivants. Le Sénat n'a apporté que des modifications d'ordre rédactionnel à cet article. Il apparaît donc inapproprié de recommencer la totalité de la discussion, puisque l'article a été validé. Avis défavorable.

M. Dominique Tian. Il y a certes eu des débats à l'Assemblée nationale et au Sénat. Mais un certain nombre de sénateurs ont appelé à ne pas déstabiliser ce secteur des soins de suite et de réadaptation, parce que ces modifications tarifaires peuvent être extrêmement importantes.

Nous n'avons pas d'évaluation, nous ne savons pas ce que cela va représenter pour l'équilibre financier de ces établissements. Les sénateurs ont donc été plus prudents que ne le laissent entendre les propos de la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Monsieur Tian, vous savez que cette mesure entrera en vigueur de manière graduée. Une année blanche est prévue, la montée en charge sera progressive, et la ministre s'est engagée à remettre un rapport au Parlement sur la mise en place du dispositif en septembre 2016.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS44 à AS49, AS51, AS50, AS52, AS53 et AS54 de M. Dominique Tian.

Elle en vient à l'amendement AS55 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Il serait incompréhensible que les missions d'intérêt général faisant l'objet d'un financement au titre de la dotation prévue au 2° de l'article L. 162-23 nouveau du code de la sécurité sociale échappent aux règles de mise en concurrence.

Le présent amendement vise donc à rétablir les règles de transparence et d'égalité de traitement entre les établissements de santé, permettant de garantir l'efficacité des dépenses de l'assurance maladie.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je renvoie Mme Boyer aux explications données en première lecture. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, elle rejette l'amendement AS56 de M. Dominique Tian.

Elle en vient ensuite à l'amendement AS57 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Le présent amendement a pour objectif de supprimer la mesure discriminatoire prévoyant que, à titre transitoire, les fractions de tarifs de prestation perçues par les établissements de soins de suite et de réadaptation pourront être différenciées en fonction de leur catégorie. C'est extrêmement dangereux, car l'activité de soins de suite et de réadaptation est régie par un cadre réglementaire commun à l'ensemble des catégories d'établissements, et un rapport de la Cour des comptes a mis en exergue la difficulté de distinguer les différentes catégories d'établissements. Les sommes en jeu sont de l'ordre de quelques dizaines d'euros par jour, et la santé des établissements peut être touchée. La moyenne est de 2 à 3 % dans l'équilibre des établissements, et entre 30 et 40 % des établissements privés sont actuellement menacés de disparition. Il convient donc de faire très attention, quelques euros de moins peuvent provoquer la mort d'un établissement et la Cour des comptes elle-même vous a demandé de retenir une autre méthode de calcul.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Tous ces amendements ont déjà été défendus et ont reçu des réponses en première lecture, je vous y renvoie. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS58 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Cette disposition revient à donner au directeur général de l'agence régionale de santé un rôle très important. Or cela mérite discussion.

Mme Michèle Delaunay. Cet amendement est satisfait. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, elle rejette successivement les amendements AS59 à AS61.

Elle adopte enfin l'article 49 sans modification.

Article 50

(art. L. 162-1-17, L. 162-22-7, L. 162-30-2, L. 162-30-3, L. 162-30-4
et L. 322-5-5 du code de sécurité sociale)

**Simplification des dispositifs contractuels entre les établissements
de santé et les agences régionales de santé**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article vise à simplifier les dispositifs contractuels conclus entre les établissements de santé et les agences régionales de santé (ARS).

Il fusionne plusieurs contrats : le contrat de bon usage des médicaments (CBU), le contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), le contrat de bonne pratique, le contrat d'amélioration de la qualité des soins. Il simplifie le paysage contractuel et permettra de recentrer les moyens des ARS et des établissements de santé.

