



N° 1440

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 21 novembre 2018.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, *de financement de la sécurité sociale pour 2019*,

TOME 1

AVANT-PROPOS ET COMMENTAIRES D'ARTICLES

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale</i> : 1 ^{ère} lecture :	1297, 1336, 1309 et T.A. 187 .
Commission mixte paritaire :	1408
Nouvelle lecture :	1440
<i>Sénat</i> : 1 ^{ère} lecture :	106, 111, 108 et T.A. 25 (2018-2019).
Commission mixte paritaire :	143 et 144 (2018-2019).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	9
EXAMEN DES ARTICLES	13
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017	13
<i>Article 1</i> : Approbation des tableaux d'équilibre pour 2017	13
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A).....	13
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017	13
<i>Article 3</i> : Rectification des dotations 2018 de la branche maladie.....	13
<i>Article 4</i> : Suppression du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique	13
<i>Article 5</i> : Rectification des tableaux d'équilibre 2018.....	14
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM pour 2018	14
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019	14
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	14
chapitre I ^{er} – Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs.....	14
<i>Article 7</i> : Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires.....	14
<i>Article 7 bis A</i> : Exonération de cotisations sociales patronales pour les salaires versés aux sapeurs-pompiers volontaires	15
<i>Article 7 bis B</i> : Subordination de la qualité de contrat responsable au respect des garanties définies par les conventions collectives.....	16
<i>Article 7 bis</i> : Régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles.....	17
<i>Article 8</i> : Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs	19
<i>Article 8 bis A</i> : Exonération de cotisations sociales pour les médecins en cumul emploi retraite dans les zones sous-denses	27

<i>Article 8 bis</i> : Exonération de forfait social des sommes versées en cas de rupture conventionnelle collective ou de congé de mobilité	28
<i>Article 8 ter</i> : Mesures exceptionnelles sur la procédure de recouvrement des cotisations à Saint-Barthélémy et Saint-Martin.....	28
<i>Article 9</i> : Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales aux créateurs d'entreprise relevant du micro-bénéfice agricole.....	28
<i>Article 9 bis</i> : Alignement progressif de la fiscalité applicable aux alcools produits et consommés dans les outre-mer sur celle applicable dans l'hexagone.....	28
<i>Article 9 ter</i> : Création d'une taxe sur les produits alimentaires à référence alcoolique.....	31
<i>Article 9 quater</i> : Élargissement de la taxe dite « premix ».....	32
chapitre II – Des règles de cotisations plus claires et plus justes	33
<i>Article 10</i> : Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie.....	33
<i>Article 10 bis A</i> : Suppression de la cotisation retraite minimale applicable aux professions libérales	33
<i>Article 10 bis</i> : Rapport au Parlement sur les cotisations applicables aux activités saisonnières de courte durée des travailleurs indépendants et aux personnes ayant procédé à la liquidation de leur retraite	34
<i>Article 11</i> : Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement.....	34
<i>Article 11 bis A</i> : Réduction de la cotisation vieillesse des artistes-auteurs.....	36
<i>Article 11 bis</i> : Exonération de taxe sur les salaires au profit de l'Établissement français du sang.....	36
<i>Article 11 ter</i> : Forfait social sur l'épargne salariale.....	37
<i>Article 12</i> : Pérennisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération.....	39
<i>Article 12 bis</i> : Augmentation de la taxe de solidarité additionnelle pour 2018.....	40
<i>Article 12 ter</i> : Majoration de TSA pour les organismes complémentaires santé modulant le niveau des prestations versé lorsque les adhérents recourent à un professionnel de santé partenaire d'un « réseau de soins »	41
<i>Article 13</i> : Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations	43
<i>Article 13 bis</i> : Information par la mission nationale de contrôle lorsqu'elle prend une décision défavorable au cotisant ou à l'assuré.....	44
<i>Article 13 ter</i> : Faculté de prolonger la période contradictoire lors d'un contrôle URSSAF	45
<i>Article 14</i> : Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments.....	46
<i>Article 15</i> : Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé	46
<i>Article 15 bis</i> : Diminution de la taxe sur le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs....	46
<i>Article 16</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants.....	47

<i>Article 17</i> : Modulation des sanctions.....	48
<i>Article 17 bis</i> : Rapport sur la fraude patronale.....	49
<i>Article 18</i> : Mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale.....	49
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	49
<i>Article 19</i> : Transfert de recette entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale.....	49
<i>Article 20</i> : Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS.....	53
<i>Article 20 bis</i> : Affiliation au régime général des élèves et étudiants marins à compter de la rentrée 2019.....	55
<i>Article 20 ter</i> : Exclusion des experts judiciaires de l'affiliation au régime général.....	55
<i>Article 20 quater</i> : Ratification d'ordonnances et précisions formelles.....	56
<i>Article 21</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5.....	56
<i>Article 22</i> : Approbation des prévisions de recettes pour 2019 pour les régimes obligatoires de sécurité sociale.....	56
<i>Article 23</i> : Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général.....	56
<i>Article 24</i> : Objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes du FRR et du FSV.....	57
<i>Article 25</i> : Liste et plafonds de trésorerie des régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes.....	57
<i>Article 26</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale.....	57
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019	57
TITRE I^{ER} – TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS	57
<i>Article 27</i> : Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé....	57
<i>Article 28</i> : Financement forfaitaire de pathologies chroniques.....	59
<i>Article 29</i> : Amplifier la portée du dispositif d'innovation du système de santé.....	59
<i>Article 29 bis A</i> : Représentation des fédérations hospitalières à la commission de contrôle de la tarification à l'activité.....	63
<i>Article 29 bis B</i> : Mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements.....	64
<i>Article 29 bis C</i> : Transparence de l'utilisation du fonds d'intervention régional.....	66
<i>Article 29 bis</i> : Obligation d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins en cas d'écarts significatifs de pratiques constatés dans un établissement de santé.....	67
<i>Article 29 ter</i> : Possibilité pour les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d'usure.....	69

<i>Article 29 quater</i> : Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres	71
<i>Article 29 quinquies</i> : Création d'un forfait expérimental de réorientation pour les urgences hospitalières.....	74
<i>Article 29 sexies</i> : Remboursement à l'assurance maladie des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés.....	78
<i>Article 29 septies</i> : Inscription de l'éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations	78
<i>Article 29 octies</i> : Financement par l'assurance maladie de l'école des hautes études en santé publique et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière.....	79
<i>Article 30</i> : Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants	79
<i>Article 31</i> : Étendre l'objet des SISA aux pratiques avancées	79
<i>Article 32</i> : Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge.....	81
<i>Article 32 bis</i> : Prescription dématérialisée des arrêts de travail et simplification des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique.....	82
<i>Article 33</i> : Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires.....	85
<i>Article 33 bis</i> : Possibilité pour les étudiants auxiliaires médicaux de réaliser un stage d'études chez un auxiliaire médical libéral	89
TITRE II – AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ	90
chapitre I ^{er} – Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins	90
<i>Article 34</i> : Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé	90
<i>Article 35</i> : Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte.....	94
<i>Article 36</i> : Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie	94
<i>Article 36 bis</i> : Conditions d'ouverture du droit à une pension d'invalidité pour les victimes de terrorisme	95
chapitre II – Renforcer la prévention	95
<i>Article 37</i> : Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans	95
<i>Article 38</i> : Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.....	96
<i>Article 38 bis</i> : Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions.....	97
<i>Article 39</i> : Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens	98
<i>Article 39 bis</i> : Soutien au développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains	98

<i>Article 39 ter</i> : Soutien au développement de la vaccination des professionnels de santé contre la grippe	99
<i>Article 39 quater</i> : Soutien au développement de la vaccination des enfants contre la grippe.....	100
chapitre III – Améliorer les prises en charge	101
<i>Article 40</i> : Prise en charge de l’intervention précoce pour l’autisme et les troubles du neuro-développement	101
<i>Article 40 bis</i> : Expérimentation d’un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d’organiser la délégation de la compétence tarifaire au profit de l’une d’entre elles	104
<i>Article 41</i> : Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).....	105
<i>Article 41 bis</i> : Imposer la conclusion d’un contrat pluriannuel d’objectif et de moyens pour les structures de la prévention et des soins en addictologie ainsi que les lits halte soins santé et les lits d’accueil médicalisé.....	107
chapitre IV – Améliorer les conditions de l’accès aux produits de santé.....	108
<i>Article 42</i> : Renforcer l’accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge	108
<i>Article 42 bis A</i> : Accès aux médicaments innovants dans le cadre de l’utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament.....	113
<i>Article 42 bis</i> : Rapport évaluant la mise en œuvre de l’ouverture des autorisations temporaires d’utilisation à de nouvelles indications	115
<i>Article 43</i> : Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires.....	116
<i>Article 43 bis</i> : Encadrement de l’utilisation de certains médicaments innovants.....	118
TITRE III – MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS.....	118
<i>Article 44 A</i> : Report de l’âge minimal de départ à la retraite	118
<i>Article 44</i> : Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales.....	120
<i>Article 45</i> : Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap.....	122
<i>Article 46</i> : Conséquences de l’abaissement de l’instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales.....	122
<i>Article 47</i> : Harmonisation des modalités d’indemnisation du congé de maternité.....	122
<i>Article 47 bis</i> : Augmentation de la durée du congé de paternité en cas d’hospitalisation de l’enfant.....	126
<i>Article 47 ter</i> : Report du paiement des cotisations et contributions sociales des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité	126
<i>Article 47 quater</i> : Information des femmes enceintes sur leurs droits.....	126
<i>Article 47 quinquies</i> : Possibilité pour les travailleuses indépendantes de reprendre leur activité à temps partiel après huit semaines de congé de maternité.....	127
<i>Article 48</i> : Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matières de prestations en espèces vers le régime général	129

<i>Article 49</i> : Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale	129
<i>Article 50</i> : Modernisation de la délivrance des prestations sociales.....	130
TITRE IV – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	130
<i>Article 51</i> : Dotation de l'assurance maladie au FMESPP, à l'ONIAM et de la CNSA aux ARS.....	130
<i>Article 51 bis</i> : Frais de consultation et expertises ordonnées par les juridictions compétentes à la charge de l'assurance maladie	130
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie	130
<i>Article 53</i> : ONDAM pour 2019	131
<i>Article 54</i> : Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration AT-MP.....	131
<i>Article 54 bis A</i> : Demande de rapport examinant les besoins de création ou de révision des tableaux de maladies professionnelles	131
<i>Article 54 bis B</i> : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits phytopharmaceutiques.....	133
<i>Article 54 bis</i> : Report de deux ans de l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles de Mayotte sur la métropole	134
<i>Article 55</i> : Objectifs de dépense de la branche AT-MP	134
<i>Article 56</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse	134
<i>Article 57</i> : Objectifs de dépense de la branche famille.....	135
<i>Article 58</i> : Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019	135
LIEN VIDÉO RELATIF À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	137

AVANT-PROPOS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 30 octobre 2018. Alors que le projet initial comptait 58 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 87, 29 articles additionnels ayant été adoptés.

Le Sénat a adopté 50 articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et a ajouté 25 articles additionnels. Il a par ailleurs supprimé 8 articles, et en a modifié 29 autres.

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 2017	
1	Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2017
2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018	
3	Rectification des dotations 2018 de la branche maladie
4	Suppression du FFIP
5	Rectification des tableaux d'équilibre 2018
6	Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM pour 2018
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER POUR L'EXERCICE 2019	
TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	
Chapitre I^{er} Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs	
7	Exonération de cotisations sociales salariales sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires
8^{ter}	Mesures exceptionnelles sur la procédure de recouvrement des cotisations à Saint-Barthélemy et Saint-Martin
9	Prolongation de la durée de l'exonération ACCRE pour les exploitants relevant du micro-bénéfice agricole

Numéros articles	Intitulés articles
Chapitre II Des règles de cotisations plus claires et plus justes	
10	Rendre plus équitable la cotisation subsidiaire d'assurance maladie
10 bis	Demande de rapport relatif à l'assujettissement aux cotisations des professionnels saisonniers ou des retraités
11 bis	Exonération de taxe sur les salaires au profit de l'Établissement français du sang
14	Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments
15	Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé
17	Modulation des sanctions
18	Mesure d'efficacité de la gestion financière des organismes de sécurité sociale
TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	
20 bis	Affiliation des étudiants marins au régime général
20 quater	Ratification d'ordonnances et précisions formelles
21	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5
22	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale
23	Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général
24	Objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes du FRR et du FSV
25	Listes et plafonds de trésorerie des régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes
26	Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2019	
TITRE I^{ER} TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS	
28	Financement forfaitaire de pathologies chroniques
29 sexies	Remboursement à l'assurance maladie des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés
29 octies	Financement par l'assurance maladie de l'École des hautes études en santé publique et du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
30	Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants
TITRE II AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ	
Chapitre I^{er} Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins	
35	Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte
36 bis	Conditions d'ouverture dérogatoires au droit à pension d'invalidité pour les victimes d'actes de terrorisme

Numéros articles	Intitulés articles
Chapitre II Renforcer la prévention	
37	Modification du calendrier des examens de santé obligatoire des jeunes de moins de 18 ans
39	Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens
Chapitre IV Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé	
43 bis	Encadrement de l'utilisation de certains médicaments innovants
TITRE III MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS	
45	Majoration du montant maximum du complément de mode de garde pour les familles au titre de l'enfant en situation de handicap
46	Effets de l'abaissement de l'instruction obligatoire à 3 ans sur les prestations familiales
47 bis	Augmentation de la durée du congé de paternité en cas d'hospitalisation du nouveau-né
47 ter	Report du paiement des cotisations et contributions sociales des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité
48	Mesure en faveur des travailleurs indépendants (2/2) : convergence des règles en matière d'IJ vers le régime général
49	Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale
50	Modernisation de la délivrance des prestations sociales
TITRE IV DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	
51	Dotation de l'assurance maladie au FMESSP, à l'ONIAM et de la CNSA aux ARS
51 bis	Frais de consultation et expertises ordonnées par les juridictions compétentes à la charge de l'assurance maladie
52	Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, maternité et décès
53	ONDAM et sous-ONDAM
54	Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration AT-MP
54 bis	Report de deux ans de l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles de Mayotte sur la métropole
55	Objectif de dépense de la branche AT-MP
56	Objectif de dépense de la branche vieillesse
57	Objectif de dépense de la branche famille
58	Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)

Source : commission des affaires sociales.

Après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 20 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, les 62 articles restant en discussion.

EXAMEN DES ARTICLES

L'ensemble du projet de loi a été adopté par la commission sans modifications

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 1

Approbation des tableaux d'équilibre pour 2017

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 2

Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2017 et le tableau patrimonial (annexe A)

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2017

Article 3

Rectification des dotations 2018 de la branche maladie

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 4

Suppression du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 5

Rectification des tableaux d'équilibre 2018

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 6

Rectification de l'ONDAM pour 2018

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

**TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

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

**CHAPITRE I^{ER}
Mesures en faveur du soutien à l'activité économique et des actifs**

Article 7

**Exonération de cotisations sociales salariales
sur le recours aux heures supplémentaires et complémentaires**

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 7 bis A

Exonération de cotisations sociales patronales pour les salaires versés aux sapeurs-pompiers volontaires

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 7 bis A résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Catherine Troendlé (groupe Les Républicains) et de plusieurs de ses collègues, ayant reçu un double avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

L'exonération de cotisations sociales patronales qu'il instaure :

– porterait sur les salaires versés à tout salarié sapeur-pompier volontaire (SPV) recruté à compter du 1^{er} janvier 2019 ou à tout salarié devenu sapeur-pompier volontaire après cette même date ;

– serait limitée aux salaires inférieurs à 1,6 SMIC ;

– couvrirait l'ensemble des cotisations de sécurité sociale dues par l'employeur, ainsi que celles dues au titre du logement et de la retraite complémentaire, la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et la cotisation due au titre de l'assurance chômage ;

– serait plafonnée à 3 000 euros par an pendant cinq ans. Le même dispositif prévoit une limite de « 15 000 euros par an » par structure ;

– serait conditionnée à la présentation, par l'employeur, de l'attestation délivrée par le service d'incendie et de secours dont relève le sapeur-pompier volontaire ;

– serait financée par une augmentation à due concurrence des droits de consommation applicable au tabac – le gage n'ayant pas été supprimé lors de l'adoption de l'amendement.

2. La position du rapporteur général

Il est proposé d'adopter cet article sans modification.

*

* *

Article 7 bis B

**Subordination de la qualité de contrat responsable
au respect des garanties définies par les conventions collectives**

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 7 bis B résulte de l'adoption de deux amendements de Mmes Pascale Gruny (groupe Les Républicains) et Patricia Schillinger (groupe La République en Marche), ayant reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement.

Il subordonne la qualité de « contrat responsable » – permettant à l'employeur de bénéficier d'une exonération de cotisations sociales pour les cotisations qu'il verse – au respect des garanties inscrites dans les garanties collectives. Les prestations et tarifs contraires à ceux définis par accord de branche entraîneraient donc l'exclusion du dispositif.

2. La position du rapporteur général

Si l'intention du dispositif est louable, le moyen retenu n'est en revanche pas optimal, revenant à confier aux Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) une mission relevant de l'inspection du travail. La vérification de la conformité de garanties aux dispositions d'un accord de branche dépasse significativement la mission de recouvrement des URSSAF et pourrait s'accompagner de difficultés concrètes de mise en œuvre.

La confiance faite au dialogue social, réaffirmée à l'occasion des ordonnances relatives au renforcement du dialogue social ⁽¹⁾, doit notamment se traduire par le respect de l'ensemble des garanties posées par les conventions collectives.

Il est donc proposé de supprimer cet article.

*

* *

(1) Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

Article 7 bis

Régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles

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

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● L'article 7 bis résulte de l'adoption d'un amendement de M. Paul Christophe en séance publique, repoussé par la commission et ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

Il précise dans le code de la sécurité sociale le régime social applicable aux avantages et cadeaux relevant des activités sociales et culturelles des entreprises.

Le régime social des avantages relevant des activités sociales et culturelles

Les avantages accordés par les comités sociaux et économiques (CSE) ou par les employeurs aux salariés au titre des activités sociales et culturelles ne supportent, pour l'essentiel, aucun prélèvement social.

Cette exemption totale d'assiette couvre le champ des activités sociales et culturelles au sens de la législation du travail, c'est-à-dire les activités destinées à améliorer les conditions de vie, de travail et d'emploi des salariés. Parmi les prestations financées figurent notamment les départs en vacances de la famille – autrement que par le biais de chèques-vacances – ou les réductions tarifaires applicables à des spectacles ou pratiques sportives.

Les bons d'achats et les bons cadeaux, en particulier, ne sont assujettis à aucun prélèvement lorsque leur valeur annuelle est inférieure à 5 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), ou lorsqu'ils sont distribués en relation avec un événement particulier – tel qu'un départ en retraite ou une naissance – dans la même limite de 5 % du PASS par an et par événement.

Certains avantages relèvent de dispositions spécifiques, tels que les chèques-vacances attribués par le CSE – exonérés s'ils ont été acquis par le CSE et distribués sans intervention de l'employeur – ou les services à la personne, par exemple en crèches – non-assujettis dans la limite de 1 830 euros par an et par bénéficiaire.

L'ensemble des règles applicables à ces avantages et cadeaux ne relèvent pas de dispositions législatives mais d'une lettre-circulaire de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et des lettres ministérielles. Dans leur contrôle, les Unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) vérifient notamment l'absence d'abus –

pouvant prendre la forme d'une substitution de ces avantages à une partie de la rémunération – et de discrimination.

● Plutôt qu'un simple « rehaussement » au niveau législatif, l'article 7 *bis* clarifie et encadre un dispositif relevant jusqu'alors d'une tolérance administrative :

– le principe d'une exemption d'assiette des avantages relevant des activités sociales et culturelles des entreprises est inscrit dans la loi, « *dans les conditions mentionnées* » au nouvel article L. 131-6-3 du code de la sécurité sociale ;

– un double plafond est prévu, fixé respectivement à 5 % du PASS pour les avantages versés à l'occasion d'événements extraprofessionnels dans la vie des salariés, et à 10 % du PASS pour ceux versés au titre de l'exercice d'une activité sportive, de l'accès aux biens et prestations culturels ou d'aides aux vacances. Ce second plafond est majoré en fonction du nombre d'enfants mineurs à la charge du salarié, dans la limite de 20 % du PASS ;

– une coordination est par ailleurs effectuée dans le code du tourisme, afin d'aligner le droit applicable aux avantages consentis par les CSE en matière de chèques-vacances sur celui d'ores et déjà prévu dans les entreprises de moins de 50 salariés, correspondant à une exemption d'assiette dans la limite de 30 % du SMIC mensuel par an et par salarié ;

– l'ensemble de ces dispositions, dont les modalités d'application sont renvoyées au pouvoir réglementaire, entreraient en vigueur au 1^{er} janvier 2019.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, de Mme Nathalie Delattre (groupe du Rassemblement démocratique et social républicain), M. Vincent Segouin (groupe Les Républicains), M. Loïc Hervé (groupe Union centriste), M. Michel Amiel (groupe La République en Marche), M. Yves Daudigny (groupe Socialiste et républicain) et Mme Laurence Cohen (groupe Communiste républicain citoyen et écologiste).

3. La position du rapporteur général

Dès l'examen en commission, le rapporteur général a salué l'intention de l'amendement – dans un double objectif de clarification du droit applicable et de sécurisation des pratiques des entreprises – tout en alertant sur les limites du dispositif proposé.

Les arguments avancés alors conservent toute leur actualité, qu'il s'agisse de l'absence de concertation, du chiffrage incertain ou du risque de paramètres de plafonnement moins favorables que le droit en vigueur. Ces arguments avaient alors justifié un avis défavorable du rapporteur général, suivi du rejet de cette disposition en commission.

La prudence suggérée dès l'examen en commission a été confortée par les réactions suscitées après l'adoption de l'amendement en séance publique ⁽¹⁾.

S'il n'est jamais de bonne méthode de légiférer sans concertation ni évaluation préalables, cette réalité apparaît particulièrement hasardeuse lorsque le dispositif proposé a d'ores et déjà vu son espérance de vie écourtée lors de projets de loi antérieurs sur un fondement identique. Son introduction provisoire dans le projet de loi dit « Travail » en 2016 ⁽²⁾ avait illustré l'incapacité à résoudre les limites inhérentes au plafonnement.

Le rapporteur général propose donc de maintenir la suppression de l'article 7 *bis*.

*
* *

Article 8

Mise en œuvre de la transformation en 2019 du CICE et du CITS en baisse pérenne de cotisations sociales pour les employeurs

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

a. Le décalage au 1^{er} octobre de l'extension du champ de l'allègement général à la cotisation chômage

Les lois financières pour 2018 ⁽³⁾ ont procédé à une « bascule » consistant à supprimer le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) ⁽⁴⁾ et à accroître les allègements de cotisations et contributions patronales, par deux voies :

– l'instauration d'une réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation d'assurance maladie pour les salaires n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum

(1) À ce titre, contrairement à ce qu'indique le rapport du Sénat, la commission a repoussé cet amendement. L'avis de sagesse a été exprimé par le rapporteur général à titre personnel, visant uniquement à laisser ouverte la possibilité d'une concertation avec les parties-prenantes.

(2) Article 28 bis du projet de loi visant à instituer de nouvelles libertés et de nouvelles protections pour les entreprises et les actifs, adopté en commission des affaires sociales en première lecture puis supprimé en séance publique dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité.

(3) Articles 86 et 87 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 et article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Ainsi que le crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS), son « double » pour les organismes non lucratifs.

interprofessionnel de croissance (SMIC), afin de compenser strictement la suppression du CICE (assis au même taux sur la même assiette) ;

– l’extension du champ de l’allègement général de cotisations et contributions patronales de sécurité sociale, maximal au niveau du SMIC puis dégressif pour s’annuler lorsque le salaire atteint 1,6 SMIC :

- extension à la cotisation patronale de retraite complémentaire (6,01 points à compter de la fusion au 1^{er} janvier 2019 de l’AGIRC et de l’ARRCO ⁽¹⁾) ;
- extension à la cotisation patronale d’assurance chômage (4,05 points).

L’ensemble des paramètres de cette bascule devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2019. Le Gouvernement a proposé au Parlement de décaler au 1^{er} octobre 2019 l’extension du champ de l’allègement général à la cotisation chômage, ce qui permettra aux administrations de sécurité sociale de réaliser en 2019 une économie budgétaire de 2,3 milliards d’euros.

b. La réforme de cinq dispositifs spécifiques d’exonérations patronales

Le renforcement de l’allègement général a pour effet de le rendre plus attractif, au niveau du SMIC en tout cas, qu’une série de dispositifs spécifiques d’exonérations patronales. Le Gouvernement a en conséquence proposé au Parlement de rationaliser les dispositifs en question pour les rapprocher du droit commun, voire les supprimer, dans un souci de simplicité mais également afin de faire bénéficier les employeurs d’un dispositif de droit commun possiblement plus avantageux (les dispositifs spécifiques ne sont jamais cumulables avec l’allègement général, mais l’option en faveur de ce dernier est toujours possible).

i. L’exonération spécifique pour l’emploi de travailleurs occasionnels et de demandeurs d’emploi (TO-DE) dans le secteur agricole

En l’état du droit, les producteurs agricoles embauchant sous certaines conditions des travailleurs occasionnels et des demandeurs d’emploi peuvent bénéficier d’une exonération totale de cotisations et contributions patronales – dont le champ est particulièrement large, car comprenant des cotisations spécifiques aux professions agricoles – pour les salaires jusqu’à 1,25 SMIC, l’exonération étant ensuite dégressive pour s’annuler à 1,5 SMIC.

Le texte du Gouvernement prévoyait la suppression pure et simple du dispositif TO-DE à compter du 1^{er} janvier 2019.

