



N° 2340

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 16 octobre 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES SUR LE PROJET DE
LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2020*,

TOME II
COMMENTAIRES D'ARTICLES
ET ANNEXES

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

Voir le numéro :

Assemblée nationale : 2296.

SOMMAIRE

	Pages
COMMENTAIRES D'ARTICLES	7
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018	7
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018.....	7
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A).....	24
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019	28
<i>Article 3</i> : Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours.....	28
<i>Article 4</i> : Modification du montant M applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables.....	34
<i>Article 5</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2019.....	37
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2019.....	47
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020	49
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECouvreMENT ET À LA TRÉSORERIE	49
Chapitre I ^{er} – Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs.....	49
<i>Article 7</i> : Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales.....	49
<i>Article 8</i> : Ajustement du calcul des allègements généraux.....	58
<i>Article 9</i> : Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique.....	68
Chapitre II – Simplifier et moderniser les relations avec l'administration.....	73
<i>Article 10</i> : Unification du recouvrement dans la sphère sociale.....	73
<i>Article 11</i> : Simplification des démarches des travailleurs indépendants.....	85
<i>Article 12</i> : Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne.....	95

<i>Article 13</i> : Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique.....	102
<i>Article 14</i> : Mesures de lutte contre la fraude.....	107
Chapitre III – Réguler le secteur des produits de santé.....	113
<i>Article 15</i> : Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux	113
<i>Article 16</i> : Fixation du taux M pour 2020.....	118
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	119
<i>Article 17</i> : Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale.....	119
<i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	135
<i>Articles 19 et 20</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour 2020.....	142
<i>Article 21</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.....	151
<i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	154
<i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B).....	160
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020	166
TITRE I^{ER} – POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS	166
Chapitre I ^{er} – Réformer le financement de notre système de santé.....	166
<i>Article 24</i> : Réforme du financement des hôpitaux de proximité.....	166
<i>Article 25</i> : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation.....	177
<i>Article 26</i> : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital	199
<i>Article 27</i> : Réforme du financement : nomenclatures de ville	205
<i>Article 28</i> : Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence.....	213
<i>Article 29</i> : Prise en charge de médicaments particuliers.....	223
<i>Article 30</i> : Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU.....	245
<i>Article 31</i> : Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie	256
Chapitre 2 – Améliorer l'accès aux soins.....	259
<i>Article 32</i> : Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé..	259

<i>Article 33</i> : Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures	271
<i>Article 34</i> : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments.....	276
<i>Article 35</i> : Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance.....	286
<i>Article 36</i> : Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins.....	291
<i>Article 37</i> : Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités.....	312
<i>Article 38</i> : Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français	316
<i>Article 39</i> : Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre.....	319
CHAPITRE 3 – Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins	326
<i>Article 40</i> : Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer ...	326
<i>Article 41</i> : Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive	333
<i>Article 42</i> : Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité	339
<i>Article 43</i> : Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments	350
<i>Article 44</i> : Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.....	372
TITRE II – PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE.....	379
chapitre 1^{er} – Protéger les Français contre les nouveaux risques	379
<i>Article 45</i> : Indemnisation du congé de proche aidant.....	379
<i>Article 46</i> : Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.....	388
<i>Article 47</i> : Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route.....	404
Chapitre II – Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales	407
<i>Article 48</i> : Création du service public de versement des pensions alimentaires	407
<i>Article 49</i> : Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants ...	422
<i>Article 50</i> : Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte.....	425
<i>Article 51</i> : Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale	428
Chapitre III – Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions	431
<i>Article 52</i> : Revalorisation différenciée des prestations sociales.....	431
<i>Article 53</i> : Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux.....	438

<i>Article 54</i> : Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs.....	445
<i>Article 55</i> : Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail de longue durée.....	452
<i>Article 56</i> : Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières	474
TITRE III – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	482
<i>Article 57</i> : Dotation de l'assurance-maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé	482
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	485
<i>Article 59</i> : ONDAM et sous-ONDAM	490
<i>Article 60</i> : Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles	494
<i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	498
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse.....	501
<i>Article 63</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	505
<i>Article 64</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019	510
ANNEXES	515
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL	515
ANNEXE N° 2 : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	519
ANNEXE N° 3 : LISTE DES LIENS VIDÉOS RELATIFS À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	529

COMMENTAIRES D'ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018

Adopté par la commission sans modification

L'article 1^{er} porte approbation des comptes du dernier exercice clos, retracés notamment dans des tableaux d'équilibre consolidés.

L'exercice 2018 se conclut ainsi définitivement par un résultat déficitaire de 1,4 milliard d'euros pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, en incluant le Fonds de solidarité vieillesse. Le déficit des seuls régime général et Fonds de solidarité vieillesse est arrêté à 1,2 milliard d'euros.

Ces montants, identiques aux dernières prévisions rectifiées, sont en nette amélioration par rapport à l'exercice 2017 et traduisent un important effort de redressement des comptes sociaux, en recettes comme en dépenses.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques en définissant le contenu.