Il institue un volet obligatoire, le CBU, élargi à l'ensemble des établissements de santé. Il ne concerne aujourd'hui que les établissements exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Il comprend des volets optionnels dont la vocation est d'améliorer la pertinence des soins, actes et prescriptions. Des référentiels nationaux et régionaux permettront de cibler les établissements pour lesquels des efforts doivent être entrepris. En cas de manquement, une sanction pourra être prononcée ainsi qu'une mise sous accord préalable. Ces outils permettront de renforcer la qualité et l'efficacité des soins.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sur proposition du rapporteur général de la commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement visant à prévoir l'association des médecins libéraux exerçant dans les établissements de santé privés à la signature du contrat.

3. La position de la commission

S'agissant de l'association des médecins libéraux exerçant dans les établissements de santé, il est préférable de se limiter au représentant légal des établissements de santé, plutôt que de cibler l'ensemble des intervenants de la chaîne de soins. Cela permet en effet d'éviter toute dilution de la responsabilité et conforte l'établissement dans son rôle de dialogue avec l'ensemble de la communauté médicale.

Sur proposition de la rapporteure, la commission est revenue sur la modification introduite par le Sénat.

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, la Commission rejette l'amendement AS63 de M. Dominique Tian.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS78 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Il vous est proposé de revenir sur la modification introduite par le Sénat.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle est saisie de l'amendement AS62 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Il est important que les actions relatives à l'efficacité de la prescription de transports en établissements de santé que matérialisent les contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins puissent impliquer tout autant les médecins y exerçant à titre libéral que leurs confrères salariés.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Vous avez défendu cet amendement exactement dans les mêmes termes en première lecture. Je vous réponds donc dans les mêmes termes : avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 50 modifié.

Article 50 bis

(art. L. 322-5 du code de la sécurité sociale)

Pertinence des prescriptions de transports sanitaires

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article, adopté à l'initiative de la rapporteure, vise à s'assurer de la pertinence des prescriptions de transports sanitaires.

Diverses mesures ont été prises pour davantage maîtriser la croissance de cette enveloppe (contractualisation avec les établissements de santé, expérimentation relative à la carte de transport assis, ...). On observe un certain ralentissement dans la progression (5,8 % en 2012, 4,7 % en 2013, 3,6 % en 2014). Pour autant, des efforts doivent encore être entrepris pour davantage responsabiliser les prescripteurs et les patients à l'utilisation des transports (recours au mode de transport le moins onéreux, compatible avec l'état du bénéficiaire).

Le dispositif propose de subordonner la prise en charge par l'assurance maladie au respect de l'obligation faite au prescripteur de mentionner sur la

prescription de transport les indications permettant leur identification par la caisse d'assurance maladie et l'authentification de leur prescription.

Le prescripteur est identifié par son numéro de prescripteur au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) et, le cas échéant, le numéro d'identifiant de la structure d'activité au titre de laquelle est établie l'ordonnance. De nombreux progrès ont été accomplis pour faciliter l'utilisation du RPPS. Il importe d'en tirer profit pour les prescriptions de transport sanitaire.

L'article rappelle également le caractère médical de la prescription et son nécessaire respect lors de l'exécution de ces transports.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sur proposition du rapporteur général de la commission des affaires sociales, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

3. La position de la commission

L'amendement adopté par le Sénat ne présentant qu'un intérêt légistique limité, la commission est revenue sur la modification introduite par le Sénat.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS79 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'amendement adopté par le Sénat ne présentant qu'un intérêt rédactionnel limité sans conséquence sur l'équilibre du texte, il est proposé de rétablir la version adoptée par l'Assemblée nationale.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 50 bis est ainsi rédigé.

Article 51

(art. L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ; art. L. 6113-11, L. 6113-12 et L. 6111-13 du code de la santé publique)

Étude nationale des coûts

Cet article vise à améliorer la fiabilité des données issues des études nationales de coût.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article opère tout d'abord un lien entre la tarification applicable aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et l'étude nationale des coûts (ENC)⁽¹⁾.

Il donne également une base juridique à l'ENC en définissant son régime.

Il procède tout d'abord à la définition de l'ENC, constituée à partir des données sur le coût des hospitalisations transmises par les établissements de santé y participant. Les champs couverts concernent les activités de (MCO), les activités d'hospitalisation à domicile (HAD), les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et les activités de psychiatrie.