À l’écoute des alertes lancées par le secteur agricole et relayées par de nombreux députés de la majorité comme des oppositions, le Gouvernement a fait

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

adopter en séance publique un amendement prévoyant le maintien d'un dispositif spécifique en 2019 et 2020, auquel se substituera le droit commun à compter du 1^{er} janvier 2021. Le champ du dispositif spécifique sera identique à celui de l'allègement général, permettant ainsi une réduction plus importante au niveau du SMIC (environ 40 % contre 35 % dans le TO-DE)⁽¹⁾. En 2020, l'exonération sera totale jusqu'à 1,1 SMIC, avant de devenir dégressive pour s'annuler à 1,6 SMIC. En 2019, l'exonération sera totale jusqu'à 1,15 SMIC, suivant ensuite la même pente de dégressivité ; le soutien supplémentaire ainsi apporté aux producteurs agricoles en 2019 résulte de l'adoption d'un sous-amendement à l'amendement du Gouvernement, déposé notamment par le rapporteur général et son homologue de la commission des finances.

ii. Les exonérations spécifiques au secteur de l'insertion par l'activité économique et aux contrats aidés

- Les associations intermédiaires bénéficient d'une exonération spécifique au titre des personnes en difficulté sociale qu'elles embauchent. Le champ de l'exonération est limité aux cotisations de sécurité sociale proprement dites (maladie, vieillesse, famille, hors accidents du travail et maladies professionnelles – AT-MP) et à la contribution au Fonds national d'aide au logement (FNAL)⁽²⁾. Applicable quel que soit le montant du salaire, l'exonération est plafonnée à 750 heures par an.

Le texte du Gouvernement, adopté sans modification⁽³⁾ par l'Assemblée nationale en première lecture, supprime cette exonération spécifique à compter du 1^{er} janvier 2019. En compensation, les employeurs concernés pourront bénéficier dès cette date de l'élargissement du champ de l'allègement général à la cotisation chômage.

- Les organismes portant des ateliers et chantiers d'insertion (ACI) bénéficient, au titre de l'embauche sous certaines conditions de personnes en difficulté, d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale proprement dites (hors AT-MP). L'exonération, applicable quel que soit le montant du salaire, est totale sur la fraction dudit salaire n'excédant pas le SMIC.

Le texte du Gouvernement, adopté par l'Assemblée nationale, maintient l'exonération spécifique pour les seuls employeurs publics, non éligibles à l'allègement général. Les employeurs privés, eux, pourront bénéficier dès le 1^{er} janvier prochain de l'élargissement du champ de l'allègement général à la cotisation chômage.

(1) Pour plus d'informations, on se reportera utilement au commentaire de première lecture de cet article par le rapporteur général : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1336-tII.pdf>, pages 53 à 96.

(2) Avant même son élargissement par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le champ de l'allègement général était plus large, s'étendant à la cotisation AT-MP dans certaines conditions et à la contribution de solidarité pour l'autonomie.

(3) Étant entendu que ce commentaire ne présente que les modifications les plus importantes adoptées par l'Assemblée nationale, sans s'étendre sur les nombreuses dispositions rédactionnelles, de coordination ou de précisions adoptées à l'initiative du rapporteur général ou du Gouvernement.

- L'Assemblée a adopté, dans les mêmes conditions, la suppression de l'exonération spécifique aux embauches par les employeurs privés en CUI-CAE (contrat unique d'insertion-contrat d'accompagnement dans l'emploi), fonctionnant comme celle des ACI.

iii. Les exonérations spécifiques aux contrats d'alternance

- Les contrats d'apprentissage bénéficient en l'état du droit d'un régime social très spécifique, combinant le calcul des cotisations salariales et patronales sur une base forfaitaire, une exonération totale des cotisations salariales et des exonérations patronales variant selon la taille de l'entreprises (cotisations de sécurité sociale hors AT-MP pour les plus de 11 salariés, ensemble des cotisations légales et conventionnelles pour les moins de 11 salariés et les artisans) ; les exonérations patronales sont totales quel que soit le niveau du salaire.

Le texte du Gouvernement, adopté par l'Assemblée nationale, supprime l'assiette forfaitaire ainsi que les exonérations patronales spécifiques, et il plafonne l'assiette de l'exonération salariale à 78 % du SMIC. Les employeurs concernés pourront bénéficier dès le 1^{er} janvier prochain de l'élargissement du champ de l'allègement général à la cotisation chômage.

- Les embauches en contrats de professionnalisation ouvrent droit à une exonération spécifique, applicable quel que soit le montant du salaire et totale dans la limite du montant égal à celui atteint pour 1 SMIC.

Le texte du Gouvernement, adopté par l'Assemblée nationale, supprime l'exonération spécifique. Les employeurs concernés pourront bénéficier dès le 1^{er} janvier prochain de l'élargissement du champ de l'allègement général à la cotisation chômage.

iv. L'exonération spécifique aux structures employant des aides à domicile auprès de publics fragiles

Ces structures bénéficient d'une exonération des cotisations de sécurité sociale hors AT-MP, quel que soit le montant du salaire et en principe sans plafond.

Le texte d'origine prévoyait, outre l'élargissement du champ de l'exonération pour l'aligner sur celui de l'allègement général, sa dégressivité à compter de 1,1 SMIC, jusqu'à une annulation à 1,6 SMIC.

Le Gouvernement a fait adopter par l'Assemblée nationale un amendement portant à 1,2 SMIC le « plateau » sur lequel l'exonération est totale.

v. L'exonération spécifique aux employeurs ultramarins

Les employeurs établis dans les départements d'outre-mer ⁽¹⁾ bénéficient d'un régime particulièrement complexe d'exonérations patronales de sécurité sociale hors AT-MP, résumé autant que faire se peut dans le tableau suivant. Ce régime, plusieurs fois modifié au cours des dernières années, reste dénommé par référence à la loi pour le développement économique des outre-mer (LODEOM) du 27 mai 2009 ⁽²⁾.

MODALITÉS DE CALCUL DES EXONÉRATIONS LODEOM

(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
Seuil en deçà duquel l'exonération est totale	1,4	1,4	1,4	1,3	1,7	1,7
Palier pour lequel l'allègement est fixe en montant	1,4 – 2	1,4 – 1,6	–	–	1,7 – 2,5	1,7 – 2,5
Seuils entre lesquels l'allègement est dégressif	1,4 – 3	1,6 – 2,3	1,4 – 3	1,3 – 2	2,5 – 4,5	2,5 – 3,5
Seuils à partir duquel l'allègement s'annule	3	2,3	3	2	4,5	3,5

Source : commission des affaires sociales.

Le texte du Gouvernement prévoyait :

- l'élargissement du champ de l'exonération LODEOM pour l'aligner sur celui de l'allègement général ;
- une restriction de la liste des secteurs éligibles à l'exonération LODEOM ;
- une simplification profonde des barèmes, ramenés à deux :
 - dans les secteurs de compétitivité (entreprises de moins de 11 salariés et bâtiment-travaux publics), une exonération totale jusqu'à 1,3 SMIC puis dégressive pour s'annuler à 2 SMIC ;

(1) Entendus ici, de manière inexacte, comme la Guadeloupe, la Martinique, La Réunion, la Guyane, Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

(2) Loi n° 2009-594.

- dans les secteurs de compétitivité renforcée (exposés à la concurrence internationale ou particulièrement stratégiques), une exonération totale jusqu'à 1,4 SMIC puis dégressive pour s'annuler à 2,4 SMIC.

Le Gouvernement a fait adopter un amendement déposé tardivement en séance publique ⁽¹⁾, élargissant la liste des secteurs de compétitivité à la presse, à la production audiovisuelle et aux transports concernant les collectivités ultramarines (internes, entre collectivités, ou vers et depuis la métropole). Ces secteurs, éligibles à l'exonération LODEOM en l'état du droit, ne l'auraient plus été dans la version originelle du texte du Gouvernement.

c. Des mesures plus diverses

- Les employeurs d'agents statutaires rattachés pour leur protection sociale à certains régimes spéciaux (SNCF et RATP notamment) bénéficiaient du CICE mais n'auraient pu bénéficier, sans mesure législative spécifique, de la réduction forfaitaire de 6 points de la cotisation maladie. Cet article leur étend donc le bénéfice de la réduction forfaitaire.

Il leur permet en outre de bénéficier de la réduction forfaitaire de 1,8 point de la cotisation famille, dont bénéficie la généralité des employeurs depuis 2014, sur les salaires compris jusqu'à 3,5 SMIC (depuis 2016). Cela permet la suppression d'un régime d'exonération de cotisation famille spécifique à ces employeurs, particulièrement complexe.

- Cet article procède par ailleurs à la mise en conformité avec le droit de l'Union européenne d'un dispositif d'exonération patronale spécifique aux armateurs.

- Enfin, il comporte des mesures plus formelles, relevant de la coordination.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- Contre l'avis de la commission des affaires sociales et du Gouvernement, le Sénat a adopté en séance publique plusieurs amendements identiques de divers groupes (Union Centriste, Rassemblement Démocratique et Social Européen, Les Républicains), étendant aux organismes consulaires le bénéfice de la réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale maladie. L'objectif est de compenser à ces organismes la perte d'un CICE dont ils ne bénéficiaient pas...

- Suivant l'avis de sagesse de la commission et du Gouvernement, le Sénat a adopté en séance publique un amendement déposé par M. Martin Lévrier et les sénateurs du groupe La République en Marche, permettant aux associations intermédiaires de bénéficier d'une exonération totale de cotisations et contributions pour les rémunérations versées jusqu'à 1,3 SMIC.

(1) Avec avis favorable du rapporteur général à titre personnel, la commission n'ayant pu se prononcer sur l'amendement.

• Dans une confusion à peu près totale, déplorée par le rapporteur général de la commission des affaires sociales et par le ministre de l'Action et des comptes publics, le Sénat a adopté une série d'amendements⁽¹⁾ limitant les effets de la réforme de l'exonération LODEOM :

– un amendement des sénateurs de la Guyane maintient purement et simplement la législation pour ce territoire, ce qui est désormais dépourvu de tout sens puisque les barèmes actuels d'exonération sont variables selon que l'employeur bénéficie ou non du CICE... supprimé à compter du 1^{er} janvier 2019 ;

– un amendement⁽²⁾ dont le premier signataire est sénateur de Saint-Barthélemy prévoit un barème spécifique pour cette collectivité. Dans les secteurs de compétitivité, l'exonération serait maximale jusqu'à 1,4 SMIC puis s'annulerait à 3 SMIC ; dans les secteurs de compétitivité renforcée, l'exonération serait maximale jusqu'à 1,7 SMIC, resterait égale au montant atteint pour 1,7 SMIC jusqu'à 2,5 SMIC puis s'annulerait à 4,5 SMIC ;

– un amendement dont les deux premières signataires sont sénatrices de La Réunion maintient le bénéfice de la future exonération LODEOM au profit des particuliers employeurs, exclus dans le projet de loi initial, non modifié sur ce point par l'Assemblée nationale ;

– un amendement dont les premiers signataires sont respectivement sénateur de Saint-Barthélemy et sénatrice de La Réunion étend au nautisme la liste des secteurs bénéficiaires de la future exonération LODEOM, sachant que ce secteur n'est pas éligible en tant que tel en l'état du droit mais qu'il peut se rattacher au moins en partie aux activités de tourisme qui, elles, le sont ;

– un amendement dont les premiers signataires sont les mêmes procède à un autre élargissement du même type, cette fois-ci aux services aéroportuaires, non définis ;

– un amendement des sénateurs de Guyane élargit également la liste des secteurs éligibles, aux activités de comptabilité, de conseil, d'ingénierie et d'études techniques à destination des entreprises (secteur aujourd'hui éligible mais exclu à l'avenir en application du projet de loi, non modifié sur ce point par l'Assemblée nationale) ;

– un amendement de sénateurs de Guyane et de Guadeloupe élargit les activités de transport aérien éligibles, aux liaisons « *avec les pays [des] environnements régionaux respectifs* » des départements et collectivités concernés. Au-delà de la précision rédactionnelle toute relative de cet amendement, il s'agirait d'une extension par rapport au droit existant, alors que le secteur des transports aériens était purement et simplement exclu de la future exonération LODEOM (il y a été ramené par un amendement du Gouvernement en première lecture à l'Assemblée nationale, mais dans la limite du périmètre actuellement éligible) ;

(1) Adoptés avec un avis systématiquement défavorable de la commission et, sauf exception, du Gouvernement.

(2) Le Gouvernement s'en étant remis à la sagesse du Sénat.

– dans la même logique, les mêmes auteurs ont fait adopter un amendement prévoyant d’inclure dans l’assiette de l’exonération les personnels concourant aux dessertes aériennes éligibles, et plus seulement, comme en l’état du droit d’ailleurs, ceux y concourant « *exclusivement* » ;

– quatre amendements identiques ayant chacun pour premier signataire un sénateur ultramarin renforcent le barème du secteur de compétitivité, l’exonération devenant maximale jusqu’à 1,6 SMIC et s’annulant à 2,5 SMIC.

- Le Sénat a par ailleurs adopté trois amendements identiques de divers groupes ⁽¹⁾ (Les Républicains, Communiste républicain citoyen écologiste, Socialiste et républicain), maintenant le dispositif TO-DE.

- À l’initiative de M. Michel Laugier et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste ⁽²⁾, le Sénat a permis le cumul de l’allègement général et de l’assiette forfaitaire de calcul des cotisations des porteurs de presse. Ce cumul, proscrit pour l’ensemble des dispositifs spécifiques, a été refusé par l’Assemblée nationale en première lecture.

- Le Sénat a en outre adopté trois amendements de coordination du rapporteur général de la commission des affaires sociales, avec l’avis favorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de retenir les amendements de coordination de son homologue du Sénat, ainsi que l’amendement relatif aux associations intermédiaires, laissant le cas échéant le soin au Gouvernement de préciser en séance la position de sagesse qu’il a exprimée au Sénat.

Par cohérence avec les votes émis en première lecture, parfois au terme de débats très riches, le rapporteur général propose de ne retenir aucune autre modification apportée par la seconde chambre.

Le temps séparant la première lecture en séance au Sénat et la nouvelle lecture en séance à l’Assemblée aura peut-être permis au Gouvernement d’affiner sa position sur l’avenir de l’exonération LODEOM. La ministre des Outre-mer a en effet indiqué qu’ « *un travail important reste à mener avec les entreprises. Nous le ferons dans les dix jours qui viennent, avant le retour à l’Assemblée nationale* » ⁽³⁾.

*

* *

(1) Adoptés avec l’avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

(2) Et avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

(3) http://www.senat.fr/cra/s20181113/s20181113_4.html#par_564

Article 8 bis A

**Exonération de cotisations sociales pour les médecins en cumul emploi
retraite dans les zones sous-denses**

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l'initiative de M. Jean-Noël Cardoux et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, le présent article additionnel qui rétablit un article L. 161-22-1 du code de la sécurité sociale.

Ce dernier prévoirait une nouvelle dérogation⁽¹⁾ aux règles de droit commun de l'article L. 161-22 selon lesquelles le service de la pension est conditionné à une cessation d'activité salariée ou non salariée, en faveur des médecins retraités exerçant une activité de remplacement dans une zone « *définie sous-dense par l'agence régionale de santé* » pour une durée maximale de 24 mois.

Ces médecins bénéficieraient, en outre, d'une exonération de la totalité des « *cotisations sociales et de retraite* » pour leurs revenus qui n'excèdent pas 90 000 euros.

2. La position du rapporteur général

Des dispositions identiques ont été repoussées à l'Assemblée nationale en raison des nombreuses difficultés que pose cette mesure d'exonération, tant sur le plan : technique (absence de chiffrage, possible nécessité d'un nouveau zonage par les ARS, durée de 24 mois difficile à contrôler en l'absence de point de départ, plafond très élevé pour de simples remplacements) que sur celui des principes (efficacité marginale non démontrée de ce type de mesure, instrument qui pèse sur le budget qui rémunère les médecins).

Dans le souci de faire progresser le débat sur ces questions de cotisations versées par des personnes retraitées, l'Assemblée a adopté l'article 10 *bis*, voté dans les mêmes termes par le Sénat, qui prévoit la remise d'un rapport avant la discussion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale afin d'établir un diagnostic partagé sur la base d'éléments complets.

Par souci de cohérence, le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

(1) L'article L. 161-22 prévoit déjà deux dérogations majeures : la possibilité d'un cumul intégral des revenus pour les pensionnés qui ont rempli l'ensemble des conditions ouvrant droit à pension et qui ont liquidé l'ensemble de leurs retraites personnelles et d'un cumul partiel lorsque ces conditions ne sont pas remplies sous un plafond du plus grand montant entre 160 % du SMIC et le dernier salaire d'activité avant liquidation.

Article 8 bis

Exonération de forfait social des sommes versées en cas de rupture conventionnelle collective ou de congé de mobilité

Origine de l'article : adoption d'un amendement en première lecture par l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

*

* *

Article 8 ter

Mesures exceptionnelles sur la procédure de recouvrement des cotisations à Saint-Barthélemy et Saint-Martin

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 9

Extension de l'exonération triennale de cotisations sociales aux créateurs d'entreprise relevant du micro-bénéfice agricole

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 9 bis

Alignement progressif de la fiscalité applicable aux alcools produits et consommés dans les outre-mer sur celle applicable dans l'hexagone

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● L'article 9 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales en séance publique, issu d'une initiative de M. Thomas Mesnier, Mme Audrey Dufeu-Schubert et leurs collègues du groupe La République en Marche.

Il prévoit une augmentation quadriennale de la cotisation applicable aux alcools forts produits et consommés dans les outre-mer, qui constitue l'une des deux composantes de la fiscalité relative aux boissons alcooliques.

La fiscalité applicable aux alcools forts

La fiscalité relative aux alcools forts – couvrant les rhums, tafias et spiritueux composés à base d'alcool de cru – conjugue un droit de consommation et une cotisation :

– le droit de consommation, qui correspond à un droit d'accise, est défini à l'article 403 du code général des impôts. Son tarif, aujourd'hui fixé à 1 741,04 euros par hectolitre d'alcool pur (HAP), est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à hauteur du taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année, dans la limite de 1,75 %. Son produit est affecté à la mutualité sociale agricole (MSA), constituant une ressource des branches vieillesse et maladie du régime des non-salariés agricoles et du régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) ;

– la cotisation sur les boissons alcooliques s'applique aux boissons dont la teneur en alcool est supérieure à 18 % en volume. Elle est définie à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale. Plutôt qu'un objectif de rendement fiscal, cette cotisation poursuit un objectif clair de santé publique, « *en raison des risques que comporte l'usage immodéré de ces produits pour la santé* », aux termes de l'article précité.

Aux termes du projet de loi de finances pour 2019, le rendement de ces deux leviers fiscaux s'élèverait respectivement à 2,2 milliards d'euros et 737 millions d'euros en 2019.

Le rhum consommé et produit dans les outre-mer bénéficie d'une fiscalité dérogatoire et avantageuse, avec une cotisation largement inférieure à celle applicable dans l'hexagone – 0,04 euro par décilitre, par opposition à 557,90 euros par hectolitre. En outre, l'unité de mesure est exprimée en volume dans les outre-mer, plutôt qu'en fonction du titrage alcoométrique en hectolitre d'alcool pur (HAP). Les alcools forts sont donc moins lourdement taxés à double titre.

● La convergence débiterait au 1^{er} janvier 2019 et s'achèverait en 2023, au rythme reproduit dans le tableau *infra*.

Au 1^{er} janvier 2023, les départements d'outre-mer entreraient dans le champ de l'article L. 245-9 du code de la sécurité sociale. L'article L. 758-1, qui prévoyait leur régime spécifique, serait en conséquence abrogé.

Outre son niveau supérieur, la cotisation serait désormais également calculée en fonction du titrage alcoométrique – et non plus en fonction du volume.

**CONVERGENCE PROJETÉE DANS LA RÉDACTION ADOPTÉE
PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE EN PREMIÈRE LECTURE**

Année	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Taux de la cotisation	0,04 € / dl	0,08 € / dl	0,136 € / dl	0,18 € / dl	0,23 € / dl	Droit commun (557,90 € par hl d'alcool pur)

Source : Commission des affaires sociales.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Sur proposition du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement visant à prolonger la période de transition, qui débuterait désormais en 2020 et s'achèverait en 2025.

Le mode de calcul – exprimé en hectolitre d'alcool pur (HAP) plutôt qu'en volume – serait quant à lui aligné dès le 1^{er} janvier 2020.

**CONVERGENCE PROJETÉE DANS LA RÉDACTION ADOPTÉE
PAR LE SÉNAT EN PREMIÈRE LECTURE**

Année	2018 – 2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Taux de la cotisation	0,04 € / dl	168 € / HAP	246 € / HAP	325 € / HAP	403 € / HAP	482 € / HAP	Droit commun (557,90 € par HAP)

Source : Commission des affaires sociales.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général réaffirme son soutien sans réserve à la convergence de la fiscalité applicable au rhum produit et consommé dans les outre-mer. La fiscalité avantageuse s'accompagne de prix très bas favorisant les consommations à risque chez les populations vulnérables. L'alcoolodépendance, les syndromes d'alcoolisation fœtale ou l'augmentation des accidents de la route ou des violences conjugales en constituent autant de traductions alarmantes.

La progressivité retenue à l'article 9 *bis* emporte un double avantage :

- une appropriation progressive, *via* une augmentation modérée et anticipée ;

- une absence de déstabilisation de la filière ultra-marine et l'ancrage des anticipations sur le nouveau taux, l'augmentation portant sur le seul rhum consommé dans les outre-mer. La fiscalité applicable au rhum exporté dans l'hexagone ou à l'étranger resterait donc inchangée.

Le rythme retenu par la rédaction du Sénat laisse un délai supplémentaire d'anticipation et d'adaptation, apte à éviter toute déstabilisation de la filière dans certains territoires sans pour autant remettre en cause l'objectif de préservation de la santé publique.

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

*

* *

Article 9 ter

Création d'une taxe sur les produits alimentaires à référence alcoolique

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article additionnel, adopté à l'initiative de M. Bernard Jomier et de ses collègues du groupe Socialiste et républicain, avec un avis favorable de la commission et de sagesse du Gouvernement, crée une nouvelle taxe sur les produits alimentaires à référence alcoolique.

Prévue par un nouveau chapitre du code général des impôts⁽¹⁾, cette taxe s'appliquerait au chiffre d'affaires réalisé sur l'ensemble des produits qui ne contiennent pas d'alcool mais qui « *contribuent à la promotion* » d'un produit en contenant (III de l'article 520 C nouveau du code général des impôts et article 520 B nouveau). Son taux est fixé à 5 %.

Elle serait due à la production, à l'importation ou à la distribution (II de l'article 520 C nouveau) et recouvrée et contrôlée dans les mêmes conditions que la taxe sur la valeur ajoutée (VI du même article).

Acquittée en mars de chaque année (V du même article), son entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2019 (I du même article).

Son produit est affecté à la branche maladie du régime général (VII du même article).

2. La position du rapporteur général

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

*

* *

(1) Chapitre I^{er} bis du titre III de la première partie du livre premier.

Article 9 quater
Élargissement de la taxe dite « premix »

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 1613 *bis* du code général des impôts prévoit une taxe de 11 euros par décilitre d'alcool pur due par les fabricants, les entrepositaires et les importateurs des boissons suivantes :

– soit les boissons qui mélangent des boissons faiblement alcoolisées (moins d'1,2 % du volume) et des boissons alcooliques (*a*) du I) ;

– les boissons qui mélangent un ou plusieurs produits alcooliques, sans qu'il puisse s'agir de spiritueux ⁽¹⁾, de boissons à base de vins ⁽²⁾, de vins ⁽³⁾ ni de cidres ou poirés ⁽⁴⁾, d'autres boissons bénéficiant d'indications géographiques protégées, et une forte quantité de sucre (35 grammes par litre) ou d'édulcorants (l'équivalent de 35 grammes en sucre inverti), dès lors que leur titre alcoolique est compris entre 1,2 % et 12 % du volume.

Cet article additionnel, adopté à l'initiative de Mme Jocelyne Guidez et de ses collègues du groupe Union centriste, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement, entend supprimer dans la seconde assiette l'exclusion de certaines catégories d'alcool (spiritueux, boissons à base de vins, vins, cidres ou poirés). Il procède par ailleurs à une modification rédactionnelle à cet article.

2. La position du rapporteur général

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

*

* *

(1) Définis par le règlement (CEE) n° 1576/89 du Conseil, du 29 mai 1989, établissant les règles générales relatives à la définition, à la désignation et à la présentation des boissons spiritueuses

(2) Définies par le règlement (CEE) n° 1601/91 du Conseil, du 10 juin 1991, établissant les règles générales relatives à la définition, à la désignation et à la présentation des vins aromatisés, des boissons aromatisées à base de vin et des cocktails aromatisés de produits viti-vinicoles

(3) Définis par le règlement (CE) n° 1493/1999 du Conseil du 17 mai 1999 portant organisation commune du marché vitivinicole

(4) Définis au 5° de l'article 458 du code général des impôts.

CHAPITRE II
Des règles de cotisations plus claires et plus justes

Article 10
Aménagement de la cotisation subsidiaire d'assurance maladie

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 10 bis A
Suppression de la cotisation retraite minimale applicable aux professions libérales

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

L'article 10 *bis* A résulte de l'adoption de deux amendements identiques de Mme Catherine Conconne (groupe Socialiste et républicain) et Martine Berthet (groupe Les Républicains), ayant reçu un double avis défavorable de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Il supprime la cotisation minimale due par les professions libérales au titre de leur affiliation à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV). La perte de recettes pour cette dernière est compensée par une augmentation à due concurrence des droits de consommation applicables au tabac – le gage n'ayant pas été supprimé lors de l'adoption de l'amendement.

2. La position du rapporteur général

Discutée à l'Assemblée nationale en première lecture, la disposition introduite à l'article 10 *bis* A avait été rejetée pour trois raisons dont l'actualité reste intacte :

– d'une part, la suppression de la cotisation minimale due à la CIPAV, dans sa rédaction adoptée, couvrirait l'ensemble des professions libérales, et non les seules professions pluriactives. Elle empêcherait donc l'acquisition de droits à

retraite pour toute profession libérale en cas de mauvaise année et priverait la CIPAV – dont l'équilibre financier reste à conforter – de ressources substantielles ;

– d'autre part, un droit d'option spécifique a été créé pour les professions exerçant une activité à titre limité ou résiduel, dans le cadre du régime micro-social. Le paiement de cotisations minimales est alors écarté, et un taux forfaitaire s'applique au chiffre d'affaires ;

– enfin, la nécessité de maintenir ou non cette cotisation minimale devra être tranchée au terme d'une concertation approfondie, à l'appui du rapport que remettra le Gouvernement avant le 1^{er} juin 2019 aux termes de l'article 10 *bis*, et sans préjuger des paramètres qui seront retenus dans le nouveau régime universel de retraite.

Il est donc proposé de supprimer cet article.

*

* *

Article 10 bis

Rapport au Parlement sur les cotisations applicables aux activités saisonnières de courte durée des travailleurs indépendants et aux personnes ayant procédé à la liquidation de leur retraite

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 11

Atténuation du franchissement du seuil d'assujettissement de la CSG au taux normal sur les revenus de remplacement

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : modifié
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article a pour objet d'atténuer les effets du franchissement du seuil d'application du taux normal de contribution sociale généralisée (CSG) à

l'essentiel des revenus de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité, allocations chômage).

Ces revenus sont exonérés de CSG ou soumis à un taux réduit de 3,8 % s'ils n'excèdent pas certains seuils, appréciés au regard du revenu fiscal de référence (RFR) du foyer auquel appartient l'assujetti, pour l'année N-2.

Le franchissement du seuil d'assujettissement au taux normal peut entraîner une charge importante pour les contribuables, et cet effet préexistant a été renforcé par le relèvement de 1,7 point du taux normal, passé de 6,6 à 8,3 % en janvier 2018. Ce relèvement avait pour objet de financer la suppression, au profit du pouvoir d'achat des actifs, des cotisations salariales d'assurance maladie et d'assurance chômage.

Afin d'atténuer les effets du franchissement de seuil, cet article prévoit que le taux normal ne s'applique pas en cas de hausse temporaire du RFR, sur une seule année. Ainsi, pour être assujetti en N au taux normal, il faudra non seulement que le RFR N-2 dépasse le seuil – comme en l'état du droit – mais également que le RFR N-3 dépasse le seuil.

● À l'initiative du rapporteur général, la commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté⁽¹⁾ un amendement prévoyant un mécanisme strictement identique pour le calcul de la contribution de solidarité pour l'autonomie, assise au taux de 3 % sur les pensions dont le montant excède le seuil d'assujettissement au taux normal de CSG.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a étendu le mécanisme d'atténuation prévu par l'article 11 au franchissement du seuil d'application du taux réduit (cas des titulaires de pensions passant d'un taux nul à un taux de 3,8 %). Il faut rappeler que ce taux n'a pas été augmenté par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, à la différence du taux normal ; or, le mécanisme de l'article 11 a précisément pour objet de limiter les effets de seuil compte tenu de l'augmentation de ce taux.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de la première lecture par l'Assemblée nationale.

*

* *

(1) Avec avis favorable du Gouvernement.

Article 11 bis A
Réduction de la cotisation vieillesse des artistes-auteurs

Origine de l'article : adoption d'un amendement en première lecture au Sénat

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

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

Déjà adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, avant d'être supprimé par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, cet article prévoit une réduction de la cotisation d'assurance vieillesse au profit des artistes-auteurs.

L'ampleur de la réduction n'est pas précisée, ce qui ne garantit pas la solidité juridique du dispositif. Sur le fond, il s'agit de compenser aux artistes-auteurs l'augmentation de contribution sociale généralisée (CSG) entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018 (cf. *supra* le commentaire de l'article 11).

2. La position du rapporteur général

Comme l'année dernière, le rapporteur général propose de maintenir cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat, afin que le Gouvernement puisse développer devant l'Assemblée nationale l'argumentaire ébauché au Sénat, selon lequel l'intention de cet article est en pratique satisfaite.

*

* *

Article 11 bis
**Exonération de taxe sur les salaires
au profit de l'Établissement français du sang**

Origine de l'article : adoption d'un amendement en première lecture par l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 11 ter
Forfait social sur l'épargne salariale

Origine de l'article : adoption d'un amendement en première lecture à l'Assemblée nationale

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Le présent article reprend des dispositions déjà adoptées par notre assemblée à l'article 57 du projet de loi relatif à la croissance et à la transformation des entreprises (PACTE) ⁽¹⁾. Celles-ci ont été reproduites, à l'initiative du Gouvernement, dans le présent projet de loi pour assurer une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, plus respectueuse de la prévisibilité fiscale.

Elles apportent trois modifications substantielles au forfait social en vigueur sur l'épargne salariale, avec pour finalité d'en généraliser le recours :

– la suppression pérenne et inconditionnelle du forfait social applicable aux sommes versées par l'ensemble des entreprises employant moins de 50 salariés au titre de l'intéressement ou de la participation ⁽²⁾ ;

– l'exonération de forfait social sur les sommes versées par les entreprises employant entre 50 et 249 salariés au titre de l'intéressement ;

– la création d'un nouveau taux réduit de 10 % pour le forfait social applicable aux sommes versées par toutes les entreprises dans les fonds d'actionnariat salarié.

FORFAIT SOCIAL APPLICABLE À LA PARTICIPATION

	Droit en vigueur	Droit proposé
Entreprises employant de moins de 50 salariés	8 % pour le premier accord pendant 6 ans, puis 20 %	0 % (exonération)
Entreprises employant de 50 à 249 salariés	20 % (obligatoire)	
Entreprises employant plus de 249 salariés		

(1) On pourra utilement se référer aux travaux de la commission spéciale en 1^{ère} lecture : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1237-tII.pdf> (rapport législatif, p. 7 à 34) et compte rendu de l'examen en séance publique <http://www.assemblee-nationale.fr/15/cr/2018-2019/20190008.asp>.

(2) L'intéressement associe une part de la rémunération des salariés à des indicateurs de performance de l'entreprise tandis que la participation consiste plus précisément à verser une part des bénéfices de l'entreprise aux salariés.

FORFAIT SOCIAL APPLICABLE À L'INTÉRESSEMENT

	Droit en vigueur	Droit proposé
Entreprises employant de moins de 50 salariés	8 % pour le premier accord pendant 6 ans, puis 20 %	0 % (exonération)
Entreprises employant de 50 à 249 salariés	20 %	
Entreprises employant plus de 249 salariés	20 %	

FORFAIT SOCIAL APPLICABLE À L'ACTIONNARIAT SALARIÉ

	Droit en vigueur	Droit proposé
Entreprises employant de moins de 50 salariés	20 %	10 %
Entreprises employant de 50 à 249 salariés		
Entreprises employant plus de 249 salariés		

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a procédé, à l'initiative de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, à deux déplacements :

– celui des dispositions de l'article 8 *bis* relatives au forfait social applicable aux indemnités versées en cas de rupture conventionnelle collective vers le présent article dans un souci de consolidation des dispositions relatives à cet impôt ; ce mouvement est analysé de manière plus détaillée dans le commentaire de l'article 8 *bis* ;

– celui des dispositions relatives aux nouvelles exonérations applicables à l'intéressement et à la participation des entreprises de moins de 50 salariés et à l'intéressement des entreprises de moins de 250 salariés de l'article L. 137-16 à l'article L. 137-15.

Outre ces modifications dont il convient de souligner le caractère exclusivement rédactionnel, le taux réduit applicable aux sommes versées au titre des fonds d'actionnariat salarié a été diminué à 8 % au lieu de 10 %.

3. La position du rapporteur général

Les déplacements des dispositions au sein du code étant opportuns ⁽¹⁾, le rapporteur général propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale sur la seule question du taux applicable aux versements sur des fonds d'actionnariat salarié, car celle-ci entraînerait non seulement une perte pour la sécurité sociale

(1) Comme le relève le rapporteur du Sénat, l'article L. 137-15 concerne les taux réduits tandis que l'article L. 137-16 concerne les exonérations. Il est donc plus cohérent de placer les réductions, qu'elles se substituent à des taux réduits ou non, au même article L. 137-16.

mais aussi et surtout la suppression d'une distinction délibérée avec les autres formes d'épargne.

*

* *

Article 12

Pérennisation de la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article crée une nouvelle contribution à la charge des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans le cadre de leur participation aux rémunérations des médecins autres que le financement à l'acte.

Suite à un engagement pris dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale de 2011, puis dans la convention médicale de 2016, les organismes d'assurance maladie complémentaire participent aujourd'hui au développement des nouveaux modes de rémunération des médecins, en cofinçant le « forfait patientèle » versé aux médecins traitants.

Cependant, l'assiette actuelle de cette contribution est complexe et instable. Ce mécanisme manque également de visibilité et de lisibilité, puisque cette contribution est aujourd'hui prorogée chaque année, de loi de financement en loi de financement.

Pour ces raisons, la convention médicale de 2016 prévoyait, outre la montée en charge de cette participation, la suppression définitive de cette contribution, afin de la remplacer par un mécanisme pérenne, plus simple et plus transparent.

- Le présent article institue une contribution fiscale assise sur le chiffre d'affaires des organismes d'assurance complémentaire maladie, et dont le produit sera directement affecté à l'assurance maladie.

Cette nouvelle contribution est assise sur la même base que la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie (TSA), c'est-à-dire sur l'ensemble des primes et cotisations d'assurance maladie perçues par ces organismes d'assurance maladie complémentaire. Comme pour la TSA, cette

contribution sera liquidée sur le montant des cotisations émises ou recouvrées au cours de chaque trimestre.

Le taux de cette contribution est fixé à 0,8 %, ce qui permettrait, selon l'étude d'impact, un rendement de 300 millions d'euros correspondant à l'engagement pris par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour 2019 dans le cadre de la convention de 2016.

● En commission, puis en séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par le rapporteur général, précisant que la contribution instituée est due jusqu'à la caducité de la convention médicale signée le 25 août 2016, afin de respecter l'esprit des négociations conventionnelles.

Elle a également adopté un amendement rédactionnel.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Gouvernement a fait adopter par le Sénat ⁽¹⁾ un amendement :

– précisant que, comme pour la TSA, les garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières dans les contrats de groupes obligatoires d'entreprises sont exclues de l'assiette ;

– remplaçant la référence à la caducité de la convention par une référence aux années 2019, 2020 et 2021. Il précise que le dispositif sera prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel destiné au financement de la prise en charge des modes de rémunération.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir la rédaction issue du Sénat, tout en supprimant les dispositions visant à proroger le dispositif au-delà de la durée de vie de la convention.

*

* *

Article 12 bis

Augmentation de la taxe de solidarité additionnelle pour 2018

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

Position de la commission : suppression

(1) Avec un avis de sagesse de la commission.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, et avec l'avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement portant article additionnel augmentant la taxe de solidarité additionnelle (TSA) pour 2018.

En vertu de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, les organismes complémentaire santé ⁽¹⁾ sont redevables de cette TSA sur l'ensemble des primes et cotisations d'assurance maladie qu'ils perçoivent.

Le taux applicable aujourd'hui aux contrats aux contrats solidaires et responsables ⁽²⁾ est de 13,27 %. L'article transforme ce taux en un taux de 18,02 %, pour la seule année 2019.

2. La position du rapporteur général

La ministre des solidarités et de la santé a rappelé en séance au Sénat qu'une augmentation de ce taux telle que prévue par le présent article aurait un rendement d'1,5 milliard d'euros.

L'adoption de cette mesure par le Sénat, concomitamment à la mesure adoptée sur le recul d'un an de l'âge minimum légal de départ à la retraite à 63 ans est censée compenser à due concurrence la mesure adoptée par la Chambre Haute à l'article 44 du projet de loi.

Le rapporteur général proposant de supprimer cette dernière, rien ne peut justifier cette augmentation brutale et imprévue de la taxation des complémentaires santé, non négociée avec les organismes concernés, et qui risque de peser avant tout sur les assurés.

Le rapporteur général propose donc logiquement la suppression de cet article.

*

* *

Article 12 ter

Majoration de TSA pour les organismes complémentaires santé modulant le niveau des prestations versé lorsque les adhérents recourent à un professionnel de santé partenaire d'un « réseau de soins »

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

Position de la commission : suppression

(1) Mutuelles régies par le code de la mutualité, institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la Sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime ; entreprises régies par le code des assurances ; organismes d'assurance maladie complémentaire étrangers non établis en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

(2) Respectant notamment les conditions prévues à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Le présent article, inséré par le Sénat, résulte de l'adoption en séance publique de quatre amendements identiques de Mme Corinne Imbert, MM. Alain Schmitz, Daniel Chasseing, et Jean Sol, et de plusieurs de leurs collègues des groupes Les Républicains et Les Indépendants. Ces amendements ont reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales, et défavorable du Gouvernement.

Cet article vise à majorer de sept points le taux de taxe de solidarité additionnelle (TSA) applicable aux organismes de complémentaire appliquant des pratiques de différenciation des remboursements selon le recours ou non, par les assurés, à des professionnels partenaires d'un « réseau de soins ».

2. La position du rapporteur général

- Qu'est-ce qu'un réseau de soins ?

Aux termes de la loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014 relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé, un « réseau de soins » est constitué par un ou plusieurs organismes complémentaires qui, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, concluent avec des professionnels de santé, des établissements de santé ou des services de santé des conventions comportant des engagements relatifs, pour l'organisme assureur, au niveau ou à la nature des garanties ou, pour le professionnel, l'établissement ou le service, aux services rendus ou aux prestations ainsi qu'aux tarifs ou aux prix.

Cette même loi du 27 janvier 2014, dite loi « Le Roux », a modifié l'article L. 112-1 du code de la mutualité, afin de permettre à une mutuelle de moduler le niveau des prestations qu'elle verse à ses adhérents lorsque ceux-ci recourent à un professionnel de santé qui a conclu avec elle une convention. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance pouvaient déjà pratiquer de telles modulations.

La même loi apporte des garde-fous à la conclusion de ces conventions, qui doivent respecter :

- le libre choix du professionnel, établissement ou service par le patient ;
- la fixation de critères objectifs, transparents et non discriminatoires pour l'adhésion des professionnels, établissements et services aux conventions ;
- l'interdiction de clauses d'exclusivité.

- Comme le souligne un rapport publié par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) en juin 2017, 45 millions de Français ont aujourd'hui accès à un réseau de soins, soit les trois quarts des personnes disposant d'une complémentaire santé (hors CMU-C).

Ce même rapport de l'IGAS montre que les réseaux de soins permettent une importante diminution du reste à charge pour les assurés, notamment en optique (-50 % environ), dû pour l'essentiel aux différences de prix pratiqués.

● Si la réforme dite « 100 % santé » prévue à l'article 33 du présent projet de loi amoindrira certainement l'intérêt de ces réseaux de soins pour les assurés, il est toutefois primordial de ne pas pénaliser les organismes complémentaires mettant en œuvre des réseaux de soins, et encore moins les assurés ayant recours à ces réseaux.

Le rapporteur général propose donc la suppression de cet article.

*

* *

Article 13

Poursuivre la simplification de la déclaration et du recouvrement des cotisations

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article renforce les obligations de dématérialisation, tout en développant l'offre de titres simplifiés dans le cadre des procédures de déclaration et de recouvrement des cotisations.

Il a été adopté par l'Assemblée nationale, avec un amendement rédactionnel du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté deux amendements à cet article :

– un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, qui supprime la nécessité de communiquer l'accord du salarié aux centres gestionnaires des dispositifs chèque emploi service universel (CESU) et Pajemploi, lorsque ces derniers assurent le service d'intermédiation du paiement entre l'employeur et le salarié ;

– un amendement de Mme Victoire Jasmin et de ses collègues du groupe socialiste et républicain, avec avis favorable de la commission et défavorable du

Gouvernement, qui reporte au 1^{er} janvier 2021 l'obligation de dématérialisation de la déclaration et du paiement des cotisations pour l'ensemble des travailleurs indépendants.

3. La position du rapporteur général

Si la première modification est une simplification opportune, dès lors que les organismes gestionnaires n'ont pas leur mot à dire dans le choix des parties d'effectuer le paiement du salaire directement ou *via* le CESU ou Pajemploi, la seconde reporte de deux ans une obligation que les travailleurs indépendants doivent déjà satisfaire en matière fiscale.

Le rapporteur général propose par conséquent de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale, moyennant la conservation de la première modification réalisée par le Sénat.

Article 13 bis

Information par la mission nationale de contrôle lorsqu'elle prend une décision défavorable au cotisant ou à l'assuré

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article additionnel a été adopté par le Sénat, à l'initiative de Mme Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il modifie l'article L. 151-1 du code de la sécurité sociale qui pose le principe selon lequel les décisions des organismes de sécurité sociale sont soumises au contrôle de légalité de l'État. Ce contrôle est en pratique assuré par la mission nationale de contrôle (MNC), rattachée à la direction de la sécurité sociale.

Dans le droit proposé, la mission aurait pour obligation d'informer le cotisant ou l'assuré des motivations de ses décisions d'annulation.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose la suppression de cet article qui méconnaît à la fois :

– la compétence du pouvoir réglementaire pour fixer ce type de règles de communication des décisions administratives ;

– le caractère spécifique du contrôle de tutelle assuré par la mission nationale de contrôle, dont les cotisants n’ont à connaître qu’incidemment.

*

* *

Article 13 ter

Faculté de prolonger la période contradictoire lors d’un contrôle URSSAF

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article additionnel a été adopté par le Sénat, à l’initiative de Mme Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, sous-amendé par le Gouvernement, avec un avis favorable de la commission.

Il complète l’article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale qui prévoit la remise d’une lettre d’observations à l’issue du contrôle portant sur les cotisations et contributions sociales, laquelle fait courir une période contradictoire préalable à toute mise en demeure ou avertissement.

Dans le droit proposé, l’URSSAF obtiendrait le droit de prolonger la période contradictoire au-delà des 30 jours prévus avant l’expiration de ce délai initial, dans des conditions renvoyées au pouvoir réglementaire.

Conformément à l’intention du sous-amendement du Gouvernement, cette faculté n’est pas ouverte en cas d’abus de droit ou de travail dissimulé.

2. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 14

Simplification de la procédure de dépôt des demandes de modifications mineures d'autorisation de mise sur le marché des médicaments

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 15

Simplifier et homogénéiser les mécanismes de sauvegarde pour les produits de santé

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 15 bis

Diminution de la taxe sur le chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article additionnel a été adopté par le Sénat, à l'initiative de M. Daniel Chasseing et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Cet article diminue le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des « grossistes répartiteurs », prévue à l'article L. 138-2, de 1,75 % à 1,5 %.

2. La position du rapporteur général

Si la situation des « grossistes répartiteurs » est effectivement préoccupante dans un contexte de baisse de prix du médicament, la solution idoine n'est pas à rechercher dans le domaine fiscal mais dans un changement plus structurel du mode de rémunération de ces entreprises.

En outre, un tel amendement est susceptible de perturber les négociations actuellement en cours entre ce secteur et le Gouvernement.

Le rapporteur général propose par conséquent de supprimer cet article en cohérence avec sa position sur des amendements similaires en première lecture.

*

* *

Article 16

Mesures en faveur des travailleurs indépendants (1/2) : Clarification des modalités de calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article procède à deux modifications relatives au calcul et au recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

● D'une part (**I** et **II**), il clarifie les modalités de détermination de « l'assiette nette », base spécifique de calcul des cotisations de ces travailleurs.

À la différence des salariés, la somme des taux de cotisations ne frappe pas le revenu d'activité brut, mais un revenu net des cotisations sociales ; pour le dire autrement, les travailleurs indépendants doivent calculer le montant de leurs cotisations sociales, le retirer de leur revenu d'activité, puis appliquer à cette base réduite les taux en vigueur.

Cette règle de calcul est favorable, puisque l'assiette est plus faible que celle des salariés, toutes choses égales par ailleurs. Elle est en revanche d'une complexité redoutable, d'autant plus que la loi ne la définit pas clairement.

Cet article propose une simple réécriture du droit existant, sans en changer la philosophie. Il prévoit également, et il s'agit là d'une simplification très utile, que les organismes de recouvrement communiquent aux cotisants le montant des cotisations à déduire pour l'établissement de leur assiette nette.

● D'autre part (**III**), cet article prolonge de six mois, jusqu'au 31 décembre 2019, une expérimentation permettant aux travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations sur une base mensuelle et non pas annuelle, afin que le montant de leurs prélèvements colle au plus près de la réalité de leurs revenus.

Cette expérimentation, décidée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽¹⁾, n'a pas encore commencé en pratique ; il convient donc de donner aux organismes de recouvrement et aux travailleurs indépendants volontaires un temps suffisant pour dresser ensuite un bilan utile.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a apporté plusieurs modifications à cet article :

– jugeant inopérante et insuffisamment aboutie la proposition de simplification de la définition de l'assiette nette, le Sénat l'a supprimée ;

– il a simplement maintenu le principe de création du téléservice par lequel les organismes de recouvrement pourront transmettre aux cotisants les cotisations à déduire, tout en repoussant sa création à 2020 pour des raisons pratiques ;

– il complète enfin l'objet du rapport devant être remis à l'issue de l'expérimentation prolongée, afin d'y inclure une réflexion sur une véritable simplification de l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir cet article dans sa rédaction issue des travaux du Sénat, laissant le cas échéant le soin au Gouvernement de proposer à l'Assemblée nationale les modifications qu'il juge souhaitable.

*

* *

Article 17

Modulation des sanctions

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

(1) Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

Article 17 bis

Rapport sur la fraude patronale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

Cet article additionnel adopté à l'initiative de Mme Cohen et de ses collègues du groupe Communiste, républicain, citoyen et écologiste, avec un avis de sagesse de la commission et un avis favorable du Gouvernement, propose la remise dans un délai de six mois à compter de la publication de la loi de financement, d'un rapport sur la fraude patronale aux cotisations sociales.

Le rapporteur général salue le souci de transparence du Gouvernement sur cette question, par ailleurs bien documentée, et propose d'adopter cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 18

Mesure d'efficience de la gestion financière des organismes de sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

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

Article 19

**Transfert de recette entre la sécurité sociale et l'État
et entre régimes de sécurité sociale**

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a pour objet principal de compenser à la sécurité sociale les pertes spontanées de recettes générées par une série de mesures nouvelles, ou qui produiront leur plein effet à partir de 2019 seulement.

• **Tout d'abord, c'est en 2019 que la suppression de la cotisation salariale d'assurance chômage fera sentir ses effets en année pleine.**

En 2018, la cotisation a été supprimée en deux temps (réduction de 2,4 % à 0,95 % en janvier, puis de 0,95 % à 0 % en octobre), pour un coût de 9,9 milliards d'euros. En année pleine, ce coût est porté à 14 milliards d'euros, soit un surcoût de 4,1 milliards en 2019.

Afin de financer de manière pérenne la perte de recettes pour l'assurance chômage, une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité (1,45 %) sera affectée à compter de 2019 à l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (UNÉDIC).

Cette affectation d'une recette à un organisme tiers crée un besoin de financement équivalent pour la sécurité sociale, besoin qui sera assuré, comme la quasi-totalité des autres, par l'affectation – en projet de loi de finances (PLF) – au régime général de sécurité sociale d'une fraction significativement accrue de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), en provenance de l'État (23,49 % contre 0,34 % en 2018 – soit 41,8 milliards d'euros contre 0,6 milliard).

• **2019 sera par ailleurs l'année d'entrée en vigueur de la « bascule » CICE / allègement général.**

Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi a été supprimé par la loi de finances pour 2018 ⁽¹⁾ ; la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ⁽²⁾ a compensé cette suppression par une réduction de 6 points du taux de la cotisation patronale d'assurance maladie sur les salaires n'excédant pas 2,5 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) – soit la même assiette et le même taux que le CICE (coût spontané de 22,6 milliards pour la branche maladie).

La LFSS 2018 a par ailleurs étendu le champ de l'allègement général de charges patronales – maximal à 1 SMIC puis dégressif pour s'annuler à 1,6 SMIC – aux cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire. C'est l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) qui prendra en charge les cotisations réduites, afin d'assurer la stricte neutralité financière de l'opération à l'UNÉDIC et à l'AGIRC-ARRCO, gestionnaire des régimes de retraite complémentaire obligatoires (Association générale des institutions de retraite des cadres et Association des régimes de retraite complémentaire).

(1) Article 86 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017.

(2) Article 9 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

S'agissant des retraites complémentaires, la prise en charge des cotisations se fera *via* l'affectation directe d'une fraction de TVA à l'ACOSS (2,87 %, soit 5,1 milliards d'euros). S'agissant de l'assurance chômage, la prise en charge des cotisations (0,9 milliard d'euros) se fera par l'affectation à l'ACOSS d'une fraction de taxe sur les salaires.

Le renforcement de l'allègement général le rend plus attractif que certaines exonérations patronales spécifiques, en conséquence supprimées ou modifiées par l'article 8 de ce projet de loi. Le basculement des employeurs concernés vers l'allègement général générera un coût spontané de 1,2 milliard d'euros, compensé à la sécurité sociale par la nouvelle fraction de TVA.

- En revanche, dans le cadre de la refonte des relations financières entre l'État et la sécurité sociale, permise par les excédents des comptes sociaux, **plusieurs nouvelles pertes de recettes ne seront pas compensées**, à hauteur de 2 milliards d'euros. Il s'agit par exemple de l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires prévue par l'article 7, ou de l'atténuation des effets de franchissement du seuil d'assujettissement des pensions au taux normal de CSG (article 11).

- **La sécurité sociale « rendra » en outre à l'État 7,3 milliards d'euros de prélèvements sur les revenus du capital.**

La Cour de Justice de l'Union européenne a jugé en 2015, dans un arrêt dit « *De Ruyter* »⁽¹⁾, que des résidents fiscaux en France affiliés à un régime de sécurité sociale dans un autre État membre de l'Union européenne ne pouvaient être assujettis à des prélèvements sur leurs revenus du capital affectés à des organismes servant des prestations sociales contributives. Afin de mettre notre droit en conformité avec celui de l'Union, la LFSS 2016 a affecté le produit de ces prélèvements à des organismes qui, bien que relevant de la sphère sociale, servent des prestations de solidarité, non contributives (pour l'essentiel, le Fonds de solidarité vieillesse – FSV).

Cela ne semble néanmoins pas suffisant au regard de développements jurisprudentiels récents, appelant donc l'affectation à l'État – sous la forme d'un nouveau prélèvement de solidarité – du prélèvement social (4,5 %, affecté au FSV et à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – CNSA) et de la contribution de solidarité pour l'autonomie (0,3 %, affectée à la CNSA). L'État percevra en outre, *via* le nouveau prélèvement de solidarité, un produit correspondant à 0,7 point de CSG sur le capital, dont le taux sera donc réduit de 9,9 à 9,2 %.