Il revient à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) de procéder à la constitution de l'échantillonnage ainsi qu'à l'étude des coûts.

Une première liste des établissements de santé, publics comme privés, est établie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sur proposition de l'ATIH et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé. Cette liste est établie sur la base d'un appel à candidatures réalisé par l'ATIH.

En cas de besoin, une procédure complémentaire de sélection est prévue. Plus contraignante, elle oblige les établissements sélectionnés à produire les informations nécessaires pour s'assurer de leur capacité à participer à l'ENC sous peine de sanctions. La sanction constitue un des apports majeurs de ce dispositif. À l'heure actuelle, l'ATIH ne dispose en effet d'aucun levier véritable pour compléter et consolider son échantillon.

La procédure de sélection aboutit à la signature d'une convention entre l'ATIH et chacun des établissements de santé. Elle garantit l'engagement de l'établissement à produire les données nécessaires pour établir l'ENC en échange d'une dotation financière. Les établissements s'exposent à une sanction en cas de refus de signer la convention. Le texte prévoit enfin qu'en cas de non-respect de ses obligations contractuelles, l'établissement concerné devra restituer les indemnités perçues selon les modalités fixées par la voie conventionnelle.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sur proposition de M. Olivier Cigolotti, le Sénat a adopté un amendement précisant que l'arrêté interministériel, visant à élaborer la liste des établissements de santé participant aux études nationales de coûts, aura également pour objet de préciser, en lien avec les fédérations hospitalières, les critères permettant de déterminer la capacité des établissements à y participer.

(1) L'article 49 du projet de loi de financement établit un lien identique entre les tarifs nationaux applicables aux soins de suite et de réadaptation et l'ENC.

3. La position de la commission

La précision apportée ne relevant pas du domaine de la loi, la commission est revenue sur la modification introduite par le Sénat. Du reste, toutes les fédérations hospitalières participeront à la concertation menée dans le cadre du comité de pilotage des études nationales de coûts.

*

La Commission étudie l'amendement AS65 de M. Dominique Tian.

Mme Valérie Boyer. Malgré les concertations toujours en cours avec les fédérations sur la mise en œuvre d'une mesure de renforcement de la représentativité de l'enquête nationale des coûts, la Direction générale de l'offre de soins n'a pas prévu dans cet article un système efficace de promotion des acteurs, mais s'est tournée vers un système de sanction inapproprié. Cet article ne traduisant pas les discussions en cours, il est proposé de le supprimer.

Suivant l'avis défavorable de Mme Michèle Delaunay, rapporteure, la Commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS83 de la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Je propose à nouveau de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée en première lecture.

M. Dominique Tian. Je pense que le Sénat apportait une précision plutôt utile.

La Commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 51 modifié.

Article 51 bis

Instauration de trois journées de carence pour les personnels hospitaliers

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

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

La loi de finances pour 2012 ⁽¹⁾ avait instauré une journée de carence pour l'ensemble de la fonction publique, ce dispositif ayant été supprimé par la loi de finances pour 2014 ⁽²⁾.

(1) Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011.

(2) Loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013.

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

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

Enfin, il faut relever qu'une grande partie des salariés du secteur privé bénéficie d'une couverture complémentaire neutralisant leurs journées de carence.

2. La position de la commission

Sur proposition de la rapporteure, la commission a supprimé cet article.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS82 de la rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. L'établissement des trois journées de carence proposé dans cet article est particulièrement inopportun dans la période qui vient de s'écouler. Je propose donc sa suppression.

M. Dominique Tian. Cet article répond à une demande pressante des directeurs d'hôpitaux publics, qui ont adressé un message écrit au Président de la République demandant que les jours de carence ne soient pas supprimés, parce que cette mesure leur coûte 80 millions d'euros d'intérim supplémentaire par an. Dans l'ensemble, le personnel des hôpitaux est un personnel d'élite, motivé, extrêmement utile et animé de la volonté de bien faire dans l'intérêt public, mais il peut aussi y avoir quelques tire-au-flanc.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Vous dites, monsieur Tian, que vous écoutez les directeurs d'hôpitaux publics, mais vous proposez un amendement qui triple la demande que vous êtes supposé relayer. Ils demandent un jour : vous en proposez trois. Je ne comprends pas ce maximalisme.

La Commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 51 bis est supprimé.

CHAPITRE IV
Autres mesures et objectifs financiers

Article 54

Fixation des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a pour objet de fixer, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les montants des objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès au titre de l'année 2016 pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que pour le seul régime général :

– à 201,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;

– à 177,9 milliards d'euros pour le seul régime général de la sécurité sociale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En raison d'un désaccord de fond avec l'équilibre financier proposé par le Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, sur l'initiative de la commission des finances.

3. La position de la commission

Sur proposition de la rapporteure, la commission a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS80 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement rétablit les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2016, adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 54 est ainsi rétabli.

Article 55

ONDAM et sous-ONDAM pour 2016

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

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

L'article adopté par l'Assemblée fixe l'objectif à 185,2 milliards d'euros, en progression de 1,75 % par rapport au montant fixé pour 2015.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En raison d'un désaccord de fond avec l'équilibre financier proposé par le Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, sur l'initiative de la commission des finances.

3. La position de la commission

Sur proposition de la rapporteure, la commission a rétabli cet article dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS81 de Mme Michèle Delaunay, rapporteure.

Mme Michèle Delaunay, rapporteure. Cet amendement tend à rétablir l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs pour 2016, adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

*L'article 55 est **ainsi rétabli**.*

TITRE V
DISPOSITIONS RELATIVES AUX ORGANISMES CONCOURANT AU
FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 56

**Prévisions des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires en 2016**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

En vertu des dispositions du 1^o du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixait les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires – ce qui, à ce jour, ne concerne que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), suite à la dissolution du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles depuis le 1^{er} janvier 2009.

Pour l'année 2016, cet article fixait les charges prévisionnelles du FSV à 20,1 milliards d'euros.

L'Assemblée nationale n'avait pas modifié cet article en première lecture.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur pour avis de sa commission des finances, M. Francis Delattre, le Sénat a supprimé cet article, contre l'avis du Gouvernement.

Le sénateur Francis Delattre a justifié sa proposition de suppression par « *un désaccord de fond avec les objectifs fixés par le Gouvernement et par cohérence avec la suppression des tableaux d'équilibre pour 2016* ».

3. La position de la commission

La commission propose de rétablir cet article dans la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale en première lecture.

*

La Commission examine l'amendement AS85 de M. Michel Issindou.

M. Michel Issindou, rapporteur. Cet amendement permet de rétablir les prévisions de dépenses du FSV à 20,1 milliards d'euros.

La Commission adopte l'amendement.

L'article 56 est ainsi rétabli.

TITRE VI DISPOSITIONS COMMUNES AUX DIFFÉRENTES BRANCHES

Article 57

(art. L. 161-23-1, L. 341-6, L. 351-11, L. 353-5, L. 356-2, L. 434-1, L. 434-2, L. 434-16,
L. 434-17, L. 551-1, L. 816-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale ;
art. L. 732-24 et L. 762-29 du code rural et de la pêche maritime)

Modification de la règle de revalorisation des prestations de sécurité sociale

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est le corollaire, s'agissant des dispositions relevant du champ de la loi de financement de la sécurité sociale, de l'article 33 du projet de loi de finances pour 2016, qui vise à harmoniser et à rendre plus lisibles les modalités de revalorisation de certaines prestations sociales.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté huit amendements rédactionnels, sur proposition du rapporteur.

Ce dernier tient à souligner que s'il est possible que le report (du 1^{er} janvier au 1^{er} avril) de la date de revalorisation du revenu de solidarité active (RSA) qu'opère l'article 33 du projet de loi de finances pour 2016 est susceptible d'entamer très légèrement le pouvoir d'achat de ses bénéficiaires - encore que cela reste minime dans un contexte d'inflation faible, voire quasi-nulle⁽¹⁾ –, l'avancement (du 1^{er} juillet au 1^{er} avril) de la date de revalorisation du plafond de ressources conditionnant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et à l'aide médicale d'État (AME) qu'opère l'article 57 est en revanche favorable aux bénéficiaires de ces prestations.