Cette mesure prévue par le projet de loi initial a été complétée par l'adoption en première lecture d'un amendement déposé en séance par notre collègue Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en Marche, qui exonère de CSG et de contribution au remboursement de la dette sociale

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

(CRDS) les revenus du capital des personnes qui ne sont pas à la charge du régime obligatoire français de sécurité sociale, mais qui relèvent du régime obligatoire de sécurité sociale d'un autre État européen⁽¹⁾. Cette exonération, dont le coût de 180 millions d'euros ne sera pas compensé à la sécurité sociale, achève de mettre le droit national en conformité avec le droit européen, tel qu'interprété par les juridictions nationales⁽²⁾.

- La compensation des différentes pertes de recettes spontanées passera comme on l'a dit par l'augmentation très significative de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale.

Pour des raisons de simplicité, la TVA est affectée à la branche maladie du régime général exclusivement (sauf la fraction spécifiquement affectée à l'ACOSS). Sans réaffectations internes à la sécurité sociale, la branche maladie serait donc « surcompensée » alors que d'autres seraient très significativement perdantes (notamment la branche vieillesse, affectataire entre autres des cotisations exonérées au titre des heures supplémentaires).

En conséquence, **afin de répartir en fonction des besoins le surplus de TVA attribué à la sécurité sociale, cet article procède à de multiples réaffectations internes**, essentiellement en modulant les clés de répartition de la taxe sur les salaires et de la CSG.

- De manière originale, l'article procède même à une réaffectation pluriannuelle. Il s'agit là, pour l'essentiel, de **prévoir l'augmentation entre 2020 et 2022 de la quotité de CSG affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale**, pour lui permettre de reprendre 15 milliards de déficits portés actuellement par l'ACOSS, comme le prévoit l'article 20.

L'ensemble de ces réaffectations tient compte de la trajectoire prévisionnelle des équilibres financiers de chaque branche.

- Enfin, cet article comporte des **modifications plus circonscrites**, qui ne sont pas directement liées à l'équilibre financier d'ensemble. Il s'agit notamment d'élargir les missions de la CNSA, qui sera notamment amené à apporter un financement exceptionnel de 50 millions d'euros aux services d'aide et d'accompagnement à domicile.

(1) Soit un État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen, ainsi que la Suisse.

(2) Dans un arrêt du 31 mai 2018 (Ministre de l'Action et des comptes publics contre M. et Mme A., requête n° 17NC022124), la Cour administrative d'appel de Nancy a notamment déchargé de CSG et CRDS la rente viagère et les revenus de capitaux mobiliers d'un contribuable résident fiscal en France mais affilié au régime de sécurité sociale suisse. Pour plus de précisions sur les modalités d'application de l'exonération, on se reportera utilement au commentaire en première lecture du présent article notre collègue Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales du Sénat : <http://www.senat.fr/rap/18-111-2/18-111-21.pdf>, pages 182 et 183.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, le Sénat a adopté deux amendements de fond, contre l'avis du Gouvernement.

Le premier rétablit dans la législation la cotisation salariale d'assurance chômage, dont la suppression constitue un engagement très fort du Président de la République, du Gouvernement et de la majorité en faveur du pouvoir d'achat des salariés.

Le second supprime de l'article les dispositions organisant de manière pluriannuelle la réaffectation de la CSG et de la taxe sur les salaires entre organismes de sécurité sociale. Il s'agit de protester contre la réduction de la quotité de TVA affectée à la sécurité sociale au cours des années futures, réduction prévue par l'article 36 du PLF pour tenir compte des excédents spontanés à venir pour les organismes de sécurité sociale.

Le Sénat a en outre adopté un amendement de coordination du rapporteur général, avec avis favorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de retenir l'amendement de coordination adopté par le Sénat, et de rétablir pour le reste cet article dans sa rédaction issue de la première lecture par l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 20

Reprise par la CADES des déficits portés en trésorerie par l'ACOSS

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article prévoit de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) 15 milliards d'euros de déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale entre 2014 et 2018, et actuellement portés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui n'a pas vocation à financer de dette de long terme. Le reliquat des déficits (environ 12 milliards d'euros fin 2018) a vocation à être apuré par les excédents à venir du régime général.

C'est d'ailleurs l'amélioration très significative des comptes sociaux qui permet la reprise de dette par la CADES sans allonger sa durée de vie au-delà de 2024, et sans augmenter le niveau des prélèvements obligatoires. Les règles constitutionnelles obligent à assortir le transfert de dette de l'affectation à la CADES d'une recette à due concurrence ; en l'occurrence, l'affectation d'une fraction supplémentaire de contribution sociale généralisée (CSG) se fera sans accroissement de la pression fiscale, et sans dégradation de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale.

Les conditions précises d'affectation de la CSG, à compter de 2020, sont définies dans l'article 19. Le présent article pose le principe de la reprise de dette par la CADES ; les montants et dates des reprises, entre 2020 et 2023, seront définis par décret.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de sa commission des affaires sociales et avec l'avis favorable du Gouvernement, le Sénat a modifié l'ordre de reprise des déficits :

– dans la rédaction retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, la CADES aurait repris les déficits de la branche maladie, de la branche vieillesse, de la branche famille et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ;

– dans la rédaction retenue par le Sénat, la CADES reprendrait les déficits de la branche maladie, du FSV et de la branche famille (à l'exclusion de la branche vieillesse).

Le Sénat a par ailleurs tiré les conséquences de son refus de l'affectation pluriannuelle de CSG et de taxe sur les salaires à l'article 19 (cf. commentaire *supra*). Ces dispositions de l'article 19, supprimées par le Sénat, prévoyaient en effet, entre autres mesures, l'affectation à la CADES d'une fraction supplémentaire de CSG, permettant la reprise de dette. En conséquence, le Sénat a prévu cette affectation à l'article 20 (contre l'avis du Gouvernement).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir la rédaction retenue par l'Assemblée nationale en première lecture, en conservant cependant la modification apportée à l'ordre de reprise des déficits, afin que soient prioritairement repris ceux des branches et organismes les plus structurellement déficitaires au cours des dernières années.

*

* *

Article 20 bis
**Affiliation au régime général des élèves et étudiants marins
à compter de la rentrée 2019**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 20 ter
Exclusion des experts judiciaires de l'affiliation au régime général

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : modifié
Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel adopté à l'initiative du Gouvernement élève au niveau législatif les dispositions réglementaires annulées par le Conseil d'État qui tendaient à exclure de l'obligation d'affiliation au régime général les experts judiciaires désignés par les juridictions judiciaires.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté à l'initiative de sa commission un amendement restreignant cette disposition aux seuls experts déjà affiliés à un régime de travailleurs non-salariés, avec un avis favorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général se rallie à cet objet mieux ciblé et propose d'adopter l'article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 20 quater
Ratification d'ordonnances et précisions formelles

Origine de l'article : adoption d'un amendement en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 21
**Approbation du montant de la compensation
des exonérations mentionnées à l'annexe 5**

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 22
**Approbation des prévisions de recettes pour 2019 pour les régimes
obligatoires de sécurité sociale**

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 23
**Approbation des prévisions de recettes, réparties par catégories dans l'état
figurant en annexe C à la présente loi, et le tableau d'équilibre, par branche,
du régime général**

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 24

Objectif d'amortissement de la dette sociale, des prévisions de recettes du FRR et du FSV

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 25

Liste et plafonds de trésorerie des régimes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 26

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2019**

**TITRE I^{ER}
TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SOINS**

Article 27

Extension du dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : modifié
Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article renforce le dispositif de paiement à la qualité des établissements de santé (dotation « IFAQ »).

Il instaure un système de bonus-malus, qui reposera sur les résultats d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins qui seront mesurés tous les ans dans chaque établissement.

Pour certains indicateurs, si un établissement n'atteint pas, pendant trois années consécutives et pour un même indicateur, un seuil minimal, il s'exposera à une pénalité financière.

Ce système de bonus-malus doit entrer en vigueur en 2020.

- Trois aspects du texte du Gouvernement ont été modifiés par l'Assemblée nationale en première lecture.

- L'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des affaires sociales⁽¹⁾ et plusieurs amendements identiques venant préciser la nature des indicateurs de qualité pris en compte : ces indicateurs devront ainsi refléter les résultats et les expériences rapportés par les patients, et ne pourront donc pas être de simples indicateurs de processus.

En séance, le Gouvernement a fait adopter un sous-amendement précisant que cette disposition n'entrerait en vigueur que le 1^{er} janvier 2020 pour les soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que pour les structures d'hospitalisation à domicile, et le 1^{er} janvier 2021 pour les activités de psychiatrie, les expériences patients n'existant aujourd'hui que dans le secteur médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

- Le texte du Gouvernement prévoyait l'extension de cette dotation IFAQ à la psychiatrie en 2021, alors que la dotation IFAQ ne concerne aujourd'hui que les activités de MCO et de SSR.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des affaires sociales⁽²⁾ et plusieurs amendements identiques prévoyant cette extension aux établissements psychiatriques dès le 1^{er} janvier 2020.

Le Gouvernement, estimant que la mesure de la qualité dans les établissements psychiatriques n'était pas encore mature, a précisé cette disposition en faisant adopter par l'Assemblée nationale un sous-amendement prévoyant que la première année d'entrée en vigueur de ce financement sera uniquement une année de recueil des indicateurs, et ne donnera pas lieu au versement de la dotation.

(1) À l'initiative de plusieurs membres du groupe – LR, du groupe LaREM, de plusieurs membres du groupe MODEM, et de Mme Jeanine Dubié.

(2) À l'initiative de membres des groupes UAI, LR et MODEM.

– Afin de ne pas uniquement inciter ou sanctionner les établissements mais de véritablement les accompagner dans l’amélioration de leurs pratiques, l’Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des affaires sociales précisant que cette pénalité doit s’accompagner d’un plan d’amélioration de la qualité présenté par l’établissement concerné ⁽¹⁾.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l’initiative de sa commission des affaires sociales et avec l’avis favorable du Gouvernement, deux amendements :

– l’un précisant que le plan d’amélioration de la qualité prévu par l’Assemblée nationale doit être élaboré par l’établissement en associant la commission ou conférence médicale d’établissement ;

– l’autre explicitant que l’année « blanche » prévue suite aux débats ayant eu lieu à l’Assemblée nationale sur la psychiatrie, si elle ne peut donner lieu à une dotation complémentaire, ne peut pas non plus donner lieu à une pénalité financière.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 28

Financement forfaitaire de pathologies chroniques

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture par l’Assemblée nationale Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 29

Amplifier la portée du dispositif d’innovation du système de santé

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture par l’Assemblée nationale Sort au Sénat : modifié Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale avec modification

(1) À l’initiative de membres des groupes UAI, LR et LaREM.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

a. Étendre le champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la LFSS pour 2019

Cet article modifie l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, relatif à l'innovation organisationnelle.

Il rend possible de nouvelles dérogations dont la nécessité a été mise en exergue par les premiers échanges avec le terrain dans le cadre de la mise en œuvre de cet article :

– permettre le développement effectif de nouveaux modes de rémunération au sein des groupements de coopération sanitaire et des maisons de santé pluriprofessionnelles ;

– faire évoluer le droit des autorisations ;

– faciliter l'exercice mixte des praticiens hospitaliers en zone sous-dense.

Il permet également une meilleure articulation de cet article avec :

– les expérimentations prévues à l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, créé par l'article 51 de la loi HPST ⁽¹⁾ ;

– les expérimentations relatives à la télésurveillance prévues en LFSS pour 2018.

b. Les modifications apportées par l'Assemblée nationale au texte du Gouvernement

Plusieurs modifications ont été apportées à cet article par l'Assemblée nationale.

i. Une extension du champ des dérogations aux règles d'organisations dans le secteur social et médico-social

L'article 51 de la LFSS pour 2018 prévoit déjà la possibilité de déroger, dans le cadre de cet article, aux règles de tarification applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

En cohérence avec l'esprit de l'article 29, qui vise à donner un caractère aussi bien organisationnel que financier à ces dérogations, un amendement de la commission des affaires sociales ⁽²⁾, de la commission des finances et des

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Adopté en commission à l'initiative de membres des groupes UDI-AGIR, Les Républicains, La République en marche, MODEM.

amendements identiques ont été adoptés en séance publique ⁽¹⁾ afin de permettre de déroger également aux règles d'organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

ii. La possibilité d'expérimenter le rôle de « pharmacien correspondant »

À l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en marche, un amendement permettant l'expérimentation du rôle de « pharmaciens correspondants » dévolu aux pharmaciens d'officine a été adopté.

Ce rôle doit permettre aux pharmaciens d'officine de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie, de façon très encadrée.

Le code de la santé publique prévoit déjà cette possibilité depuis la loi HPST de 2009. L'article 38 de cette loi prévoit en effet que les pharmaciens d'officine peuvent être désignés comme correspondants au sein de l'équipe de soins par le patient. À ce titre, ils peuvent, à la demande du médecin ou avec son accord, renouveler périodiquement des traitements chroniques, ajuster, au besoin, leur posologie et effectuer des bilans de médications destinés à en optimiser les effets.

Toutefois la nécessité, pour exercer cette mission, de s'inscrire dans un protocole de coopération au sens de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, freine visiblement, du fait de sa complexité et de sa lourdeur, les initiatives des professionnels : de fait, selon les informations transmises au rapporteur général, aucun protocole de coopération ayant pour objet le renouvellement des traitements chroniques n'a été validé par la Haute Autorité de santé depuis 2009.

L'amendement adopté prévoit la possibilité de déroger à l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique, afin de permettre aux pharmaciens d'officine, en dehors du cadre des coopérations prévues à l'article L. 4011-1, d'être désignés comme correspondants au sein d'une équipe de soins par le patient et ainsi de renouveler des traitements chroniques ou d'ajuster leur posologie.

Cette délégation ne pourra se faire qu'à la demande ou avec l'accord du médecin traitant. Ce dernier et le pharmacien correspondant devront être signataires d'un projet de santé dans le cadre d'une maison de santé, d'un centre de santé, d'une équipe de soins primaires (ESP) ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

Pour reprendre l'exposé des motifs de cet amendement, *« on peut attendre de cette mesure, d'une part, une amélioration de la prise en charge des patients dans le parcours de soins tout en se dispensant d'un nombre important de consultations médicales et, d'autre part, une incitation à la participation des pharmaciens aux futures ESP et CPTS, ce qui est un gage de la rapidité de leur*

(1) Avec l'avis favorable du Gouvernement.

déploiement, particulièrement dans les zones sous-denses, autant que du caractère pluri-professionnel de leur dynamique ».

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté trois amendements avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis défavorable du Gouvernement.

- Le premier amendement, présenté par M. Vincent Segouin (Les Républicains) et de plusieurs de ses collègues, permet, dans le cadre d'expérimentations et dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés d'accès aux soins, à un praticien de réaliser une activité libérale au sein d'un centre de santé. Pour mémoire, l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique dispose que les professionnels qui exercent au sein des centres de santé sont salariés.

Les honoraires seraient alors reversés au praticien par le centre de santé après déduction des frais de fonctionnement du centre liés à la prestation.

- Le Sénat a également adopté plusieurs amendements identiques de Mme Corinne Féret, M. Jean-Claude Tissot et des membres du groupe socialiste et républicain, et de M. Jean-Pierre Corbisez et plusieurs de ses collègues groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. Cet amendement avait été rejeté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Cet amendement permet de déroger, dans le cadre d'expérimentations, aux articles L. 1111-6-1, L. 4311-1 et L. 4311-29 du code de la santé publique, relatifs à la profession d'infirmiers, afin d'organiser des délégations de soins dans le cadre d'une prise en charge par un établissement de santé ou par un établissement ou service social ou médico-social. Il permettrait notamment de déléguer des actes d'infirmiers à des aides-soignants ou à des personnels non-soignants.

- Enfin, il a adopté un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe socialiste et républicain.

Cet amendement vise à désigner, dans le cadre d'expérimentations, des infirmiers comme « référents » au sein d'une équipe de soins par le patient en perte d'autonomie ou en affection de longue durée, et ainsi « *d'assurer la coordination clinique de proximité en lien étroit avec le médecin traitant et le pharmacien* ».

3. La position du rapporteur général

- En ce qui concerne la création d'un rôle « d'infirmier référent », c'est avant tout l'exercice pluri professionnel, notamment dans le cadre des communautés professionnelles de territoire de santé (CPTS), qu'il faut aujourd'hui développer. Les infirmiers libéraux auront tout leur rôle à jouer dans le cadre de ces CPTS.

Par ailleurs, le Gouvernement a relancé le déploiement des infirmiers de pratiques avancées, qui seront également amenés à jouer un rôle central dans le suivi de certaines pathologies chroniques. Il est préférable de développer le rôle des infirmiers dans ce cadre plutôt que créer un nouveau statut aux contours très flous, sans concertation préalable avec les professionnels de santé concernés.

- En ce qui concerne les délégations de tâche dans le secteur médico-social, l'article 51 de la loi HPST prévoit déjà la possibilité d'expérimenter des coopérations et des délégations de tâches entre professionnels de santé.

En revanche, en ce qui concerne la délégation de tâches entre professionnels soignants et non soignants, une réflexion plus générale doit avoir lieu sur les compétences et la formation de chaque professionnel agissant auprès des personnes handicapées ou de nos aînés. Il semble préférable d'avoir un débat national sur ce sujet, dans le cadre d'une future loi dépendance, plutôt que de passer par la voie des expérimentations.

- Le rapporteur général propose donc de supprimer ces deux dispositions, et de ne retenir que l'amendement du Sénat relatif à l'activité libérale au sein d'un centre de santé en zone sous-dense.

*

* *

Article 29 bis A

Représentation des fédérations hospitalières à la commission de contrôle de la tarification à l'activité

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté un amendement de Mme Florence Lassarade et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

Cet amendement modifie la composition des commissions de contrôle de la tarification à l'activité, afin que les représentants des fédérations hospitalières publiques et privées y soient représentés.

2. La position du rapporteur général

Comme l'a souligné la ministre des solidarités et de la santé en séance au Sénat, un tel dispositif placerait les fédérations hospitalières dans la situation d'être à la fois juges et parties lors des contrôles de tarification.

Par ailleurs, ces commissions émettent seulement un avis sur les sanctions financières proposées par l'unité de contrôle régional, à la demande du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). La sanction est ensuite susceptible de recours devant le juge, ce qui semble apporter des garanties suffisantes.

Le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

Article 29 bis B

Mise en œuvre de la réforme du financement des transports inter-établissements

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté plusieurs amendements identiques de M. Jean-Louis Tourenne et de plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste et républicain, de M. Olivier Paccaud, et de Mme Brigitte Micouleau et de plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, de Mme Véronique Guillotin et de plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Ces amendements ont reçu un avis favorable de la commission des affaires sociales et défavorable du Gouvernement.

- Cet article vise à préciser les conditions de mise en œuvre de la réforme du financement des transports sanitaires prévue par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Cette réforme, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2018, prévoit de transférer tous les transports inter-établissements entre établissements de santé au sein du budget des établissements.

Ce transfert concerne donc uniquement les transports secondaires entre établissements de santé relevant de structures juridiques distinctes, enveloppe correspondant à environ 125 millions d'euros.

Le financement des transports sanitaires avant le 1^{er} octobre 2018

- les transports primaires, qui correspondent aux transports de patients depuis le domicile ou un établissement assimilé (établissement pénitentiaire) vers l'établissement de santé, et sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe soins de ville ;
- les transports intra-hospitaliers, qui recouvrent les transports effectués au sein d'établissements relevant d'une même entité juridique et de la même agglomération (par exemple, entre les différents sites de l'AP-HP), et sont à la charge de l'établissement ;
- les transports secondaires, qui correspondent à des transports inter-établissements réalisés entre deux établissements de santé et aux transports de retour à domicile des patients :
 - en cas de séjour provisoire, c'est-à-dire inférieur à deux nuitées dans l'établissement d'accueil, les frais sont à la charge soit de l'établissement d'origine (établissements publics et privés du secteur ex-dotations annuelles de financement), soit de l'assurance maladie (établissements privés du secteur ex-objectif quantifié national) ;
 - en cas de séjour définitif, c'est-à-dire pour une hospitalisation supérieure à deux nuitées au sein de l'établissement d'accueil, la prise en charge est assurée par l'assurance maladie dans le cadre de l'enveloppe de soins de ville ;
 - les transports permettant le retour du patient à domicile sont à la charge de l'assurance maladie sur l'enveloppe de soins de ville.

- Le présent article prévoit :

– que la publication ou la notification annuelle des tarifs et dotations aux établissements de santé fasse apparaître la part représentée dans leur montant par le financement des transports réalisés au sein d'un même établissement de santé ou entre deux établissements de santé ;

– l'évaluation de cette réforme par le Gouvernement, dans un rapport remis au Parlement, avant le 1^{er} février 2019, « *afin de permettre, le cas échéant, l'ajustement des tarifs, des prix de journées et des dotations ; la prise en compte des activités isolées ; la prise en compte des activités de recours* ».

2. La position du rapporteur général

Pour le rapporteur général, cette réforme, mise en place depuis le 1^{er} octobre seulement, a besoin de stabilité législative pour pouvoir être mise en œuvre dans un cadre serein.

Par cohérence avec la position de l'Assemblée nationale en première lecture, qui a rejeté cet amendement, le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

Article 29 bis C

Transparence de l'utilisation du fonds d'intervention régional

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

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

Il prévoit que le bilan de l'utilisation du fonds d'intervention régional (FIR) transmis au Parlement chaque année contient notamment « *une évaluation nationale de la répartition des crédits et de leur impact sur les situations sanitaires régionales* ».

2. La position du rapporteur général

L'article L. 1435-10 du code de la santé publique relatif au FIR prévoit déjà qu'« *un bilan de l'exécution des budgets et des comptes de l'année précédente, élaboré sur la base des données transmises par chaque agence régionale de santé, est adressé au Parlement avant le 15 octobre de chaque année* » et que ce bilan doit notamment contenir « *une analyse de l'évolution du montant des dotations régionales annuelles affectées au fonds ainsi qu'une explicitation des critères de répartition régionale* ».

L'article adopté par le Sénat est donc superfétatoire, et n'est pas de nature à véritablement améliorer l'information du Parlement sur l'utilisation de ces crédits.

Par cohérence avec la position de l'Assemblée nationale en première lecture, qui a rejeté cet amendement, le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

Article 29 bis

Obligation d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins en cas d'écart significatifs de pratiques constatés dans un établissement de santé

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

Cet article additionnel vise à mieux prendre en compte la pertinence des soins, mesurée notamment par d'éventuels écarts à la moyenne du nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant.

Il renforce le rôle des ARS lorsque les pratiques d'un établissement ou d'un professionnel y exerçant ne sont pas conformes aux référentiels définis au niveau national, et intègre ces dimensions dans l'évaluation préalable au renouvellement de l'autorisation délivrée aux établissements de santé.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement déposé tardivement par le Gouvernement en séance publique ⁽¹⁾.

Il s'agit ici de renforcer les incitations à prendre des mesures correctrices pour les établissements dont les pratiques s'écarteraient significativement des recommandations relatives à la pertinence des actes, prestations et des prescriptions et des parcours de soins ou dont l'activité s'écarterait significativement de celle des établissements ayant une activité comparable.

• Le **II** du présent article modifie l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité sociale, relatif aux référentiels et aux seuils de pertinence, de qualité, de sécurité des soins aujourd'hui définis par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Le présent article précise que le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins élaboré par les agences régionales de santé (ARS) doit identifier les écarts significatifs entre le nombre ou l'évolution du nombre d'actes, de prestations ou de prescriptions réalisés par les établissements de la région ou les professionnels y exerçant et les moyennes régionales ou nationales pour une activité comparable.

(1) Avec avis favorable du rapporteur général à titre personnel, la commission n'ayant pu se prononcer sur l'amendement.

Ces écarts sont aujourd'hui une réalité, et sont parfois difficilement explicables, même en neutralisant les flux interrégionaux. Ils font parfois craindre une surproduction au sein de certains établissements, qui pourrait faire courir des risques inutiles aux patients.

L'ARS devra désormais saisir l'établissement de santé concerné lorsque les pratiques d'un établissement ou les prescriptions des professionnels de santé y exerçant ne seront pas conformes à un ou plusieurs de ces référentiels, et lui enjoindre d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins.

• Le I de ce nouvel article va dans le même sens, en liant le renouvellement des autorisations d'activité au respect des référentiels.

Il complète le premier alinéa de l'article L. 6122 -5 du code de la santé publique, relatif aux engagements nécessaires pour obtenir l'autorisation de l'ARS lors de tout projet de création d'un établissement de santé, de création, de conversion ou de regroupement des activités de soins, ou l'installation des équipements matériels lourds.

Pour obtenir cette autorisation, les établissements doivent aujourd'hui s'engager à réaliser une évaluation périodique, dans des délais précisés par décret ⁽¹⁾.

Le présent article précise que cette évaluation devra désormais prendre en compte le respect de ces référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils, ainsi que les programmes d'amélioration de la pertinence des soins mentionnés au II.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, un amendement précisant l'articulation entre ce dispositif et le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES). Il prévoit notamment la conclusion d'un volet additionnel au CAQES, plutôt que la simple possibilité pour l'ARS de proposer un avenant à ce contrat.

Cet amendement a reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

(1) Cette évaluation a lieu tous les cinq ans minimum, ou au bout de quarante mois lorsqu'il s'agit du premier renouvellement d'autorisation.

Article 29 ter

Possibilité pour les établissements publics de santé de déroger au plafond du taux d'usure

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

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

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

L'article adopté impose un taux plafond aux prêts obtenus dans le cadre d'une sécurisation des emprunts structurés détenus par les établissements de santé.

a. Le contexte : des emprunts structurés sensibles qui pèsent encore fortement sur la dette hospitalière

Qu'est-ce qu'un « emprunt structuré » ?

Comme le souligne le Sénat dans un rapport de 2014, la particularité des emprunts structurés est d'intégrer « *dans un seul et même contrat les caractéristiques d'un emprunt classique (avec un taux variable) et un ou plusieurs produits dérivés, qui permettent de faire varier les taux en fonction de différents facteurs ou indices contractuellement définis (par exemple l'évolution du taux de change euro/franc suisse).*

Ces contrats offrent, pendant les premières années de souscription, un taux d'intérêt dit « bonifié », c'est-à-dire moins élevé que le taux du marché. Mais ce taux varie ensuite en fonction de conditions définies contractuellement et il est susceptible de varier très fortement. Outre la volatilité des mensualités de remboursement, leur montant est difficilement prévisible » ⁽²⁾.

Certains de ces emprunts structurés sont considérés comme des emprunts « toxiques ».

Les hôpitaux publics ont été particulièrement exposés à ces emprunts structurés « toxiques » : ainsi, la Cour des comptes soulignait en 2014 ⁽³⁾ qu'un « *examen des encours de la Société de financement local (SFIL), héritière de la*

(1) *Accepté par la commission des affaires sociales.*

(2) *Rapport fait au nom de la commission des finances du Sénat sur le projet de loi relatif à la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les personnes morales de droit public, par M. Jean Germain, Sénateur, 7 mai 2014.*

(3) *Cour des Comptes, Communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, La dette des établissements publics de santé, avril 2014.*

majeure partie des encours de la banque Dexia, qui avait très majoritairement proposé ces produits structurés, montrait que 19 % des créances de cet établissement sur les hôpitaux pouvaient être qualifiées de « structurés sensibles », soit une proportion équivalente à celle constatée pour les collectivités locales (20 %) ».

La Cour avait également relevé que le coût de sortie des emprunts structurés contractés par les hôpitaux apparaissait extrêmement élevé : près d'un milliard d'euros fin 2012 pour sortir des seuls emprunts les plus risqués (emprunts « hors charte »).

Dans son rapport public annuel de 2018, la Cour des comptes conclut que seuls 35 % des crédits « hors charte » des hôpitaux avaient été désensibilisés en 2015, alors que dans le cas des collectivités territoriales, ce sont les deux tiers des encours sensibles éligibles estimés qui ont été traités grâce à l'aide du fonds de soutien.

b. Les dispositions du présent article

Le présent article modifie l'article L. 6145-16-1 du code de la santé publique relatif aux conditions dans lesquelles les établissements publics de santé et leurs groupements peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit.

Il impose un taux plafond légal aux prêts conclus par l'établissement lors de la sécurisation d'un emprunt structuré.

Il s'inspire directement d'une disposition qui a fait ses preuves pour le désendettement des collectivités territoriales, prévue par l'article 31 de la loi de finances pour 2016.

La sécurisation des emprunts structurés consiste à convertir ces emprunts en un prêt à taux fixe : l'établissement doit alors rembourser le capital dû, augmenté d'une « indemnité de remboursement anticipé ».

Le dispositif adopté permet aux établissements publics de santé de ne pas refinancer l'indemnité de remboursement anticipé intégralement par ré-endettement mais d'intégrer tout ou partie de celle-ci (le surcoût) dans un taux d'intérêt majoré.

Pour cela, il faut explicitement permettre aux établissements publics de santé de déroger au plafond découlant du taux d'usure actuellement en vigueur, en fixant un taux d'intérêt maximal applicable. L'article fixe ce taux maximal par référence au taux fixe auquel la collectivité aurait pu s'endetter dans les années 2005-2010, date de signature de la plupart des contrats à risque concernés. Celui-ci peut être évalué par référence au taux de rendement des obligations assimilables du Trésor de maturité proche de celle du prêt à risque concerné, majoré de 150 points de base, représentant la somme du risque et de la marge bancaire.

Les catégories d'emprunts concernés seront arrêtées par les ministres chargés de la santé, de l'économie et du budget.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat, en commission des affaires sociales puis en séance, a supprimé cet article, considérant qu'il nécessitait une étude d'impact approfondi, et qu'il s'agissait d'un cavalier social.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général laisse le soin au Gouvernement, s'il le souhaite, de rétablir cet article en séance publique.

*

* *

Article 29 quater

Inclusion des communautés professionnelles territoriales de santé et des équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement déposé tardivement par le Gouvernement en séance publique ⁽¹⁾.

Cet article revêt une importance majeure, car il doit permettre la mise en œuvre de deux priorités clés identifiées dans le plan « Ma santé 2022 » présenté le 18 septembre 2018 : le développement de l'exercice collectif et la libération de temps médical.

a. Libérer du temps médical en mettant en place des assistants médicaux

« Ma Santé 2022 » prévoit de libérer du temps médical grâce à la création d'un nouveau métier, celui d'assistant médical.

Ces assistants médicaux seront chargés de l'accueil des patients, du recueil de certaines données et constantes, ainsi que de certaines informations relatives à

(1) Avec avis favorable du rapporteur général à titre personnel, la commission n'ayant pu se prononcer sur l'amendement.

l'état de santé, de vérification de l'état vaccinal et des dépistages, de mise à jour des dossiers et de gestion de l'aval de la consultation (par exemple du pré-remplissage de documents administratifs, de la prise de rendez-vous avec des médecins spécialistes, de la programmation des admissions en établissements hospitaliers).

À horizon 2022, ce sont plus de 4 000 structures qui devraient être dotées d'assistants médicaux. L'assurance maladie accompagnera financièrement leur déploiement.

Le **1° du I** du présent article concrétise cet engagement.

Il ajoute un nouvel item (27°) à la liste des sujets de la sécurité sociale devant être déterminés par les conventions médicales, énumérées à l'article L. 162-5 du code.

Ces conventions devront désormais définir les conditions et modalités de la participation financière au recrutement de personnels salariés intervenant auprès de médecins exerçant dans le cadre d'un exercice coordonné, et ayant vocation à les assister dans leur pratique quotidienne et améliorer ainsi l'accès aux soins.

b. Développer le recours à l'exercice coordonné

« Ma Santé 2022 » mise avant tout sur l'exercice coordonné. Ainsi, les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) seront progressivement déployées sur l'ensemble du territoire (objectif de 1 000 CPTS à l'horizon 2022).

Le plan prévoit également que certains éléments de rémunérations puissent être réservés aux professionnels s'inscrivant dans un cadre d'exercice coordonné et participant à ces CPTS.

Le **2° du I** concrétise cet engagement.

Il modifie en effet les dispositions relatives à l'ensemble des conventions passées entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, afin de renforcer les incitations à l'exercice coordonné.

Le **a)** prévoit que ces conventions doivent définir les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné.

Le **b)** intègre les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et équipes de soins primaires dans le champ des accords-cadres interprofessionnels.

c. Une mise en œuvre la plus rapide possible

Le présent article permet de garantir un début très rapide de ces négociations ainsi qu'une entrée en vigueur dès que possible des mesures qui auront été négociées.

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie devra engager, dans le délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente LFSS, des négociations conventionnelles, en vue de déterminer :

– des mesures visant à inciter au développement de l'exercice coordonné et au recrutement d'assistants médicaux (**II**) ;

– dans le cadre d'un accord interprofessionnel, les mesures visant à accompagner le déploiement sur l'ensemble du territoire des communautés professionnelles territoriales de santé (**III**).

Enfin, le **IV** prévoit que ces mesures conventionnelles pourront entrer en vigueur immédiatement, par dérogation à l'article L. 162 14 1 1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de cette mesure.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté trois amendements à cet article.

À l'initiative de sa commission des affaires sociales, et avec l'avis favorable du Gouvernement, il a adopté un amendement permettant d'inclure les pharmaciens d'officine dans les dispositions relatives à la modulation des rémunérations en fonction de leur participation à un cadre d'exercice coordonné. En effet, les pharmaciens d'officine ne sont pas inclus dans le champ de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

Avec l'avis favorable de sa commission des affaires sociales et avis défavorable du Gouvernement, il a adopté :

– un amendement de M. Bernard Jomier (apparenté Socialiste et républicain) et de plusieurs de ses collègues supprimant la condition d'exercice coordonné pour les médecins exerçant en zone sous-dotée afin de pouvoir bénéficier du soutien d'assistants médicaux ;

– un amendement de Mme Brigitte Micouveau et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et un amendement identique de Mme Véronique Laborde et de plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, visant à remplacer « *la modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de leur*

participation à un cadre d'exercice coordonné » par une « *majoration* » dans le cadre de leur participation à « *une prise en charge coordonnée* ».

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de ne retenir de la rédaction du Sénat que l'amendement proposé par sa commission des affaires sociales, permettant d'inclure les pharmaciens d'officine dans le dispositif.

Les deux autres amendements adoptés par le Sénat dévoient l'essence même de cet article, qui met l'accent sur l'importance de l'exercice coordonné, *a minima* dans le cadre des CPTS.

*

* *

Article 29 quinquies **Création d'un forfait expérimental de réorientation pour les urgences hospitalières**

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

Sort au Sénat : supprimé

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales, à l'initiative du rapporteur général, et sous-amendé par celui-ci en séance ⁽¹⁾.

Il a pour objectif de créer, à titre expérimental, un « forfait de réorientation » incitant les services d'urgences à réorienter les patients ayant besoin d'une consultation simple vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

a. Le contexte : un financement inadapté des services d'urgences

- i. Un financement forfaitaire inflationniste, n'incitant pas à réorienter les patients les plus légers vers des structures plus adaptées

Pour mémoire, il est très difficile d'évaluer le coût exact d'un passage aux urgences, car le financement des urgences hospitalières recouvre à la fois :

(1) Avec avis favorable du Gouvernement pour l'amendement ainsi sous-amendé.

– le forfait accueil et traitement des urgences (ATU), d'un montant de 25,32 euros, versé à chaque passage pour couvrir les dépenses globales résultant de l'admission et du traitement des patients ;

– le forfait annuel des urgences (FAU), destiné à couvrir les charges fixes des services, versé mensuellement et déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU, par « tranches de patients »⁽¹⁾ ;

– les actes et examens (biologie, imagerie) ainsi que les consultations réalisées ;

– les dotations versées au titre des missions d'intérêt général (MIG) ;

– les recettes associées aux hospitalisations.

La manière dont sont calculés le forfait ATU et le FAU est extrêmement inflationniste. Par ailleurs, du fait de ce mode de calcul, les établissements n'ont aucun intérêt à ne pas prendre en charge l'ensemble des patients qui se présentent à l'accueil des urgences, et donc à ré-adresser les cas les moins lourds, notamment aux maisons médicales de garde.

Pourtant, ce besoin de réorientation est réel. Ainsi, selon la Cour des comptes,⁽²⁾ un passage aux urgences sur cinq n'a pas donné lieu à un acte : cela signifie qu'au moins un passage aux urgences sur cinq pourrait être évité.

Dans le rapport d'étape de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, la mission transcrivait plusieurs témoignages d'établissements de santé soulignant les impasses de ce système de financement, à l'image de ce témoignage :

« Nous avons ouvert dans notre hôpital une maison de garde gérée par des pédiatres libéraux. Ça marche du tonnerre, plusieurs milliers d'enfants sont maintenant pris en charge hors des urgences, ce qui est plus confortable pour eux mais aussi pour l'équipe des urgences qui est moins débordée. Le problème, c'est qu'on ne perçoit plus le financement correspondant à ces enfants réorientés, sans pour autant pouvoir réduire nos équipes. Ce qui serait juste, c'est que l'assurance maladie nous reverse une part des économies générées par notre système. Sans quoi nous devons fermer la maison de garde et les enfants devront repasser dans les urgences ».

(1) Forfait pour les 5 000 premiers passages, puis avec des suppléments par tranche de 2 500 passages au-delà de 5 000.

(2) Cour des comptes, « Les urgences hospitalières : une fréquentation croissante, une articulation avec la médecine de ville à repenser », chapitre XII du Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014.

ii. L'idée d'un forfait de réorientation aux urgences a progressivement émergé

À la suite de la mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé, l'idée d'un forfait de réorientation aux urgences a progressivement émergé.

Elle a notamment été formalisée par la commission des affaires sociales du Sénat, dans un rapport intitulé « *Les urgences hospitalières, miroir des dysfonctionnements de notre système de santé* »⁽¹⁾.

Ce rapport fixait trois objectifs à l'évolution du financement des urgences : « *recentrer la prise en charge effectuée par les services d'urgences sur les cas le justifiant médicalement ; inciter à la réorientation vers les prises en charge de ville des patients dont l'état de santé ne justifie pas une prise en charge hospitalière ; mieux prendre en compte les coûts fixes de services par nature soumis à une activité fluctuante* ».

Pour cela, ce rapport proposait :

– de conserver un financement mixte incluant une part de financement à l'activité et une part forfaitaire ;

– de moduler le montant du financement à l'activité en fonction de la gravité des pathologies et de la technicité des actes réalisés, afin d'inciter les services à se concentrer sur la prise en charge des patients classés en CCMU 3, 4 ou 5 ;

– de créer un forfait de réorientation visant à inciter les services à ré-adresser les patients ne nécessitant pas de prise en charge hospitalière vers les acteurs de ville.

b. Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

● La commission des affaires sociales a adopté en première lecture un amendement du rapporteur général créant un « forfait de réorientation » incitant les services d'urgences à réorienter les patients ayant besoin d'une consultation simple vers une consultation de ville, une maison médicale de garde ou une consultation hospitalière spécialisée.

La création de ce forfait a été soutenue par la ministre des solidarités et de la santé lors de la discussion générale sur le texte en commission.

Ce nouveau rôle d'organisation dévolu à l'hôpital matérialise les efforts déjà réalisés par de nombreux établissements pour organiser la meilleure prise en charge possible, en partenariat avec les acteurs de ville.

(1) Rapport d'information n° 685 de Mmes Laurence Cohen, Catherine Génisson et M. René-Paul Savary, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 26 juillet 2017.

Évidemment, il ne pourra pleinement marcher que si des efforts sont parallèlement entrepris pour véritablement organiser les soins non-programmés en ville : c'est notamment l'enjeu des propositions formulées par notre collègue M. Thomas Mesnier dans un rapport remis à la ministre des Solidarités et de la Santé en mai 2018 ⁽¹⁾.

- Suite aux incompréhensions et aux réticences qu'a pu soulever cet amendement, le rapporteur général a proposé en séance publique un sous-amendement, transformant ce dispositif en expérimentation.

- L'article ainsi adopté prévoit qu'à titre expérimental, pour une durée de trois ans, la réorientation d'un patient effectuée par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences peut donner lieu à la facturation, par certains établissements de santé, d'une prestation d'hospitalisation.

Cette prestation sera entièrement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions de désignation des établissements retenus pour y participer ainsi que ses conditions d'évaluation de l'expérimentation en vue d'une éventuelle généralisation.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales (avec des amendements identiques du groupe Communiste républicain citoyen et écologiste, du groupe Socialiste et républicain, et de sénateurs des groupes Les Républicains, Les Indépendants, La République en marche, Rassemblement démocratique et social européen), a choisi de supprimer cet article, avec l'avis défavorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir cet article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

*

* *

(1) Assurer le premier accès aux soins. Organiser les soins non programmés dans les territoires. *Mai 2018.*

Article 29 sexies

Remboursement à l'assurance maladie des actes et séjours réalisés par des établissements non autorisés

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 29 septies

Inscription de l'éducation thérapeutique dans le champ des expérimentations

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : supprimé
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission des affaires sociales, à l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en Marche ⁽¹⁾.

Cet article, dans la continuité de l'article 29 (cf. le commentaire de l'article 29 *supra*), étend le champ des expérimentations pouvant être menées dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018, relatif à l'innovation organisationnelle.

Il prévoit en effet que ces expérimentations peuvent avoir pour objectif de développer la compréhension et la participation active des patients à leur parcours de soins, tant à titre préventif que curatif, notamment *via* l'éducation thérapeutique.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a supprimé cet article, considérant cet amendement déjà satisfait.

3. La position du rapporteur général

Cet article ayant été adopté à l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en marche, le rapporteur général laisse le soin à ses auteurs d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

*

* *

(1) Avec un avis favorable du Gouvernement.

Article 29 octies

Financement par l'assurance maladie de l'école des hautes études en santé publique et du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 30

Simplification de l'exercice libéral à titre accessoire pour les médecins remplaçants

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 31

Étendre l'objet des SISA aux pratiques avancées

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : modifié
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Le présent article fait évoluer le statut des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (SISA) pour permettre aux maisons de santé pluriprofessionnelles de salarier des auxiliaires en pratique avancée.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 ⁽¹⁾ a donné un nouveau rôle aux auxiliaires médicaux, en créant un article L. 4301-1 au sein du code de la santé publique, qui dispose que « *les auxiliaires médicaux peuvent exercer en pratique avancée au sein d'une équipe de soins primaires coordonnée*

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

par le médecin traitant ou au sein d'une équipe de soins en établissements de santé ou en établissements médico-sociaux coordonnée par un médecin ou, enfin, en assistance d'un médecin spécialiste, hors soins primaires, en pratique ambulatoire ».

Les décrets n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée et n° 2018-633 du 18 juillet 2018 relatif au diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée ont enfin permis de concrétiser cette évolution, pour le métier d'infirmier en particulier.

Un diplôme d'État reconnu au niveau master, ouvert aux infirmiers ayant déjà exercé pendant plus de trois ans, sera dispensé sur une durée de deux ans, et une première génération d'infirmiers en pratique avancée sera donc diplômée en 2020.

Destinés à travailler au sein d'une équipe de soins, les infirmiers en pratique avancée auront évidemment toute leur place au sein des lieux d'exercice regroupés que sont les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) et les centres de santé.

Toutefois, ils ne peuvent, dans l'état actuel du droit, exercer au sein des MSP qu'en tant que professionnels libéraux. En effet, contrairement aux centres de santé, au sein desquels les professionnels de santé sont salariés, les maisons de santé regroupent uniquement des professionnels de santé libéraux.

Le présent article permet donc de modifier le statut des SISA afin de permettre aux maisons de santé pluriprofessionnelles de salarier des auxiliaires en pratique avancée.

● La commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté un amendement déposé par M. Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en Marche, ⁽¹⁾ qui prévoit que le ministre en charge de la santé remet au Parlement, avant le 31 décembre 2021, un rapport sur le déploiement des pratiques avancées sur le territoire et sur leur impact en termes d'accès aux soins.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, a adopté un amendement visant à supprimer la demande de rapport sur le déploiement des pratiques avancées.

3. La position du rapporteur général

La disposition supprimée ayant été adoptée à l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en Marche, le rapporteur

(1) Avec l'avis favorable du Gouvernement.

général laisse le soin à ses auteurs d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

*

* *

Article 32

Renforcer l'usage du numérique et le partage d'information pour améliorer la qualité de la prise en charge

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat, avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article supprime l'obligation de certification des logiciels d'aide à la prescription et à la dispensation au niveau national, *via* une procédure établie par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Une jurisprudence récente de la Cour de Justice de l'Union européenne, ⁽¹⁾ confirmée par le Conseil d'État, ⁽²⁾ considère en effet ces logiciels comme des dispositifs médicaux, qui ne peuvent donc se voir imposer que la seule certification « CE ». Aux termes de cet article, cette obligation devient donc une simple possibilité.

Il prévoit également que, pour des actions ciblées autour de la prévention ou de la pertinence des soins, l'assurance maladie peut transmettre aux médecins et aux pharmaciens certaines données de leurs patients.

Il garantit la bonne traçabilité des prescriptions hospitalières, en imposant la double identification personnelle et de la structure pour tous les médecins hospitaliers, qu'ils exercent dans le secteur public ou dans le secteur privé. L'absence de transmission de ces deux numéros pourra donner lieu à une récupération de l'indu auprès de l'établissement, comme c'est déjà le cas pour les établissements publics et privés non lucratifs. Une obligation de reporter ces informations s'imposera également aux pharmaciens.

- À l'exception d'amendements rédactionnels, aucune modification n'a été apportée à cet article par l'Assemblée nationale.

(1) *Affaire C-329/16.*

(2) *Conseil d'État, 1^{ère} chambre, 12/07/2018, 387156.*

2. Les modifications apportées par le Sénat

L'article prévoit aujourd'hui que le pharmacien exécutant l'ordonnance comportant ou devant comporter le numéro personnel du prescripteur et le numéro identifiant la structure est tenu de reporter ces numéros sur les documents transmis à l'assurance maladie. Or, évidemment, le pharmacien ne saurait être tenu responsable de l'absence de report de ces informations par les prescripteurs.

Le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales et un amendement identique du Gouvernement, permettant de distinguer le cas où l'un des numéros ne figure pas sur l'ordonnance du cas où le pharmacien ne remplit simplement pas son obligation de report : le pharmacien devra reporter l'absence de l'un des numéros lorsque celui-ci ne se trouve pas sur l'ordonnance.

- Le Sénat a également adopté un amendement avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement, présenté par Mme Corinne Imbert et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Cet amendement précise que cette mesure relative aux pharmaciens ne prendra effet qu'au 1^{er} janvier 2021.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat, tout en supprimant les dispositions contenues dans l'amendement présenté par Mme Corinne Imbert.

*

* *

Article 32 bis

Prescription dématérialisée des arrêts de travail et simplification des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption ⁽¹⁾ d'un amendement déposé en première lecture, en séance publique, par le Gouvernement.

Il s'agit d'une part d'introduire le principe d'une prescription dématérialisée obligatoire des arrêts de travail et, d'autre part, d'assouplir les conditions d'accès au temps partiel thérapeutique.

a. Prescription dématérialisée obligatoire des arrêts de travail

Le rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales annexé au projet de loi de finances pour 2018 sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières ⁽²⁾ souligne un recours insuffisant au téléservice pour les arrêts de travail en ligne. Selon ce rapport, le taux d'utilisation du formulaire en ligne atteint seulement 22,75 % en 2017 alors que l'objectif fixé par la convention d'objectif et de gestion (COG) 2014-2017 fixait un taux d'utilisation de 50 % en 2016.

Le **1°** du **I** modifie l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale relatif à la transmission électronique des documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail. Le **a)** complète ainsi le I de l'article pour prévoir que « *les arrêts de travail sont prescrits de manière dématérialisée, via un service mis à disposition des professionnels de santé par les organismes d'assurance maladie* ». Le **b)** est une disposition de coordination.

Le **II** prévoit une entrée en vigueur au plus tard le 31 décembre 2021 à des dates fixées, selon les prescripteurs, définies par conventions nationales d'assurance maladie. Il est prévu que si la convention n'a pas fixé un calendrier d'entrée en vigueur avant le 30 juin 2019, un arrêté ministériel y procédera dans un délai de deux mois.

Le **III** prévoit que les ministres chargés de la sécurité sociale arrêtent les dates, qui ne peuvent être postérieures au 31 décembre 2021, auxquelles les organismes d'assurance maladie, autres que le régime général et le régime agricole, sont tenus de mettre à disposition des prescripteurs le service leur permettant de prescrire les arrêts de travail de manière dématérialisée.

L'exposé de motifs de l'amendement précise bien « *qu'il est prévu d'appliquer progressivement cette nouvelle disposition afin de tenir compte de l'équipement nécessaire aux professionnels de santé pour répondre à cette obligation.* » Les prescriptions hospitalières sont hors du champ de la mesure.

(1) Avec avis favorable du rapporteur général à titre personnel, la commission n'ayant pu se prononcer sur l'amendement.

(2) IGF n° 2017-M-009 et IGAS n° 2017-006R

b. Assouplissement des conditions d'accès au temps partiel thérapeutique

L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles un salarié peut reprendre une activité à temps partiel pour motif thérapeutique afin de réintégrer progressivement son activité professionnelle. Sauf exception, notamment en cas d'affection longue durée, la reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique doit être immédiatement et obligatoirement précédée de l'indemnisation d'un arrêt de travail à temps complet.

Le 2° du I modifie l'article L. 323-3 pour supprimer la condition préalable d'une indemnisation d'un arrêt maladie à temps complet pour l'accès au temps partiel pour motif thérapeutique et pour simplifier les règles de calcul de l'indemnité et de sa durée de versement.

Désormais, l'assuré pourra se voir prescrire directement un temps partiel pour motif thérapeutique dès lors que le maintien au travail ou la reprise du travail et le travail effectué sont reconnus comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé de l'assuré ou que l'assuré doit faire l'objet d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

2. Les modifications apportées par le Sénat

À l'initiative de Mme Véronique Guillotin et de plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement Démocratique et Social Européen, le Sénat a adopté un amendement précisant que ces conventions définissent également les situations dans lesquelles la dématérialisation des arrêts de travail ne peut s'appliquer. Cet amendement a reçu un avis de sagesse de la commission des affaires sociales et du Gouvernement.

Le Sénat a également adopté un amendement de coordination à cet article, à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 33

Une santé sans frais en optique, aides auditives et prothèses dentaires

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

Sort au Sénat : modifié

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

a. La mise en place du reste à charge zéro pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale

L'article 33 permet à tous les assurés d'accéder à un panier de soins sans reste à charge dans trois domaines : l'optique, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires.

Ces trois secteurs se caractérisent aujourd'hui par des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire particulièrement élevés, qui représentent 22 % de la dépense en optique, 25 % en soins prothétiques dentaires et atteignent 56 % pour les aides auditives.

i. Une large concertation menée avec succès avec les professionnels de chaque secteur

Une phase de concertation visant à préparer la réforme du « reste à charge zéro » a été lancée en janvier 2018 au sein de chacun des trois secteurs (optique, dentaire, audioprothèses). Les négociations, qui ont associé l'ensemble des parties prenantes, ont abouti à la signature d'accords en juin 2018 ⁽¹⁾.

Chaque accord a donné lieu à la définition d'un panier d'équipements dits « 100 % santé », qui doivent faire l'objet d'une prise en charge intégrale par les assurances maladies obligatoire et complémentaire d'ici 2021.

ii. La mise en œuvre du reste à charge zéro sur les équipements du panier « 100 % santé »

Les soins et équipements du panier « 100 % santé » seront accessibles à tous les assurés grâce à un triple mécanisme :

(1) Convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie, signée le 21 juin 2018 et approuvée par l'arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie ; protocole d'accord signé par deux des trois syndicats d'opticiens, représentant plus de 80 % de la profession, le 13 juin 2018 ; protocole d'accord signé par l'ensemble des syndicats d'audioprothésistes le 13 juin 2018.