Il n'est donc pas vrai que la simplification et l'harmonisation de la méthode de revalorisation des prestations sociales entraîneraient uniformément une perte de pouvoir d'achat pour toutes les prestations concernées.

Cet article n'emporte que des effets favorables pour les bénéficiaires des prestations sociales puisqu'il ne modifie presque aucune date de revalorisation des prestations sociales actuelles, si ce n'est celle du plafond de ressources conditionnant l'accès à la CMU-c, à l'ACS et à l'AME (qui est avancée).

Il est donc faux de dire que les bénéficiaires de prestations familiales et de pensions d'invalidité seraient pénalisés par une quelconque modification de la date de revalorisation de ces prestations, puisque celle-ci n'est pas modifiée. Aujourd'hui revalorisées au 1^{er} avril en application de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, les prestations familiales continueront de l'être à cette date.

(1) Le rapporteur rappelle à ce sujet que le RSA a été revalorisé de 0,9 % au 1^{er} janvier dernier et qu'il a fait l'objet d'une revalorisation exceptionnelle de 2 % au 1^{er} septembre dernier.

Aujourd'hui revalorisées au 1^{er} avril en application de l'article L. 341-6 du même code, les pensions d'invalidité continueront de l'être à cette date.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative des sénateurs Jean-Marie Bockel, Catherine Deroche et de plusieurs de leurs collègues, le Sénat a, avec un avis de sagesse du Gouvernement, supprimé le 11° de cet article, qui étendait la nouvelle méthode de revalorisation des pensions de retraite du régime général au régime spécial des avocats.

Ces sénateurs ont fait valoir, dans l'exposé sommaire de leur amendement, qu'« *actuellement, le coefficient de revalorisation annuelle des retraites de base des avocats ne relève [...] pas de la loi : il est adopté par l'assemblée générale de la CNBF [Caisse nationale des Barreaux français]* » ; de sorte que, d'après eux, il « *ne semble pas utile d'appliquer à la CNBF, qui a toujours géré l'évolution des paramètres des régimes avec prudence, cette mesure de simplification qui concerne les seules règles de revalorisation déjà prévues par la loi* ».

3. La position de la commission

La commission propose de ne pas rétablir le 11° de cet article, faute d'une expertise plus approfondie de la part du Gouvernement.

*

M. Dominique Tian. L'ordre des avocats de Paris m'a saisi, comme il l'a fait sans doute pour d'autres députés, car il estime que cet article remet en cause l'indépendance de la Caisse nationale des barreaux français et menace la pérennité du système d'assurance vieillesse de la profession d'avocat. Je ne me suis pas penché en détail sur la question, mais peut-être le rapporteur pourrait-il rassurer les avocats ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Monsieur Tian, nous sommes allés au-devant de vos désirs, puisque nous n'avons pas proposé de rétablir cet article. J'ai également reçu un courrier du Conseil national des barreaux sur ce sujet. Nous verrons quelle sera la position du Gouvernement en séance.

La Commission adopte l'article 57 sans modification.

Article 58

(art. L. 122-6 à L. 122-9 [nouveaux], L. 216-2-1, L. 216-2-2
et L. 611-9-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

**Renforcement des mutualisations entre organismes,
branches et régimes de la sécurité sociale**

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article prévoit deux mesures différentes, tendant à rationaliser la gestion des finances sociales par les organismes concernés :

– d'une part, un renforcement des mutualisations de compétences et de moyens entre les branches du régime général et entre les différents régimes de sécurité sociale, dont le cadre juridique apparaît incomplet ;

– d'autre part, la préparation de la fusion des caisses de base du Régime social des indépendants, en permettant l'établissement d'un budget et d'un compte uniques pour les caisses concernées.

● Outre neuf amendements rédactionnels du rapporteur, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements du Gouvernement ⁽¹⁾ :

– le premier permet à une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) d'assurer pour le compte d'autres URSSAF des missions liées à des activités de trésorerie (III du nouvel article L. 122-6 du code de la sécurité sociale) ;

– le second prévoit la responsabilité respective des comptables des organismes délégants et délégataires, lorsque précisément des fonctions comptables sont déléguées par un organisme à un autre (nouvel article L. 122-9).