- *Le relèvement des bases de remboursement de la sécurité sociale*

L'article 33 prévoit que certains produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPP) ont vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée. Ainsi, le tarif de responsabilité (ou base de remboursement de la sécurité sociale) des appareils auditifs du panier « 100 % santé » doit être progressivement doublé pour passer de 200 euros en 2018 à 400 euros en 2021. S'agissant de l'optique, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, en moyenne très faible (4 % du coût total des équipements facturé), serait concentrée sur les équipements du panier « 100 % santé » pour être portée à 18 % du tarif des équipements. En contrepartie, il est prévu que le tarif de responsabilité des produits ou prestations n'appartenant pas au panier « 100 % santé » soit fixé à un niveau inférieur, par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale (et non pas par convention entre le fabricant ou le distributeur et le comité économique des produits de santé (CEPS), qui reste la procédure de droit commun de fixation des tarifs).

Concernant le secteur dentaire, une revalorisation de la base de remboursement de certains soins prothétiques dentaires, notamment les couronnes céramo-métalliques et les couronnes métalliques, est prévue.

- *La fixation de prix limites de vente*

Les accords conclus en juin 2018 dans les trois secteurs concernés par la mise en œuvre du reste à charge zéro ont permis de définir des tarifs maximum pour les produits du panier « 100 % santé ».

Ainsi, les tarifs des aides auditives seront plafonnés à compter du 1^{er} janvier 2019 et progressivement réduits. Concernant l'optique, le tarif maximal des lunettes du panier « 100 % santé » sera de 105 euros, dont 30 euros de monture, à compter du 1^{er} janvier 2020. Enfin, les tarifs des prothèses dentaires seront progressivement plafonnés (à partir du 1^{er} janvier 2020 pour certaines couronnes et bridges, puis à compter du 1^{er} janvier 2021 pour les autres prothèses, notamment amovibles).

- *La couverture obligatoire du reste à charge par les contrats de complémentaires santé responsables*

Le présent article prévoit que les contrats de complémentaires santé responsables couvrent les frais en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale du panier « 100 % santé ».

Les dispositions relatives au cahier des charges des contrats responsables doivent être modifiées par un décret dont la publication est prévue au plus tard en janvier 2019, de manière à laisser un délai d'un an aux organismes

complémentaires pour adapter le contenu de leurs contrats, qui devront couvrir le panier « 100 % santé » à compter du 1^{er} janvier 2020.

iii. Des garanties pour une mise en œuvre effective du reste à charge zéro

- *L'obligation de proposer et de disposer d'une offre sans reste à charge, figurant dans le devis fourni au patient*

Le présent article prévoit que les fabricants et les distributeurs de produits d'optique, de prothèses auditives ou dentaires disposent d'une offre sans reste à charge, qui doit être systématiquement proposée à l'assuré. Le devis remis au patient devra obligatoirement comporter au moins un équipement appartenant au panier « 100 % santé ».

- *Un dispositif de suivi et d'évaluation de la qualité de la prise en charge*

Le présent article met en place une évaluation et un suivi de la qualité de la prise en charge des assurés et des produits qui leur sont proposés. Le dispositif d'évaluation s'assurera notamment de la mise en œuvre conforme des modalités de prise en charge et de distribution des produits ou prestations, notamment au regard des exigences relatives à l'obligation, pour les fabricants ou pour les distributeurs, de proposer et de disposer de produits ou prestations du panier « 100 % santé ». La satisfaction des patients doit également être évaluée.

Par ailleurs, le distributeur qui n'entend pas disposer de produits figurant dans le panier « 100 % santé » doit en informer les assurés. Dès lors qu'il fait ce choix, l'ensemble des produits et prestations qu'il distribue ne peuvent alors être admis au remboursement.

- *Des sanctions en cas de non-respect des dispositions relatives au reste à charge zéro*

Le présent article prévoit la mise en place de pénalités financières en cas de non-respect, par les fabricants ou les distributeurs, des dispositions relatives au reste à charge zéro.

iv. Entrée en vigueur

L'accès à un panier de soins pris en charge à 100 % par les assurances maladies obligatoire et complémentaire dans les domaines dentaire, de l'optique et de l'audiologie doit être mis en place entre le 1^{er} janvier 2019 et le 1^{er} janvier 2021.

b. L'amélioration du dispositif de prévention bucco-dentaire

Plusieurs examens bucco-dentaires obligatoires de prévention sont aujourd'hui prévus : à six, neuf, douze, quinze, dix-huit, vingt-et-un et vingt-quatre ans.

L'article 33 instaure un nouvel examen bucco-dentaire obligatoire à l'âge de trois ans. Ce nouvel examen, mis en place dès le 1^{er} janvier 2019, doit bénéficier d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie et de la dispense d'avance de frais, comme cela est déjà le cas pour les sept autres examens déjà prévus par la loi.

*

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général, avec un avis favorable du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat

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

- Il a tout d'abord adopté, malgré une demande de retrait du Gouvernement, un amendement tendant, d'une part, à plafonner le montant des sanctions prévu en cas de non-respect par les fabricants ou distributeurs des obligations instituées par le présent article pour la mise en œuvre des offres « 100% santé ». Ainsi, alors que le dispositif initial fixait le montant maximal de la sanction financière à 5 % du chiffre d'affaires hors taxe total réalisé en France, l'amendement précise que ce montant ne peut excéder 10 000 euros. Cet amendement tend, d'autre part, à supprimer totalement la sanction financière en cas de non-respect du dispositif d'évaluation et des règles en matière de présentation des devis.

- Le Sénat a également adopté, avec un avis défavorable du Gouvernement, un amendement visant à supprimer la possibilité ouverte aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de fixer unilatéralement les tarifs de responsabilité des produits et prestations n'appartenant pas au panier « 100 % santé ». Cette dérogation concernait seulement les équipements d'optique.

- Enfin, un amendement demandant l'établissement d'un bilan de la mise en place des offres à prise en charge renforcée en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'aides auditives, présentant l'équilibre financier de cette réforme et son impact en termes d'accès aux soins, a été adopté, malgré un avis défavorable du Gouvernement. Ce bilan doit être remis au Parlement par le Gouvernement avant le 1^{er} janvier 2022.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 33 dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, pour les raisons suivantes :

- Tout d'abord, la suppression des sanctions en cas de non-respect, par les fabricants ou les distributeurs, des obligations prévues par l'article 33 pourrait

remettre en cause la mise en place de la réforme du « 100 % santé ». Les produits et prestations sans reste à charge doivent figurer dans les devis des professionnels, sans quoi les Français ne pourraient y accéder. L'existence de sanctions garantit l'application effective de la réforme.

- Par ailleurs, la disposition dérogatoire consistant à permettre la fixation par arrêté ministériel des tarifs des équipements d'optique qui ne figurent pas dans le panier « 100 % santé » paraît justifiée, tant les bases de remboursement par la sécurité sociale de ces équipements sont faibles. Il convient néanmoins de rappeler que la négociation conventionnelle reste bien la procédure de droit commun.

- Enfin, l'amendement relatif à l'établissement d'un bilan de la réforme du « 100 % santé » d'ici 2022 est satisfait. Un suivi de la réforme est déjà prévu par l'article 33, qui met en place une évaluation de la qualité de la prise en charge des assurés et des produits du panier « 100% santé ». Un comité de suivi réunissant la totalité des acteurs concernés par la réforme sera par ailleurs créé avant la fin de l'année 2018. Comme l'a indiqué la ministre en séance publique, ce comité, qui se réunira le 18 décembre prochain, devra rendre un rapport tous les deux ans.

*

* *

Article 33 bis

Possibilité pour les étudiants auxiliaires médicaux de réaliser un stage d'études chez un auxiliaire médical libéral

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, de trois amendements identiques de Mme Brigitte Micouleau et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de Mme Martine Berthet et également plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, et de M. Yves Daudigny et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste et Républicain.

Il vise à permettre aux élèves et étudiants auxiliaires médicaux de réaliser des stages chez des auxiliaires médicaux libéraux.

En l'état du droit, l'article L. 4381-1 du code de la santé publique prévoit que les auxiliaires médicaux concourent à la formation initiale des étudiants et

élèves auxiliaires médicaux. Ils peuvent à ce titre accueillir ces étudiants et ces élèves en formation pour des stages à finalité pédagogique.

Toutefois, l'article L. 4381-1 précise que « *la réalisation de ces stages ne peut avoir pour objet ou pour effet d'accroître l'activité rémunérée de ces praticiens* ». De ce fait, seuls des stages réalisés auprès d'auxiliaires médicaux salariés peuvent être réalisés. En supprimant cette condition, le présent article additionnel tend à lever l'interdiction faite aux praticiens libéraux d'accroître leur activité rémunérée du fait de la présence d'un stagiaire, qui effectue nécessairement certaines tâches à la place de son formateur.

Il convient de préciser que cet article concernerait l'ensemble des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures, orthophonistes, orthoptistes...), et non pas seulement les orthoptistes, seule profession mentionnée dans les exposés sommaires des trois amendements adoptés.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur propose d'adopter cet article sans modification. Il contribuera à accroître les possibilités de stage des élèves et des étudiants auxiliaires médicaux et à mieux faire connaître l'exercice libéral de la profession.

*

* *

TITRE II AMÉLIORER LA COUVERTURE DES BESOINS DE SANTÉ

CHAPITRE I^{ER}

Lever les obstacles financiers à l'accès aux droits et aux soins

Article 34

Amélioration du recours aux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Outre seize amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements (dont trois identiques) à cet article.

a. L'extension de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes aujourd'hui éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

Il existe aujourd'hui deux dispositifs d'aide à l'accès à une assurance complémentaire en matière de santé :

– La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une protection complémentaire santé gratuite bénéficiant à 5,52 millions de personnes en 2017. Le plafond annuel de ressources pour en bénéficier s'élève à 8 810 euros pour une personne seule et à 13 215 euros pour deux personnes.

– L'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire de santé (ACS), destinée aux personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs au plafond permettant de bénéficier de la CMU-C ⁽¹⁾. L'ACS se présente sous la forme d'une attestation ou « chèque santé » ouvrant droit à une réduction de cotisations lors de la souscription de l'un des onze contrats de protection complémentaire homologués. 1,58 million de personnes ont reçu une attestation ACS en 2017.

L'ACS se caractérise à la fois par un faible taux de recours (environ 55 % des personnes éligibles ne recourent pas au dispositif, taux qui atteint 65 % si l'on tient compte des 23 % de personnes qui n'utilisent pas leur attestation pour adhérer à un contrat de complémentaire santé) et des restes à charge qui demeurent élevés, en particulier pour les personnes âgées, dans la mesure où le prix des contrats augmente significativement avec l'âge, alors que le montant de l'ACS reste stable après soixante ans.

i. L'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes, le présent article vise à étendre le bénéfice de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS. Pourront ainsi désormais bénéficier de la CMU-C :

– sans contrepartie financière, les actuels bénéficiaires de la CMU-C ;

– sous réserve d'acquitter une participation financière, les personnes qui sont aujourd'hui éligibles à l'ACS (i.e : dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %).

ii. Une participation financière limitée et une prise en charge renforcée pour les futurs bénéficiaires de la CMU-C

● *Une participation financière réduite*

L'article 34 prévoit que le montant de la participation financière, fixé par arrêté, varie selon l'âge du bénéficiaire. Il ne pourra pas excéder 30 euros par mois.

(1) Le plafond annuel de ressources pour bénéficier de l'ACS est égal à celui de la CMU-C majoré de 35 %, soit 11 894 euros pour une personne seule et 17 840 euros pour deux personnes.

Un amendement du Gouvernement, adopté en séance publique par l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, permet d'adapter le montant de cette participation financière pour les assurés relevant des régimes locaux d'Alsace-Moselle. En effet, la part prise en charge par la future CMU-C étendue sera réduite par rapport au reste du territoire national, en raison de l'application du régime d'assurance complémentaire obligatoire local. L'objectif de cet amendement est donc d'éviter que les personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS et affiliées à ce régime local ne supportent doublement les frais liés à leur couverture complémentaire, à travers leurs cotisations au régime local d'une part et leur participation financière à la CMU-C d'autre part.

Un dispositif de sanctions à l'encontre des assurés qui ne s'acquitteraient pas de leur participation financière est également prévu :

– Le texte initial prévoyait ainsi la suspension du remboursement par l'assurance complémentaire des produits et des prestations de santé, ainsi que l'application d'une majoration forfaitaire de retard.

– En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, avec un avis favorable de la commission des affaires sociales et un avis de sagesse du Gouvernement, trois amendements identiques de M. Pierre Dharréville et des membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine (GDR), de M. Gilles Lurton et de plusieurs membres du groupe Les Républicains (LR), et de M. Joël Aviragnet et de plusieurs membres du groupe Socialistes et apparentés, visant à supprimer la majoration forfaitaire de retard en cas d'absence de paiement de la participation financière des bénéficiaires de la CMU-C étendue.

- *Une meilleure prise en charge*

La mise en place de la CMU-C étendue se traduira également par une amélioration de la situation des personnes nouvellement éligibles, qui bénéficieront notamment de la prise en charge du ticket modérateur, y compris pour les médicaments remboursés à 15 %, du forfait journalier en établissement médico-social sans limite de durée, et de la prise en charge intégrale d'un certain nombre de dispositifs médicaux.

iii. Le choix de l'organisme gestionnaire

Pour la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la future protection complémentaire pourront choisir, comme c'est déjà le cas pour les bénéficiaires actuels de la CMU-C, entre leur organisme d'assurance maladie d'affiliation et un organisme complémentaire (mutuelle, assurance, institut de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer cette assurance complémentaire.

(1) Avec un avis favorable de la commission des affaires sociales.

iv. Le suivi de la réforme et de ses bénéficiaires

L'article 34 prévoit que le fonds de financement de la CMU-C établit un rapport faisant apparaître notamment le nombre et l'âge des bénéficiaires de la CMU-C étendue, l'évolution du montant des participations financières versées par les bénéficiaires de cette couverture, ainsi que l'évolution du montant des cotisations d'assurance maladie complémentaire. Ce rapport, qui sera rendu public, doit être remis chaque année avant le 15 novembre au Parlement.

b. Le renouvellement automatique de la CMU-C pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA)

Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) bénéficient de plein droit de la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). De fait, pour une personne seule, le RSA s'élève à 550,93 euros par mois au 1^{er} avril 2018, alors que le plafond mensuel de ressources pour bénéficier de la CMU-C est de 734 euros.

Le présent article propose d'instaurer un renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA, qui n'auraient ainsi plus à effectuer chaque année une demande en ce sens.

c. L'adaptation de la prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger

L'article 34 modifie les conditions de prise en charge des frais de santé des personnes titulaires d'une pension française et résidant à l'étranger, lors de leur séjour temporaire en France, en distinguant deux cas de figure :

– lorsque ces personnes relèvent d'un règlement européen ou d'une convention internationale, elles bénéficient d'une prise en charge dès lors que ce règlement ou cette convention attribue à la France la charge d'assurer exclusivement leur couverture en cas de maladie ;

– lorsqu'elles ne relèvent d'aucun de ces règlements ou conventions, il est proposé de conditionner le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé au fait que la pension française de l'assuré rémunère une durée d'assurance supérieure ou égale à quinze années.

Cet article permet par ailleurs aux enfants mineurs n'exerçant pas d'activité professionnelle et étant à la charge de ces pensionnés de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé lors de leurs séjours temporaires en France.

d. Entrées en vigueur

L'entrée en vigueur de l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires actuels de l'ACS interviendrait le 1^{er} novembre 2019.

Le renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA est prévu à compter du 1^{er} avril 2019.

Enfin, les dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé des pensionnés résidant à l'étranger entreraient en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance publique, le Sénat a adopté quatre amendements rédactionnels de sa commission des affaires sociales, avec un avis favorable du Gouvernement.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 35

Exonération du ticket modérateur sur les soins de ville pour les personnes modestes à Mayotte

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 36

Gestion et financement des dispositifs de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article vise à améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des victimes en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, comme une épidémie. Il permet de déroger, par voie réglementaire, aux règles de prise en charge des frais de santé par les assurés ou aux conditions de versement de prestations sociales en espèces.

L'objectif recherché est de neutraliser les restes à charge ou les pertes de rémunération engendrés par les circonstances exceptionnelles pouvant dissuader l'assuré de recourir aux actes nécessaires non seulement à son état de santé, mais aussi à la préservation de la santé publique.

• Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale moyennant un amendement rédactionnel du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement de coordination à cet article.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 36 bis

Conditions d'ouverture du droit à une pension d'invalidité pour les victimes de terrorisme

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

CHAPITRE II

Renforcer la prévention

Article 37

Modification du calendrier des examens de santé obligatoires des jeunes de moins de dix-huit ans

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 38

Création d'un fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article vise à créer un nouveau fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, géré par la Caisse nationale d'assurance maladie, se substituant au fonds de lutte contre le tabagisme.

La création de ce fonds s'inscrit dans le cadre du plan « Priorité Prévention » de la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et traduit la volonté du Gouvernement de renforcer la transversalité de la politique de prévention. Il a pour but de donner des moyens et de favoriser des actions coordonnées consacrées à la prévention et à la lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives. Il ne se substituera pas pour autant à d'autres actions dans le même domaine qui bénéficieraient d'autres sources de financement.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, un amendement du Gouvernement visant à identifier, au sein du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, une section spécifique retraçant les actions à destination de l'outre-mer.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Gouvernement a fait adopter en séance au Sénat un amendement tirant la conséquence de l'amendement adopté à son initiative à l'Assemblée nationale. Cet amendement prévoit que dans l'arrêté annuel du fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives, les actions à destination de la section outre-mer du fonds soient spécifiquement identifiées.

Le Sénat a également adopté un amendement de coordination, à l'initiative de sa commission des affaires sociales.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général regrette simplement que les deux amendements du Gouvernement sur cet article n'aient pas été déposés en même temps à l'Assemblée nationale, ce qui aurait permis son adoption conforme. Il propose toutefois d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 38 bis

Rapport au Parlement sur les dépenses de prévention des addictions

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

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption ⁽¹⁾ d'un amendement de la commission des affaires sociales, ⁽²⁾ déposé en première lecture, en séance publique.

Il prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement relatif aux dépenses de prévention des addictions afin d'évaluer l'efficacité des dépenses.

Ce rapport devra mettre en avant l'articulation entre les dépenses de prévention et l'évolution des conduites addictives liées à ces pratiques et les coûts engendrés par celles-ci.

Ce rapport devra être remis au plus tard le 1^{er} juin 2018.

2. Les modifications apportées par le Sénat

S'opposant avec constance à la demande de rapports au Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article.

3. La position du rapporteur général

Cet article ayant été adopté en première lecture à l'initiative de M. Thomas Mesnier et des membres du groupe La République en marche, le rapporteur général laisse le soin à ses auteurs, s'ils le souhaitent, d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

*

* *

(1) Amendement ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement

(2) A l'initiative du groupe La République en Marche.

Article 39

Généralisation de l'expérimentation portant sur la vaccination antigrippale par les pharmaciens

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 39 bis

Soutien au développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption en séance publique déposée par M. Jean-Louis Touraine et plusieurs de ses collègues.⁽¹⁾

Dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, il permettait à l'État d'autoriser à titre expérimental, pour une durée de trois ans, dans les régions Grand Est et Auvergne Rhône Alpes, la prise en charge des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques professionnelles pour le développement de la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains chez les jeunes filles et les garçons.

Un décret en Conseil d'État devra préciser les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, et un arrêté le cahier des charges définissant le contenu de chaque projet. La liste des territoires concernés sera arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis des Agences régionales de santé concernées.

Un rapport d'évaluation devra être transmis au Parlement au terme de l'expérimentation.

(1) Avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, ⁽¹⁾ un amendement enrichissant la rédaction de cet article :

– il précise la nature des actions pouvant bénéficier de ce financement, c'est-à-dire les actions de formation et de sensibilisation des professionnels de santé et des campagnes d'information au sein des établissements de santé et des centres médico-sociaux scolaires, et met en avant le rôle des médecins et infirmiers de l'éducation nationale et les services de santé scolaire ;

– il supprime la référence faite aux régions Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes, pour une référence plus large à deux régions pilotes, qui seront définies par arrêté.

3. La position du rapporteur général

La vaccination contre les infections au papillomavirus est un sujet majeur.

N'oublions pas qu'en France, le taux de couverture vaccinale est l'un d'un des plus bas en Europe : moins de 20 % de la population cible est vaccinée, alors que le Plan Cancer 2014-2019 fixe un objectif de 60 %. Pourtant, chaque année, en France, on compte environ 3 000 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et plus de 1 000 décès, tous attribuables à certains papillomavirus.

Les modifications apportées à cet article par le Sénat permettent de préciser utilement sa portée, et le rapporteur général propose donc de maintenir l'article dans cette rédaction.

*

* *

Article 39 ter

Soutien au développement de la vaccination des professionnels de santé contre la grippe

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

(1) Avec un avis de sagesse du Gouvernement.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance d'un amendement de M. Michel Amiel et des membres du groupe La République en Marche, avec avis de sagesse de la commission et avis défavorable du Gouvernement.

Le **I** de cet article prévoit l'expérimentation, pour une durée de trois ans, dans les régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte-D'azur, du financement, par le fonds d'intervention régional, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des personnels des établissements de santé ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Le **II** précise qu'un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation.

Le **III** précise qu'un rapport d'évaluation doit être réalisé au terme de l'expérimentation et faire l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose le maintien de cet article, laissant au Gouvernement, s'il le souhaite, le soin de proposer sa modification ou sa suppression en séance.

*

* *

Article 39 quater

Soutien au développement de la vaccination des enfants contre la grippe

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance d'un amendement de M. Michel Amiel et des membres du groupe La République en Marche, avec avis de sagesse de la commission et avis défavorable du Gouvernement.

Le **I** de cet article prévoit l'expérimentation, pour une durée de trois ans, dans les régions Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte-D'azur, du

financement, par le fonds d'intervention régional, des frais occasionnés par l'amélioration des pratiques des professionnels et établissements de santé pour le développement de la vaccination obligatoire contre la grippe des enfants.

Le **II** précise qu'un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations, notamment les caractéristiques du projet à présenter dans chaque région, ainsi que les conditions d'évaluation de l'expérimentation.

Le **III** précise qu'un rapport d'évaluation doit être réalisé au terme de l'expérimentation et faire l'objet d'une transmission au Parlement par le Gouvernement.

2. La position du rapporteur général

Aujourd'hui, la vaccination des enfants contre la grippe n'est recommandée que dans le cas où ils sont porteurs de certaines maladies.

Le rapporteur général propose donc la suppression de cet article.

*

* *

CHAPITRE III **Améliorer les prises en charge**

Article 40

Prise en charge de l'intervention précoce pour l'autisme et les troubles du neuro-développement

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

Sort au Sénat : modifié

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article vise à créer une nouvelle prestation, prise en charge entièrement par l'assurance maladie, à destination des enfants présentant des troubles du neuro-développement pour assurer leur accompagnement avant même la réalisation d'un diagnostic.

Il s'agit, d'une part, de ne plus conditionner l'accès aux interventions précoces à la réalisation préalable d'un diagnostic, et d'autre part, de garantir la

prise en charge financière de la prestation par l'assurance-maladie afin d'assurer à un égal accès de tous à cette nouvelle offre de soins sans reste à charge.

Cette prestation, sous la forme d'un parcours de soins coordonnés, devra être organisée par des structures dites de deuxième ligne médico-sociales ou sanitaires identifiées par l'agence régionale de santé (ARS) lesquelles recevront un « forfait de bilan et intervention précoce ». Les bilans et interventions précoces pourront également être réalisés par des professionnels de santé exerçant en libéral, comme des psychomotriciens, ergothérapeutes ou psychologues, ayant conclu un contrat avec les structures précitées.

La mesure s'inscrit dans le cadre du déploiement de la stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022.

- Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale moyennant deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat

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

- un amendement précisant que les examens de santé obligatoires des jeunes sont effectués conformément aux recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; ⁽¹⁾

- un amendement rendant obligatoire la conclusion d'un contrat entre les professionnels de santé libéraux intervenant dans le parcours et la structure chargée de la coordination du parcours. À l'inverse, l'amendement rend facultative la disposition précisant que lorsque ces contrats sont conclus avec des psychomotriciens, des ergothérapeutes et des psychologues, qui ne peuvent pas être conventionnés avec l'assurance maladie, ces contrats prévoient les modalités de rémunération de ces professionnels.

Il a également adopté un amendement de M. Philippe Mouiller et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Cet amendement tire les conséquences du récent rapport d'information de M. Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales, publié en octobre 2018, et intitulé « *Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive* ». Ce rapport souligne notamment que « *la rédaction de l'article R. 314-26 du CASF [permet] à certaines CPAM de financer, au titre du forfait global versé à la structure, des interventions de psychologues, d'ergothérapeutes et de psychomotriciens, alors que d'autres s'y [refusent]. La prise en charge de ce type de soins est d'autant plus labile qu'il peut être différemment interprété comme*

(1) Avec un avis de sagesse du Gouvernement.

frais médical, paramédical ou de prévention, la couverture financière variant selon la qualification ».

Cet amendement précise donc que le périmètre des dépenses couvertes par la tarification, notamment médicales et paramédicales, doit être précisé par décret en Conseil d'État.

3. La position du rapporteur général

Si le manque de formation ou d'action à la sensibilisation au repérage des premiers signes de l'autisme reste bien sûr un frein à l'amélioration de l'alerte et du repérage précoce, il n'est pas nécessaire de préciser dans la loi que les examens de santé obligatoires des jeunes sont effectués conformément aux recommandations de la HAS.⁽¹⁾

De plus, la conclusion d'un contrat avec la structure n'est pas nécessaire pour tous les professionnels intervenant dans le parcours, notamment pour ceux dont les prestations sont déjà remboursées par l'assurance maladie. Par ailleurs, l'amendement du Sénat vise le cas où « *l'ergothérapeute ou le psychomotricien est déjà financé par le forfait global versé au CAMSP [Centre d'Action Médico-Social Précoce] ou au CMPP [Centres Médico Psycho Pédagogiques], et ne nécessite donc pas par ailleurs de prise en charge de ses prestations par l'assurance maladie* ». Or, ces contrats ne sont pas destinés aux professionnels salariés de ces structures, dont les prestations sont en effet déjà financées par le forfait global, mais bien aux professionnels libéraux pouvant intervenir dans ce parcours : il faut s'assurer que les prestations de ces derniers dans le cadre du parcours pourront bien être prises en charge.

Enfin, en ce qui concerne les dispositions issues de l'amendement présenté par M. Philippe Mouiller, il soulève un vrai sujet, sur lequel des travaux sont en cours entre le ministère et l'assurance maladie. Toutefois, la rédaction adoptée par le Sénat est satisfaite, puisqu'un décret précise déjà le périmètre des dépenses (article R. 314-26 du code de l'action sociale et des familles). C'est bien ce décret qu'il faut modifier et préciser pour répondre aux difficultés rencontrées sur le terrain.

Le rapporteur général propose donc de rétablir la version du texte adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

(1) *L'étude d'impact annexée au projet de loi rappelle notamment que « Le ministère des Solidarités et de la santé a publié les nouveaux modèles du carnet et des certificats de santé de l'enfant. Ils sont entrés en vigueur le 1er avril 2018. Ils ont été mis à jour sur la base des recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), afin de tenir compte des avancées scientifiques et des attentes des professionnels de santé et des familles. Cette nouvelle version a introduit des modifications dans les repères proposés aux parents et aux professionnels à différents âges du développement psychomoteur de l'enfant, notamment lors des visites obligatoires à 9 mois et 24 mois. Des actions d'information ont d'ores et déjà été réalisées auprès des professionnels de santé pour faire connaître les évolutions apportées par ces nouveaux modèles. Ces actions d'information et de sensibilisation seront renforcées et centrées notamment sur le bon renseignement des items en lien avec les troubles du neuro-développement ».*

*

* *

Article 40 bis

Expérimentation d'un conventionnement entre les différentes autorités tarifaires des structures cofinancées afin d'organiser la délégation de la compétence tarifaire au profit de l'une d'entre elles

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

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance au Sénat d'un amendement à l'initiative de M. Philippe Mouiller et de plusieurs de ses collègues Les Républicains, avec l'avis favorable de la commission et avec l'avis défavorable du Gouvernement.

Comme le souligne le récent rapport d'information de M. Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales, publié en octobre 2018, et intitulé « *Repenser le financement du handicap pour accompagner la société inclusive* », certaines structures du champ médico-social du handicap, sont aujourd'hui cofinancées par l'Agence régionale de Santé (ARS) et par le conseil départemental. Ces structures sont essentiellement :

– les foyers d'accueil médicalisé (FAM) et les services d'accompagnement médico-social des adultes handicapés (SMSAH), financés par l'ARS par une dotation au titre des dépenses de soins et par le conseil départemental par un prix de journée ;

– les CAMSP, financés à 80 % par une dotation de l'ARS et à 20 % par le conseil départemental.

Le présent article propose qu'à titre expérimental, les autorités tarifaires puissent décider, par convention signée entre elles, d'organiser la délégation de la compétence de détermination et de modification des tarifs attribués auxdits établissements et services. La durée de l'expérimentation serait définie par décret.

La convention déterminerait les conditions et modalités de la tarification des établissements et services concernés, en choisissant entre de prix de journée, tarifs de prestations ou forfaits journaliers, forfaits annuels ou de dotations globales.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de maintenir cet article adopté par le Sénat.

● Pour s'assurer que cet article ne sera pas censuré par le Conseil constitutionnel, il est toutefois nécessaire de le modifier.

En effet, pour mémoire, l'article 37-1 de la Constitution dispose que « *La loi et le règlement peuvent comporter, pour un objet et une durée limités, des dispositions à caractère expérimental* ». Le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 93-322 DC du 28 juillet 1993, a par ailleurs considéré qu'il incombe au législateur « *de définir précisément la nature et la portée de ces expérimentations, les cas dans lesquels celles-ci peuvent être entreprises, les conditions et les procédures selon lesquelles elles doivent faire l'objet d'une évaluation conduisant à leur maintien, à leur modification, à leur généralisation ou à leur abandon* ».

La rédaction du présent article, qui laisse au pouvoir réglementaire le soin de définir la durée de cette expérimentation, est donc trop imprécise au regard de ces dispositions.

● Par ailleurs, le dernier alinéa de cet article précise que les établissements et services mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1, dont les FAM et les SMSAH, doivent être signataires d'un contrat pluriannuel d'objectifs et des moyens (CPOM), dans le cas où l'autorité délégataire désignée est le directeur général de l'agence régionale de santé. Cela implique que cela ne serait pas le cas si c'est le conseil départemental qui est désigné comme autorité tarifaire, ce qui constituerait un retour en arrière.

*

* *

Article 41

Accélération de la convergence tarifaire des forfaits soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article vise à raccourcir de deux ans la période de transition pour la convergence tarifaire du seul forfait « soins » en modifiant l'article 58 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement portant sur la réforme de la tarification des EHPAD.

L'objectif poursuivi avec l'accélération de la convergence tarifaire du forfait « soins » est d'accroître les recettes des établissements pour renforcer plus rapidement les équipes soignantes.

- Cet article a été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté un amendement de la commission des affaires sociales et de Mme Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

- Cet amendement, qui a reçu un avis défavorable du Gouvernement, donne un pouvoir général de prescription aux médecins coordonnateurs en EHPAD, sans que ce dernier se substitue à celui du médecin traitant.

Il précise également que dans le cas où le médecin coordonnateur de l'EHPAD intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant, des conditions particulières d'exercice peuvent être mises en œuvre, notamment en ce qui concerne le mode de rémunération.

- Pour mémoire, le droit de prescription des médecins coordonnateurs est aujourd'hui très limité – ce droit n'est d'ailleurs reconnu qu'au niveau réglementaire et ne fait l'objet d'aucune disposition législative.

Les médecins coordonnateurs ne peuvent ainsi effectuer des prescriptions médicales pour les résidents de l'établissement au sein duquel ils exercent leurs fonctions qu'« *en cas de situation d'urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs nécessitant une organisation adaptée des soins* ».

Cette proposition était déjà contenue dans plusieurs rapports parlementaires, ainsi que dans le rapport remis au Gouvernement en avril 2018 par M. Pierre Ricordeau suite à sa mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 41 bis

Imposer la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens pour les structures de la prévention et des soins en addictologie ainsi que les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisé

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption en séance au Sénat d'un amendement l'initiative de M. Philippe Mouiller et de plusieurs de ses collègues Les Républicains, avec l'avis défavorable du Gouvernement ⁽¹⁾.

Il a pour objet d'intégrer les structures de la prévention et des soins en addictologie ainsi que les lits halte soins santé et les lits d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes vulnérables sans domicile fixe, dans le champ de l'obligation de la contractualisation d'un contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de Santé (ARS). Pour ces établissements, la contractualisation est aujourd'hui seulement facultative, dans le cadre de l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

2. La position du rapporteur général

La mise en œuvre de cet article, adopté sans aucune concertation préalable avec le secteur concerné, poserait de nombreux problèmes.

En effet, en application des articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, les ARS doivent déjà mettre en place 8 600 CPOM obligatoires d'ici 2021. Leur imposer la signature de nouveaux CPOM sur cette période risquerait de les mettre en difficulté.

La conclusion d'un CPOM obligatoire implique le passage à un nouveau mode de dialogue budgétaire avec les autorités de tarification : l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). Les structures dont il est ici question, qui prennent en charge des personnes extrêmement vulnérables, sont en général de petites structures, qui ne disposent pas aujourd'hui des fonctions supports nécessaires à une telle évolution.

Par cohérence avec le vote de l'Assemblée nationale en première lecture, qui avait rejeté le même dispositif, le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

(1) La commission a demandé l'avis du Gouvernement sur cet amendement.

CHAPITRE IV
Améliorer les conditions de l'accès aux produits de santé

Article 42

Renforcer l'accès précoce à certains produits de santé innovants, tout en assurant la pérennité du système de prise en charge

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

En plus de vingt-et-un amendements rédactionnels, ⁽¹⁾ l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements modifiant le contenu de cet article.

a. Le renforcement de l'accès précoce des patients aux médicaments et dispositifs médicaux innovants

● À titre principal, le présent article permet d'adapter le système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) afin de permettre un accès encore plus rapide des patients atteints de maladies graves à des médicaments innovants :

– il autorise la prise en charge d'un médicament dans une nouvelle indication sous ATU même après la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), alors que le périmètre de l'ATU est aujourd'hui « figé » après la délivrance de l'AMM ;

– il crée une voie dérogatoire permettant l'accès direct dans le système du post-ATU, pour des médicaments qui n'auraient pas bénéficié du système d'ATU ;

– il impose de nouvelles obligations aux industriels dans la période qui suit la sortie du système dérogatoire d'ATU ou de post-ATU, afin d'éviter les abus et de garantir la continuité des traitements ;

– il simplifie le mode de calcul de la remise versée dans le cadre de la régulation financière des ATU.

Pour la prise en charge d'un médicament dans une nouvelle indication sous ATU après la délivrance de l'AMM, ainsi que pour les médicaments entrant directement dans le dispositif de « post-ATU » sans transiter par l'ATU, une

(1) Dont un adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative de M. Philippe Berta, membre du groupe MODEM.

compensation, dont le niveau sera confidentiel et fixé par les ministres, sera accordée à l'entreprise dans le cadre de la mise à disposition d'un médicament dans cette nouvelle indication. L'industriel devra ensuite reverser sous forme de remises la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de cette nouvelle indication et le montant correspondant si les médicaments vendus dans cette nouvelle indication avaient été valorisés au niveau de cette compensation.

● L'Assemblée nationale a adopté en séance publique en première lecture un amendement du Gouvernement⁽¹⁾ visant à préciser les conditions de déclenchement de la clause de plafonnement provisoire des produits sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU). Cet amendement répondait à des débats ayant eu lieu en commission des affaires sociales sur le sujet.

Pour mémoire, depuis 2017, le laboratoire bénéficiant d'une ATU pour un de ces produits, dont il fixe librement le prix, peut en effet être soumis à un remboursement rétroactif à l'assurance maladie, sous forme de remises :

– si le montant moyen pris en charge par patient au titre d'une ATU est supérieur à 10 000 euros ;

– pour tout produit dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros par an.

L'amendement adopté par l'Assemblée nationale précise les conditions du calcul de ce chiffre d'affaires, dans le cadre des nouvelles dispositions relatives aux ATU.

Cet amendement précise en effet que lorsque pour une spécialité, toutes les indications prises en charge à titre dérogatoire relèvent du régime de la fixation d'une compensation, le seuil de chiffre d'affaires de 30 millions d'euros sera apprécié uniquement sur les indications faisant l'objet d'une ATU ou s'inscrivant dans le régime de post-ATU, et non pas sur tout le chiffre d'affaires de la spécialité (incluant les indications déjà prises en charge dans le droit commun).

Cette précision permet de mettre en cohérence ce système de remises spécifiques aux ATU avec les nouvelles dispositions apportées par le présent article, et de renforcer l'attractivité du nouveau système d'ATU pour les extensions d'indication.

● L'Assemblée nationale a également adopté, en séance publique,⁽²⁾ un amendement de M. Jean-Carles Grelier et de membres du groupe Les Républicains, précisant que la demande de prise en charge précoce d'une

(1) Avec avis favorable de la commission des affaires sociales.

(2) Avec avis de sagesse du rapporteur général à titre personnel (amendement repoussé par la commission) et avis favorable du Gouvernement.

spécialité directement en post-ATU (sans passer par la prise en charge en ATU) doit émaner de l'entreprise exploitante.

- L'article créé également un dispositif entièrement nouveau d'accès précoce aux dispositifs médicaux. Les modalités de prise en charge financières de ces dispositifs médicaux innovants sont les mêmes que celles évoquées ci-dessus pour les médicaments.

La commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté en première lecture un amendement⁽¹⁾ permettant de clarifier la mention faite au rôle de la CNEDiMETS, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, insuffisamment clair dans le dispositif d'origine.

b. Les modalités de fixation les modalités de fixation des règles de prise en charge des médicaments homéopathiques

- Le présent article précise, dans un nouvel article L. 162-17-2-2 du code de la sécurité sociale, que les règles de prise en charge des médicaments homéopathiques non titulaires d'une AMM, ou de tout ou partie d'entre eux, sont définies par décret en Conseil d'État.

Ce décret précisera notamment la procédure et les modalités d'évaluation ou de réévaluation par la commission de la transparence de la HAS, ainsi que les conditions dans lesquelles ces médicaments peuvent être pris en charge ou non par l'assurance maladie.

- La commission des affaires sociales puis l'Assemblée nationale ont adopté deux amendements, à l'initiative du rapporteur général⁽²⁾ permettant de préciser le champ de cette disposition.

Le texte du Gouvernement mentionnait uniquement les médicaments homéopathiques faisant l'objet d'un enregistrement.

En effet, les médicaments homéopathiques peuvent être commercialisés dès lors qu'ils possèdent une AMM (comme n'importe quel autre médicament) ou un enregistrement, au titre de l'article L. 5121-13 du CSP. Cet article prévoit que les médicaments homéopathiques sont dispensés d'AMM au profit d'un simple enregistrement, si :

- le médicament est administré par voie orale ou externe ;
- aucune indication thérapeutique particulière n'est inscrite sur l'étiquetage ou dans toute information relative au médicament ;
- le degré de dilution garantit l'innocuité du médicament.

(1) Avec avis favorable du Gouvernement.

(2) Avec avis favorable du Gouvernement.

Or, il apparaît que certains médicaments homéopathiques ne font l'objet ni d'une AMM, ni d'un enregistrement. En effet, de nombreux médicaments homéopathiques ont fait l'objet d'autorisations générales de commercialisation en 1984, avant la mise en place du système d'enregistrement. L'article 14 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale a organisé une procédure transitoire, prévoyant que les médicaments homéopathiques autorisés avant la promulgation de cette loi devaient faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'enregistrement au plus tard le 31 décembre 1996, et, qu'à titre transitoire, ces médicaments homéopathiques peuvent continuer à être commercialisés jusqu'à la notification de la décision du directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sur cette demande.

Plus de vingt ans après, plusieurs spécialités homéopathiques se trouvent encore dans cette période transitoire, dans l'attente d'une décision relative à leur enregistrement...

Les deux amendements adoptés par la commission des affaires sociales puis par l'Assemblée nationale permettent d'inclure ces spécialités dans le champ de l'évaluation qui sera faite par la HAS.

c. Autres dispositions

Cet article comporte également des garanties relatives à la soutenabilité et surtout à la pertinence de la prise en charge des produits de santé par l'assurance maladie :

– il permet au CEPS de fixer par décision unilatérale des remises pour les médicaments utilisés en association ;

– il ouvre la possibilité de collecter des données de vie réelles pour certains produits, c'est-à-dire de faire d'étudier les médicaments à partir des données issues de la prescription, de la délivrance et de la consommation des médicaments par les patients ;

– il rend possible le conditionnement de l'inscription au remboursement d'un médicament à des conditions de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durée de prise en charge.

Ces diverses dispositions ont été adoptées sans modifications par l'Assemblée nationale en première lecture.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Outre deux amendements de coordination ou rédactionnels bienvenus, le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, deux amendements venant modifier cet article, relatifs à la régulation applicable aux dispositifs médicaux.

Ces amendements viennent modifier l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, qui fixe les critères pouvant être pris en compte pour décider de la baisse du tarif de responsabilité de certains produits et prestation.

Critères pouvant justifier la baisse du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux (article L. 165-2 du code de la sécurité sociale)

- L'ancienneté de l'inscription au remboursement du produit ou de la prestation associée, ou d'un ensemble de produits et de prestations comparables
- Les tarifs des produits et prestations comparables et les remises applicables au produit ou à la prestation et à ceux comparables
- Le prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail, compte tenu des remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis,
- Le coût net de remises pour l'assurance maladie obligatoire du produit ou de la prestation concernés et des autres produits ou prestations utilisés concomitamment ou séquentiellement avec ce produit ou cette prestation
- L'existence de tarifs, de prix ou de coûts de traitement inférieurs, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, dans d'autres pays européens présentant une taille totale de marché comparable et dont la liste est fixée par décret
- Les volumes de vente prévus ou constatés des produits ou prestations
- Les montants des produits ou prestations remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés

Le premier amendement précise que le critère du prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs doit être apprécié sur trois ans. Il prévoit ainsi qu'un intervalle d'au moins trois ans doit être respecté entre deux applications successives du critère de prix d'achat des produits et prestations constaté par les établissements de santé ou les distributeurs de gros ou de détail pour justifier une baisse de tarif.

Le deuxième précise que le critère des volumes de vente prévus ou constatés doit être apprécié du point de vue de « *l'adéquation de leur évolution aux besoins en santé* ».

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 42 bis A

Accès aux médicaments innovants dans le cadre de l'utilisation testimoniale éclairée et surveillée du médicament

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption, avec l'avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission des affaires sociales.

● L'article vise à instaurer une nouvelle procédure exceptionnelle d'accès à un médicament innovant, qui diffère notamment du régime d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

Cette procédure concerne des spécialités pharmaceutiques dont les essais cliniques ne sont pas achevés. Le régime couvre les médicaments « *dès l'issue de la phase I des essais cliniques* », c'est-à-dire, insusceptibles, à ce stade de développement, de faire l'objet d'une demande d'autorisation de mise sur le marché.

Rappelons que pour obtenir son autorisation de mise sur le marché (AMM), un médicament est soumis à des études cliniques organisées en trois phases au cours desquels sont évalués la sécurité d'emploi (phase I), l'efficacité du médicament (phase II) et son rapport efficacité/tolérance (phase III).

Le dispositif adopté prévoit un accès sous condition à la spécialité pharmaceutique en cas :

– d'absence de traitement exposant « *le patient à des conséquences graves, dégradantes ou invalidantes* » ;

– d'absence d'alternative thérapeutique appropriée pour la pathologie concernée ;

– d'impossibilité pour le patient de bénéficier du traitement dans le cadre des essais cliniques.

C'est au patient et à son médecin de demander à l'industriel ayant proposé publiquement la mise à disposition d'un traitement à en bénéficier.

Un comité *ad hoc* sollicité par l'industriel devra fournir au patient volontaire et à son médecin la preuve de l'existence d'éléments scientifiques, précliniques ou cliniques, démontrant le potentiel intérêt thérapeutique chez l'homme et permettant de présumer sa sécurité.

Le patient demandeur devrait alors exprimer de manière expresse qu'il assure entièrement le risque dont il a pris connaissance et décharger tous les tiers de toute responsabilité liée à cette décision.

2. La position du rapporteur général

Le Sénat avait déjà adopté en première lecture du PLFSS pour 2018 une disposition similaire.

Pour le rapporteur général, même modifié afin de préciser les responsabilités de chacun, cet article pose encore de nombreuses difficultés.

- Sur la forme, cet article n'a pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale, car son dispositif ne prévoit pas explicitement de prise en charge de ces traitements par l'assurance maladie.

- Sur le fond, le Sénat lui-même souligne dans un récent rapport d'information⁽¹⁾ qu'un tel dispositif « *soulève un fort enjeu de sécurité et d'éthique : son recours doit se concevoir avec une certaine vigilance car il conduit à mettre à la disposition des patients des médicaments très peu évalués et aux effets secondaires méconnus ou sous-évalués. Comme le souligne la HAS, une grande incertitude règne à cette étape particulièrement précoce du développement, ce qui implique, compte tenu des risques encourus, une approche éthique de l'accord que le patient donnerait à son utilisation, même si cet accord était parfaitement éclairé. De son côté, France Assos Santé* » s'oppose à la déclinaison en France d'un tel dispositif... qui, en répondant à des demandes individuelles, remettrait en cause les principes collectifs de notre système d'évaluation du bénéfice-risque, d'accès aux traitements et de recueil des données ».

Le système d'ATU nominatives, ainsi que les essais cliniques, répondent déjà à cette problématique, avec beaucoup plus de garde-fous.

Pour toutes ces raisons, le rapporteur général propose donc la suppression de cet article.

*

* *

(1) *Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, Rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociale du Sénat, 13 juin 2018.*

Article 42 bis

Rapport évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications

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

Sort au Sénat : supprimé

Position de la commission : maintien de la suppression

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption ⁽¹⁾ d'un amendement de M. Bertrand Bouyx, membre du groupe La République en Marche.

Il prévoit la remise par le Gouvernement d'un rapport au Parlement évaluant la mise en œuvre de l'ouverture des autorisations temporaires d'utilisation à de nouvelles indications, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

En séance, la ministre avait souligné que cette demande était déjà indirectement satisfaite.

2. Les modifications apportées par le Sénat

S'opposant avec constance à la demande de rapports au Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, soulignant par ailleurs que cette analyse trouverait toute sa place dans le rapport annuel du comité économique des produits de santé (CEPS).

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de ne pas rétablir cet article.

*

* *

(1) Amendement ayant reçu un avis de sagesse du Gouvernement et du rapporteur général, à titre personnel (amendement repoussé par la commission).

Article 43

Favoriser le recours aux médicaments génériques et biosimilaires

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- L'article 43 vise à développer le recours aux médicaments génériques :

– en créant un « registre des groupes hybrides » au côté du répertoire des médicaments génériques. Un médicament « hybride » ne correspond pas exactement à la définition habituelle du générique : le médicament peut par exemple être présenté avec un dosage différent ou avec une voie d'administration différente, ou comporter des indications thérapeutiques plus larges ou plus restreintes, par exemple si le fabricant souhaite que son médicament soit commercialisé hors prescription médicale.

Afin de donner toutes les garanties de sécurité sanitaire nécessaires, le choix a été fait de ne pas les inclure dans le répertoire des groupes génériques mais dans un groupe à part, et de définir *a priori* les cas dans lesquels ils pourront être substitués à la spécialité de référence.

– en responsabilisant les prescripteurs : la mention « *non substituable* » ne devra plus être apposée de manière manuscrite.

En revanche, cette mention devra désormais être justifiée. Les différents cas dans lesquels le refus du générique peut être justifié seront définis par arrêté, après avis de l'ANSM.

Le Gouvernement a fait adopter un amendement déposé tardivement en séance publique ⁽¹⁾ rendant ces deux dispositions concomitantes. L'article ainsi adopté conditionne l'entrée en vigueur de la suppression de l'obligation de porter la mention « *non substituable* » sur l'ordonnance de manière manuscrite avec l'entrée en vigueur de l'arrêté précisant les modalités de justification de cette mention ;

– en responsabilisant les patients, qui refusent encore trop souvent sans raison valable les médicaments génériques : il prévoit que sauf si l'impossibilité de substitution est médicalement justifiée – et donc mentionnée sur l'ordonnance, la base de remboursement à l'assuré soit désormais limitée à la base de

(1) Avec avis favorable du rapporteur général à titre personnel, la commission n'ayant pu se prononcer sur l'amendement.

remboursement la plus chère en vigueur pour les spécialités génériques ou hybrides correspondantes ;

– en responsabilisant le pharmacien, qui devra proposer un médicament dont le prix n'excède pas ce niveau de remboursement, et délivrer le conditionnement le plus économique pour l'assurance maladie.

Il prévoit la possibilité pour certains établissements de santé de bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) lorsqu'ils atteignent des résultats évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

● Outre l'amendement du Gouvernement précité, seul un amendement rédactionnel du rapporteur général est venu modifier le texte initial.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Outre trois amendements rédactionnels ou de coordination bienvenus, le Sénat a adopté plusieurs amendements à l'initiative de sa commission des affaires sociales, vidant cet article de sa portée.

● Il a ainsi supprimé les dispositions de cet article relatives aux médicaments hybrides, considérant que « *la tenue d'un débat parlementaire éclairé sur cette question nécessiterait que la question puisse être étudiée de manière plus approfondie* », sans pour autant remettre en cause le fond de cette mesure.

● Il a également supprimé l'obligation introduite par cet article de faire porter sur l'ordonnance la justification médicale lors du recours par les prescripteurs à la mention « *non substituable* ».

● Enfin, il a adopté un amendement visant à intégrer le dispositif d'intéressement des établissements de santé à la pertinence de leurs prescriptions prévu par l'article 43 dans les dispositions du code de la sécurité sociale encadrant les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

3. La position du rapporteur général

● Sur les médicaments hybrides, il est difficile de comprendre la position du Sénat, qui prétend n'opposer aucune objection de fond à la mesure proposée. Le débat sur le présent projet de loi de financement n'est-il pas, justement, le moment de tenir un débat parlementaire éclairé sur cette question ? La question des médicaments hybrides est par ailleurs loin d'être nouvelle, et cette terminologie est déjà utilisée dans le droit français comme dans le droit européen.

● En ce qui concerne le recours à la mention « *non substituable* », les chiffres parlent d'eux-mêmes : le taux d'apposition de la mention « *non substituable* » est passé de 1,8 % en 2013 à 8,3 % en 2016, sans qu'aucune raison

médicale ne suffise à expliquer une telle augmentation. Il est donc grand temps, pour le rapporteur général, de mieux encadrer cette pratique.

● Enfin, le dispositif ici proposé par le Gouvernement ne doit pas être confondu avec le CAQES.

Comme le souligne l'étude d'impact annexée au projet de loi, cette disposition doit permettre d'inciter directement les établissements de santé du secteur médecine, chirurgie, obstétrique à une meilleure efficacité des prescriptions, notamment en ce qui concerne la prescription de génériques et de biosimilaires. Comme pour les prescripteurs de ville, les établissements de santé pourront être incités directement à une plus juste prescription. À court terme, cette mesure pourra être utilisée pour inciter à la prescription de médicaments en ville.

Le rapporteur général propose donc de revenir à la rédaction de l'article telle qu'issue de l'Assemblée nationale, tout en intégrant les modifications formelles proposées par le Sénat.

*

* *

Article 43 bis

Encadrement de l'utilisation de certains médicaments innovants

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale Sort au Sénat : conforme
--

*

* *

TITRE III MODULER ET ADAPTER LES PRESTATIONS AUX BESOINS

Article 44 A

Report de l'âge minimal de départ à la retraite

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat Position de la commission : suppression
--

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, cet article qui revoit profondément les paramètres de l'âge légal de départ, issus de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites

Son 1° modifie l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale pour repousser l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite :

- de 62 à 63 ans pour les assurés nés après le 1^{er} mai 1958 ;
- de 62 ans à 62 ans et six mois pour les assurés nés entre le 1^{er} mai 1957 et le 30 avril 1958 ;

Il renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer cet âge pour les autres assurés nés avant le 1^{er} mai 1958.