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative du rapporteur général, et avec l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de coordination.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 58 sans modification.

(1) Avec avis favorable du rapporteur à titre personnel, la commission n'ayant pu les examiner du fait de leur dépôt tardif.

Article 62

(art. L. 114-19 du code de la sécurité sociale)

Élargissement du droit de communication à des personnes non identifiées

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article résulte de l'adoption d'un amendement présenté en séance publique à l'Assemblée nationale par le rapporteur ⁽¹⁾.

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale consacre le « droit de communication » au profit des agents des organismes de sécurité sociale, notamment des agents de contrôle.

Ce droit leur permet d'obtenir, sans que le secret professionnel leur soit opposable, les documents et informations nécessaires à la vérification des conditions d'obtention des prestations de sécurité sociale, au recouvrement et au contrôle des prélèvements sociaux, à la lutte contre le travail dissimulé et au recouvrement des prestations versées indûment.

Cette procédure essentielle pour le contrôle et le recouvrement des cotisations et contributions sociales permet aux agents de contrôle de prendre connaissance de renseignements détenus par certaines personnes physiques ou morales pour engager des démarches de régularisations.

● Cet article permet de doter les organismes sociaux de moyens de détection des cotisants potentiellement fraudeurs en pouvant exercer un droit de communication portant sur des personnes non identifiées, dans le respect des prescriptions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Il s'agit de reproduire, dans la sphère sociale, ce qui a été prévu en matière fiscale par l'article 21 de la dernière loi de finances rectificative pour 2014 ⁽²⁾.

Dans son rapport sur le projet de loi de finances rectificative, la Rapporteuse générale justifiait cette mesure par la nécessité de lutter contre la fraude sur Internet : *« en effet, le caractère dématérialisé de ces échanges et l'utilisation fréquente de pseudonymes, ou encore d'une pluralité de sites pour une même activité, rend cette fraude plus difficile à appréhender pour les agents chargés du contrôle. Aussi est-il prévu, pour surmonter ces difficultés, que l'administration fiscale dispose désormais d'un droit de communication non seulement à l'égard de personnes précisément identifiées, mais aussi à l'égard d'informations relatives à des personnes non identifiées, permettant ainsi la communication de fichiers et l'interconnexion de ceux-ci. Un décret en Conseil d'État, pris après consultation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), préciserait les conditions de mise en œuvre de ce droit de communication élargi. Cet élargissement donnera aux agents de l'administration*

(1) Avec avis favorable du Gouvernement.

(2) Loi n° 2014-1655 du 29 décembre 2014.

fiscale des moyens utiles pour repérer le type d'activités donnant lieu à des fraudes, et n'aboutira pas à une surveillance nominative des internautes. Les personnes concernées par ces investigations en ligne ne seront pas directement identifiées, et le fait que la CNIL soit consultée sur la fixation de modalités de ce contrôle devrait permettre qu'il se déroule dans des conditions respectueuses des droits des personnes ».

2. Les modifications apportées par le Sénat

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

Il modifie l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, qui prévoit en l'état du droit que le refus de déférer au droit de communication est puni d'une amende de 7 500 euros.

L'amendement prévoit une sanction variable, à hauteur de 1 500 euros par cotisant, assuré ou allocataire concerné, dans la limite d'un plafond de 10 000 euros.

3. La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

*

La Commission adopte l'article 62 sans modification.

*Puis elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi **modifiée**.*

*

* *

M. Jean-Pierre Door. Madame la présidente, nous avons mis deux heures pour examiner un projet de loi d'une soixantaine d'articles. Nous constatons que le texte adopté en première lecture par l'Assemblée nationale a été rétabli à 80 ou 90 %. Nous avons donc passé par pertes et profits toutes les discussions du Sénat.

Le groupe Les Républicains ne votera évidemment pas ce texte.

*La Commission **adopte** l'ensemble du projet de loi **modifié**.*