Son 2° maintient à 67 ans l'âge permettant de bénéficier du taux plein dans le calcul de la pension ⁽¹⁾.

L'exposé sommaire de cet amendement présentait ainsi l'effet du droit proposé :

EFFETS DU DROIT PROPOSÉ PAR RAPPORT À LA RÉFORME DE 2010

Date de naissance	Âge légal de départ	Date d'entrée en vigueur
<i>Réforme des retraites de 2010</i>		
À partir du 1 ^{er} juillet 1951	60 ans et 4 mois	1 ^{er} juillet 2013
À partir du 1 ^{er} janvier 1952	60 ans et 9 mois	1 ^{er} janvier 2014
À partir du 1 ^{er} janvier 1953	61 ans et 2 mois	1 ^{er} janvier 2015
À partir du 1 ^{er} janvier 1954	61 ans et 7 mois	1 ^{er} janvier 2016
À partir du 1 ^{er} janvier 1955	62 ans	1 ^{er} janvier 2017
<i>Amendement au PLFSS pour 2019</i>		
À partir du 1 ^{er} mai 1957	62 ans et 6 mois	1 ^{er} mai 2019
À partir du 1 ^{er} mai 1958	63 ans	1 ^{er} mai 2020

Source : exposé sommaire de l'amendement n° 93 adopté par le Sénat

2. La position du rapporteur général

Un tel dispositif ne saurait recueillir l'approbation du rapporteur général et semble avoir été bâti dans ce dessein :

- sur la forme, une telle modification viendrait perturber le processus de réforme systémique engagé par le Gouvernement, lequel fait encore l'objet de concertations approfondies ; le présent article contredit donc à la fois, par sa soudaineté et son unilatéralité, le calendrier et la méthode retenus ;

(1) Cet âge de 67 ans était en effet rédigé par référence à l'âge légal majoré de cinq ans. Les sénateurs ont remplacé cette rédaction par une référence directe à l'âge-cible de 67 ans, afin que la modification apportée au 1° soit sans incidence sur l'âge permettant de bénéficier du taux plein.

– sur le fond, la remise en cause d’un paramètre aussi important que l’âge minimal de départ à la retraite remettrait gravement en cause les engagements du Président de la République et de la majorité sur cette question ; la priorité a été donnée à une réforme structurelle tendant vers l’unité, l’équité et la lisibilité du système de retraites, inconciliable avec un nouveau prolongement de la logique qui présidait à la réforme de 2010.

Sans surprise, le rapporteur général propose donc de supprimer cet article.

*

* *

Article 44

Ajustement exceptionnel de la revalorisation des prestations sociales

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l’Assemblée nationale

1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale

Par dérogation à l’article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, le présent article prévoit que les prestations et plafonds de ressources qui relèvent de cet article sont revalorisés annuellement de 0,3 % en 2019 et 2020, au lieu d’être indexés sur l’inflation constatée par l’INSEE sur les douze derniers mois.

L’ensemble des pensions de retraite, privées comme publiques, comme des prestations familiales ou d’invalidité sont concernées.

Sont en revanche explicitement exclus de cette revalorisation maîtrisée les *minima* sociaux (revenu de solidarité active, allocation de solidarité pour les personnes âgées, ...).

L’Assemblée nationale n’a pas modifié ce dispositif à l’exception d’un amendement rédactionnel du rapporteur au stade de l’examen en séance publique.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté, à l’initiative de sa commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, un amendement de rédaction globale écartant la revalorisation maîtrisée au profit du retour au mécanisme antérieur à 2016. Ce dernier prévoyait une rectification en cours d’année si l’inflation réelle était supérieure à l’inflation prévisionnelle.

Les Sénateurs ont entendu « gager » cette mesure en proposant un relèvement progressif de l'âge de départ à la retraite à partir du 1^{er} mai 2020 pour atteindre un recul d'un an au 1^{er} mai 2020 à l'article 44 A nouveau, ainsi qu'une taxation exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie d'un milliard d'euros à l'article 12 *bis*.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général souligne que les choix du Sénat témoignent d'une logique orthogonale à celle qu'a retenue l'Assemblée nationale en première lecture. Ceux-ci méritent donc d'être lus à l'aune de cette opposition complète des points de vue :

– s'agissant de la revalorisation des prestations et des plafonds de ressources relevant de l'article L. 161-25, les modifications apportées par le Sénat auraient pour effet de neutraliser complètement la mesure de sérieux budgétaire, moyennant une compensation estimée par les sénateurs à « 1,75 milliard d'euros » pour les seuls régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, soit un niveau bien inférieur à l'effet financier de 3,2 milliards d'euros attendus pour les administrations de sécurité sociale et pour l'État ⁽¹⁾; par ailleurs, rétablir le mécanisme de correction en cas d'inflation réelle supérieure à la prévision reviendrait à anéantir les efforts de rationalisation et de prévisibilité qui résultaient de la création de l'article L. 161-25 en 2015⁽²⁾ ;

– s'agissant des mesures de compensation « à *due concurrence* », elles sont singulièrement inopportunes : le recul de l'âge minimum de départ à la retraite serait à la fois brutal en l'absence de concertation, incapable de compenser le surcoût dès lors qu'elle n'entrerait en vigueur qu'en mai 2019 et seulement de manière partielle et contraire au choix assumé de réaliser une réforme systémique des retraites en 2020 ; le prélèvement supplémentaire d'un milliard d'euros sur les organismes complémentaires d'assurance maladie est quant à lui manifestement excessif, infondé et ne manquerait pas de se répercuter les tarifs, payés *in fine* par les assurés.

(1) En 2019, le dispositif initial devait produire une moindre dépense de 2,4 milliards d'euros pour ces mêmes régimes mais aussi de 800 millions d'euros pour l'État, soit 3,2 milliards d'euros au total. Le Sénat met en regard trois éléments de compensation, sans que l'on connaisse la source de ces chiffrages – dont certains ont d'ailleurs fait l'objet de désaccords avec le Gouvernement lors des débats-, ni les modalités de compensation pour l'État d'une moindre économie d'au moins 600 millions d'euros – révision des conditions de revalorisation incluse : la première mesure de compensation, bien qu'elle n'ait pas été présentée comme telle dans le rapport de la commission - est une réforme paramétrique de l'indexation qui aurait consisté à éluder une année 2018 particulièrement significative sur le plan de l'inflation (+1,6%) au profit de 2019 (+1,3%). L'effet financier de cette autre forme de sous-revalorisation par rapport au droit en vigueur et pour l'ensemble des prestations aurait été d'inclure les minima sociaux exemptés par le texte adopté par l'Assemblée nationale. Le mécanisme de revalorisation en cours d'année aurait par ailleurs rendu ces économies, d'environ 550 millions d'euros, incertaines en cas d'inflation plus élevée que prévu. Les sénateurs ont également privilégié une hausse estimée par le rapporteur à un milliard de la taxation sur les organismes complémentaires ainsi qu'un premier recul de l'âge de la retraite d'un semestre dès mai 2019 dont on comprend qu'il aurait eu vocation à engendrer les 750 millions d'euros d'économies restantes dès 2019. .

(2) Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016.

Le rapporteur général proposera donc, sans surprise, le rétablissement de cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 45

Majoration du montant maximum du complément de libre choix du mode de garde pour les familles ayant un enfant en situation de handicap

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 46

Conséquences de l'abaissement de l'instruction obligatoire à trois ans sur les prestations familiales

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 47

Harmonisation des modalités d'indemnisation du congé de maternité

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : modifié

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 47, adopté par l'Assemblée nationale sans modification, tend à harmoniser les modalités d'indemnisation du congé de maternité des travailleuses indépendantes et des agricultrices non salariées avec celles applicables aux salariées, tout en maintenant les dispositions qui permettent de répondre aux contraintes propres à chaque activité professionnelle.

a. L'augmentation de la durée du congé de maternité des travailleuses indépendantes

- En l'état du droit, les travailleuses indépendantes bénéficient :

- d'une allocation forfaitaire de repos maternel, « *destinée à compenser partiellement la diminution de leur activité* ». Aujourd'hui, le bénéfice de cette allocation n'est pas conditionné à une durée d'arrêt minimum ;

- d'une indemnité journalière forfaitaire, à condition qu'elles cessent toute activité professionnelle pendant une durée minimum de quarante-quatre jours.

- Le présent article tend à aligner la durée minimum d'arrêt de travail des travailleuses indépendantes ouvrant droit au bénéfice du congé de maternité indemnisé sur celle des femmes salariées.

Il tend ainsi à conditionner à une interruption d'activité de huit semaines, soit cinquante-six jours :

- le bénéfice des indemnités journalières forfaitaires, aujourd'hui conditionné à une durée d'arrêt de quarante-quatre jours minimum. Cette durée serait donc augmentée de douze jours ;

- celui de l'allocation forfaitaire de repos maternel, actuellement versée sans condition d'arrêt.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à aligner par décret la durée maximum de versement des indemnités journalières sur celle des salariées, soit cent douze jours, au lieu de soixante-quatorze jours actuellement. Les travailleuses indépendantes pourront ainsi bénéficier de trente-huit jours de congés indemnisés supplémentaires.

b. La création d'une indemnité journalière forfaitaire pour les exploitantes agricoles non salariées ne pouvant être remplacées

- En l'état du droit, les assurées non salariées du régime agricole ne bénéficient pas d'indemnités journalières au titre de la maternité mais d'une allocation de remplacement, destinée à assurer leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole. L'obligation minimale d'interruption d'activité professionnelle pour bénéficier d'un remplacement n'est que de deux semaines.

En réalité, près de 40 % des exploitantes agricoles ne bénéficient pas de l'allocation de remplacement, soit parce qu'elles n'en font pas la demande, soit parce qu'elles ne trouvent pas de remplaçant.

- Afin de permettre aux agricultrices non salariées qui ne peuvent pas être remplacées de bénéficier d'une indemnisation, le présent article tend à créer une indemnité journalière forfaitaire en cas de maternité, versée lorsque l'allocation de remplacement ne peut pas être attribuée.

Par ailleurs, le bénéfice de l'allocation de remplacement ou de l'indemnité journalière forfaitaire serait conditionné à une interruption d'activité minimum de huit semaines, contre deux semaines aujourd'hui pour l'allocation de remplacement. La durée minimum d'arrêt de travail des exploitantes agricoles serait ainsi alignée sur celle des femmes salariées ⁽¹⁾.

TABLEAU COMPARATIF DES RÈGLES RELATIVES AU CONGÉ DE MATERNITÉ DES SALARIÉES, TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES ET AGRICULTRICES NON SALARIÉES

	Salariées	Travailleuses indépendantes		Agricultrices non salariées	
	<i>Dispositif actuel</i>	<i>Dispositif actuel</i>	<i>Dispositif proposé</i>	<i>Dispositif actuel</i>	<i>Dispositif proposé</i>
Nature de l'indemnisation	Indemnités journalières proportionnelles au revenu	Allocation forfaitaire de repos maternel + Indemnités journalières forfaitaires	<i>Pas de modification</i>	Allocation forfaitaire de remplacement	Allocation forfaitaire de remplacement ou indemnités journalières forfaitaires (en l'absence de remplacement)
Durée maximum du congé maternité	112 jours (16 semaines)	74 jours	112 jours (16 semaines)	112 jours (16 semaines)	<i>Pas de modification</i>
Durée minimum de l'arrêt pour bénéficiaire de l'indemnisation	56 jours (8 semaines)	44 jours (seules les IJ sont conditionnées à cette durée minimum d'arrêt)	56 jours (8 semaines)	14 jours (2 semaines)	56 jours (8 semaines)

Source : commission des affaires sociales

Les dispositions du présent article s'appliquent aux allocations et indemnités dont le premier versement intervient à compter du 1^{er} janvier 2019.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Outre un amendement rédactionnel ⁽²⁾, le Sénat a adopté, avec un avis défavorable du Gouvernement, un amendement de sa commission des affaires sociales visant à supprimer la durée minimale d'interruption d'activité de huit semaines conditionnant le bénéfice des prestations de maternité pour les travailleuses non-salariées. La rapporteure du Sénat a estimé que l'alignement de la durée minimale du congé de maternité indemnifié sur celle des salariées « *pourrait en pratique conduire certaines [travailleuses non-salariées] à se trouver contraintes de renoncer à toute forme d'indemnisation* ».

L'amendement prévoit ainsi :

– de revenir au droit existant pour les travailleuses indépendantes non-agricoles : le versement de l'allocation forfaitaire de repos maternel ne serait ainsi

(1) Recommandation n° 4 du rapport précité de Mme Marie-Pierre Rixain.

(2) adopté avec un avis favorable du Gouvernement.

pas conditionné à une durée minimale d'arrêt et celui des indemnités journalières serait conditionné à un arrêt de quarante-quatre jours ;

– de renvoyer à un décret la définition de la durée minimale de cessation d'activité pour les exploitantes agricoles. Alors que cette durée est aujourd'hui de quatorze jours, la rapporteure du Sénat suggère qu'elle pourrait être fixée à trois ou quatre semaines.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de rétablir l'article 47 dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

En effet, la durée minimale d'interruption d'activité des travailleuses indépendantes en vigueur (quarante-quatre jours pour les travailleuses non-agricoles, deux semaines pour les exploitantes agricoles) reste faible au regard de l'impératif de protection de la santé de la mère et de l'enfant qui s'attache au congé de maternité. En proposant d'aligner la durée minimum d'arrêt de travail des travailleuses indépendantes ouvrant droit au bénéfice du congé de maternité indemnisé sur celle des salariées, la version initiale du présent article répondait ainsi à un impératif de santé publique.

Cette disposition constituait par ailleurs une recommandation du rapport de notre collègue Marie-Pierre Rixain, visant à « *rendre effectif le congé de maternité pour toutes les femmes* ». Ce rapport, rendu public en septembre 2018 ⁽¹⁾, a été élaboré à la suite d'une large concertation menée avec l'ensemble de acteurs (représentants du monde agricole, représentants des différentes professions libérales, des auto-entrepreneurs, professionnels de santé...).

En outre, l'article 8 de la directive européenne 2010/41/UE du 7 juillet 2010 concernant l'application du principe de l'égalité de traitement entre hommes et femmes exerçant une activité indépendante ⁽²⁾ prévoit que « *les États membres prennent les mesures nécessaires pour que les femmes exerçant une activité indépendante [...] puissent, conformément au droit national, avoir droit à une allocation de maternité suffisante leur permettant d'interrompre leur activité professionnelle pour raison de grossesse ou de maternité pendant au moins quatorze semaines* ». L'amendement du Sénat s'écarte donc de la philosophie de cette directive.

Enfin, l'article 47 *quinquies*, adopté par l'Assemblée nationale en séance publique sous l'impulsion de notre collègue Marie-Pierre Rixain, ouvre la possibilité pour les travailleuses indépendantes de reprendre leur activité à temps partiel après huit semaines de congé de maternité. Il répond ainsi aux

(1) « *Rendre effectif le congé de maternité pour toutes les femmes* », Mme Marie-Pierre Rixain, juillet 2018 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rappports-publics/184000636.pdf>

(2) <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010L0041&from=EN>

préoccupations du Sénat, en permettant de concilier la protection de la santé de la femme enceinte et de son enfant avec des considérations d'ordre économique.

*

* *

Article 47 bis

Augmentation de la durée du congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 47 ter

Report du paiement des cotisations et contributions sociales des travailleuses indépendantes pendant leur congé de maternité

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 47 quater

Information des femmes enceintes sur leurs droits

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

Sort au Sénat : modifié

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption⁽¹⁾ de deux amendements identiques, déposés en première lecture, en commission des affaires sociales, par notre collègue Marie-Pierre Rixain ainsi que par notre collègue Thomas Mesnier et les membres du groupe La République en Marche.

(1) Avec un avis favorable du rapporteur, de la Commission et du Gouvernement.

Il prévoit que, dès réception d'une déclaration de grossesse, l'organisme de sécurité sociale compétent adresse à la femme enceinte un document détaillant l'ensemble de ses droits.

Ce document indique en particulier aux travailleuses indépendantes qu'elles peuvent bénéficier, à leur demande, d'un report du paiement de leurs cotisations et contributions sociales, dans les conditions prévues à l'article L. 131-6-1-1 du code de la sécurité sociale, créé par l'article 47 *ter* du présent projet de loi.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance publique, le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales, un amendement de précision permettant de distinguer l'obligation d'information générale sur les prestations de maternité et les droits associés, qui vaut pour l'ensemble des femmes enceintes, de celle qui porte sur la possibilité du report de cotisations, qui concerne seulement certaines travailleuses.

3. La position du rapporteur général

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

*

* *

Article 47 quinquies

Possibilité pour les travailleuses indépendantes de reprendre leur activité à temps partiel après huit semaines de congé de maternité

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

Sort au Sénat : supprimé

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article résulte de l'adoption d'un amendement déposé en séance publique par le Gouvernement ⁽¹⁾. Il permet aux travailleuses indépendantes de reprendre progressivement une activité professionnelle après leur congé de maternité, à l'issue d'une période d'interruption totale d'activité de huit semaines.

(1) Avec un avis favorable, à titre personnel, du rapporteur général, la commission n'ayant pas pu adopter de position sur l'amendement.

Après cette période d'arrêt, les femmes travailleuses indépendantes pourraient ainsi percevoir des indemnités journalières de maternité en cas de reprise partielle d'activité :

– à hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période totale d'interruption d'activité de huit semaines ;

– à hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivantes.

Les indemnités journalières de congé de maternité ne seraient pas versées pour les jours travaillés.

Proposé à titre expérimental et pour une durée de trois ans, le présent article additionnel s'inspire d'un amendement de notre collègue Marie-Pierre Rixain, adopté par la commission des affaires sociales puis retiré en séance publique au profit de la rédaction proposée par le Gouvernement.

Il prévoit la remise au Parlement un rapport d'évaluation à l'issue de l'expérimentation, en vue de son éventuelle généralisation.

Enfin, la date du début de l'expérimentation est fixée au 1^{er} janvier 2020.

2. Les modifications apportées par le Sénat

La commission des affaires sociales du Sénat a indiqué être plutôt favorable au principe de cet article additionnel, dans la mesure où il prend en considération l'exigence de souplesse qui caractérise l'activité professionnelle de nombreuses travailleuses indépendantes.

Elle a néanmoins déposé un amendement de suppression de cet article, adopté en séance publique malgré un avis défavorable du Gouvernement, par cohérence avec sa volonté, traduite dans les modifications apportées à l'article 47 du présent projet de loi, de revenir sur la mise en place d'une interruption d'activité de huit semaines minimum pour bénéficier des indemnités journalières de maternité.

3. La position du rapporteur général

Le rapporteur général laisse à M. Thomas Mesnier et aux membres du groupe La République en Marche (LREM) l'initiative du rétablissement de l'article 47 *quinquies*, auquel il est favorable.

En effet, cet article additionnel permet de mieux concilier les enjeux de santé publique et les contraintes économiques des travailleuses indépendantes :

– D'une part, de nombreuses études internationales attestent de l'intérêt du congé de maternité en termes de santé publique. Le congé prénatal permet une disponibilité physique et mentale de la future mère pour préparer la naissance, alors que le congé post-natal, nécessaire tant sur le plan physiologique que

psychologique, constitue une période privilégiée pour établir le lien d'attachement entre la mère et l'enfant, le cas échéant, et installer un allaitement maternel.

– D'autre part, pour que les travailleuses indépendantes s'arrêtent véritablement huit semaines et pour éviter que la pression économique ne les amène à reprendre totalement leur activité avant la fin de la période légale de cent douze jours de congés, une approche souple et pragmatique du congé de maternité des travailleuses indépendantes apparaît nécessaire. En autorisant une reprise progressive et plafonnée de leur activité, le présent article additionnel prend en compte les spécificités de l'exercice libéral dans la protection sociale qui est accordée à ces professionnelles.

Le présent article additionnel s'inspire de la situation qui prévaut au Danemark, où la législation permet une reprise progressive d'activité pour les travailleuses indépendantes. Il va également dans le sens des préconisations du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) ⁽¹⁾.

*

* *

Article 48

Mesures en faveur des travailleurs indépendants : convergence des règles en matières de prestations en espèces vers le régime général

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 49

Amélioration du recouvrement de diverses sommes par les organismes de sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

(1) Disposer de temps et de droits pour s'occuper de ses enfants, de sa famille et de ses proches en perte d'autonomie, *rapport adopté le 12 décembre 2017*, http://www.hcfea.fr/IMG/pdf/Rapport_transversal_adopté_le_12_decembre_2017_6_janv.pdf

Article 50

Modernisation de la délivrance des prestations sociales

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

TITRE IV

**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 51

**Dotation de l'assurance maladie au FMESPP, à l'ONIAM et de la CNSA aux
ARS**

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 51 bis

**Frais de consultation et expertises ordonnées par les juridictions compétentes
à la charge de l'assurance maladie**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche maladie

Origine de l'article : projet de loi
Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 53
ONDAM pour 2019

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 54
**Dotation au FIVA, au FCAATA et transfert compensation sous-déclaration
AT-MP**

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 54 bis A
**Demande de rapport examinant les besoins de création ou de révision des
tableaux de maladies professionnelles**

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article résulte de l'adoption, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste et Républicain.

Il vise à confier à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), à l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et à l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), l'établissement d'un rapport examinant les besoins de création ou de révision des tableaux de maladies professionnelles, à partir de données épidémiologiques réactualisées dans le domaine de la santé.

Ce rapport serait remis tous les trois ans aux ministres de la santé, de la sécurité sociale et du travail, ainsi qu'au directeur général de la Caisse nationale

de l'assurance maladie (CNAM) et au président du conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur propose de supprimer cet article additionnel.

Le programme de travail de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) est fixé chaque année par l'État, après avis des membres de la commission. Celle-ci comprend des représentants des administrations concernées, des salariés, des employeurs, de la CNAM et des organismes nationaux d'expertise et de prévention, en particulier la Haute autorité de santé (HAS), l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et l'ANSES, ainsi que des personnalités qualifiées.

L'amélioration des tableaux de maladies professionnelles relève davantage de leurs méthodes d'élaboration que du rythme d'évolution de ces tableaux. Or, le présent article additionnel n'a pas pour objet de modifier les méthodes de révision, ni les principes sur lesquels elles reposent.

Par ailleurs, une réflexion est en cours afin de clarifier les modalités de travail de la commission spécialisée relative aux pathologies professionnelles et d'améliorer la qualité scientifique des évaluations permettant de faire reposer l'évolution des tableaux des maladies professionnelles sur des connaissances robustes. Ainsi, le Gouvernement a confié à l'ANSES et à l'INSERM la mission de fournir une étude actualisée des liens entre pathologies et exposition professionnelle aux produits phytosanitaires. Il souligne le but de l'expertise en précisant que « *cette amélioration pourrait passer par la création ou l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles ou par la diffusion de recommandations à destination des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP) pour harmoniser les décisions de reconnaissance pour les maladies professionnelles ne relevant pas des tableaux* »⁽¹⁾.

*

* *

(1) Communiqué des ministres de la santé, du travail, de la recherche et de l'agriculture daté du 18 avril 2018, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180418 - cp - maladies professionnelles et pesticides.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180418_-_cp_-_maladies_professionnelles_et_pesticides.pdf)

Article 54 bis B
**Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits
phytopharmaceutiques**

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

Cet article additionnel résulte de l'adoption, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de Mme Nicole Bonnefoy et des membres du groupe Socialiste et Républicain.

Il reprend l'intégralité de la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, adoptée par le Sénat le 1^{er} février 2018. Il vise à permettre la prise en charge de la réparation intégrale des préjudices des personnes atteintes de maladies liées à l'utilisation de produits phytopharmaceutiques par la création d'un fonds d'indemnisation, abondé par les fabricants de ces produits.

Le contenu détaillé de la proposition de loi figure dans le rapport réalisé par M. Bernard Jomier, rapporteur du texte, consultable sur le site internet du Sénat, auquel il est utilement renvoyé ⁽¹⁾.

Alors que la proposition de loi concernait l'ensemble de ces maladies, que celles-ci soient ou non d'origine professionnelle, le présent article additionnel tend toutefois à limiter l'indemnisation de la réparation intégrale des préjudices aux maladies d'origine professionnelle.

2. La position du rapporteur général

Le rapporteur général propose de supprimer cet article additionnel.

En effet, l'article 81 de la loi du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous prévoit l'établissement d'un rapport sur le financement et les modalités de création, avant le 1^{er} janvier 2020, d'un fonds d'indemnisation des victimes de maladies liées aux produits phytopharmaceutiques. Ce rapport doit être remis au Parlement par le Gouvernement dans un délai de six mois après la promulgation de la loi précitée, c'est-à-dire au plus tard avant la fin du mois d'avril 2019.

(1) Rapport n° 236 (2017-2018) de M. Bernard Jomier, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 24 janvier 2018, <https://www.senat.fr/rap/117-236/117-236.html>

Par ailleurs, la ministre de la santé a rappelé devant le Sénat que le Gouvernement avait confié à l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) la réalisation d'une étude actualisée des liens entre pathologies et exposition professionnelle aux produits phytosanitaires.

La création d'un fonds d'indemnisation doit en effet être précédée d'une définition claire de son périmètre et des maladies qui feront l'objet d'une indemnisation : tel est l'objet de ces deux rapports préparatoires, actuellement en cours d'élaboration.

*

* *

Article 54 bis

Report de deux ans de l'alignement des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles de Mayotte sur la métropole

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

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 55

Objectifs de dépense de la branche AT-MP

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 56

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 57

Objectifs de dépense de la branche famille

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

Article 58

**Prévisions des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires en 2019**

Origine de l'article : projet de loi

Sort au Sénat : conforme

*

* *

LIEN VIDÉO RELATIF À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI

– Mercredi 21 novembre à 17 heures : Examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 (n° 1408) (M. Olivier Véran, rapporteur général)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.6974064_5bf57f50213e7.commission-des-affaires-sociales--plfss-pour-2019-nouvelle-lecture-21-novembre-2018