A du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾

« dans sa partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos [c'est-à-dire sa première partie], la loi de financement de la sécurité sociale :

*« 1° Approuve les **tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que les dépenses relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie constatées lors de cet exercice** ;*

« 2° Approuve, pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette ».

Le Parlement est ainsi mis en mesure par les dispositions organiques de voter l'arrêt des comptes pour le dernier exercice clos, en l'occurrence l'année 2018, dans un exercice qui pourrait être rapproché de l'adoption d'une « loi de règlement ». L'article arrêtant, outre les tableaux d'équilibre, un certain

(1) Dont la rédaction est issue, pour l'essentiel, de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

nombre d'autres montants, chaque élément appellera dans le présent commentaire un développement spécifique.

I. LA CLÔTURE D'UN EXERCICE BUDGÉTAIRE 2018 TOUT PRÈS DE L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Comme prévu par le législateur organique depuis 2006 ⁽¹⁾, les tableaux d'équilibre de la loi de financement distinguent désormais la présentation des comptes du régime général et celle de l'ensemble des régimes obligatoires de base, appelant quelques remarques sur la « clef de passage » entre ces deux notions.

Régime général, régimes intégrés et régimes obligatoires de sécurité sociale

Le régime général, pierre angulaire de la sécurité sociale. Régime central créé en 1945, le régime général couvre historiquement tous les employés du secteur privé qui ne relèvent pas d'un régime spécifique.

Au terme d'une longue évolution de sa structure et de ses règles d'affiliation, le régime général est devenu :

– le principal régime de sécurité sociale, couvrant 80 % ⁽²⁾ des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires ;

– un régime prépondérant pour la branche « vieillesse » (50 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) et « accidents du travail-maladies professionnelles » (AT-MP) (90 %) ;

– quasiment le seul régime pour les branches « maladie » depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) (99 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) ⁽³⁾ ;

– le seul régime pour la branche « famille ».

À la fois incontournable par son poids financier et faisant l'objet d'une documentation plus régulière et plus fournie que les autres régimes, le régime général concentre souvent sur lui une grande partie des débats sur les comptes sociaux, bien qu'il ne représente qu'une partie du champ des lois de financement.

Ce statut central conduit le régime général à entretenir de nombreuses relations financières avec les autres régimes obligatoires de base.

Le régime général entretient ainsi d'étroites relations avec les **régimes intégrés**, par deux principaux types de lien :

(1) Avant l'adoption de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, les lois de financement de la sécurité sociale ne présentaient que les comptes du régime général.

(2) Ce chiffre intègre désormais le Régime social des indépendants qui a intégré le régime général en application de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) Le principe de la PUMA a été adopté dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et mis en œuvre par l'article 20 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

– des **mécanismes de compensation** ⁽¹⁾ peuvent créer une certaine intégration financière avec les autres régimes de base : la « compensation démographique généralisée » prévue à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale entraîne une dotation de la branche vieillesse du régime général vers les autres régimes obligatoires intégrés déficitaires tandis que des « compensations spécifiques » prévues aux articles L. 134-3 et suivants couvrent d'autres risques (maladie ou AT-MP) pour des régimes identifiés (notamment le régime des salariés des mines) ;

– l'**intégration financière** ⁽²⁾ des branches maladie et vieillesse d'autres régimes obligatoires (Régime social des indépendants jusqu'en 2018, cultes, régimes agricoles) : les déficits ou excédents de ces régimes sont alors pleinement consolidés avec ceux du régime général.

Le régime général contribue ainsi à la réduction des déficits de nombreux autres régimes, et prend en charge l'intégralité des déficits des régimes financièrement intégrés ⁽³⁾.

Le champ des **régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS)** constitue quant à lui le plus vaste périmètre puisqu'il couvre l'ensemble des régimes, qu'ils soient financièrement intégrés ou non. Il est défini conformément à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale tous les trois ans par le Gouvernement lui-même par la voie d'une liste transmise au Parlement au moment lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

À l'aune de la liste transmise à l'occasion du PLFSS pour 2018 ⁽⁴⁾, on comptait encore en 2016 dans le champ des régimes obligatoires de base le régime général, dix-huit régimes spéciaux ⁽⁵⁾, un régime des salariés agricoles et quatre régimes de non-salariés ainsi que des régimes et fonds « fermés » qui n'accueillent plus de nouveaux assurés tout en continuant à distribuer quelques prestations. Certains régimes ne dérogent au régime général que pour une seule branche (vieillesse généralement) ⁽⁶⁾. Depuis la LFSS pour 2018 ⁽⁷⁾, le Régime social des indépendants, qui comptait en 2016 3,5 millions de bénéficiaires, a rejoint le régime général.

(1) Le mécanisme de compensation fonctionne sur la base d'une moyenne nationale. Les régimes ayant un ratio plus favorable que la moyenne opèrent un transfert financier vers les régimes ayant un ratio moins favorable.

(2) Dans le mécanisme de l'intégration financière, les régimes maintiennent des règles distinctes mais agrègent leur solde avec celui du régime général. Le régime est alors toujours en équilibre pour la branche intégrée puisqu'il reporte tout excédent ou tout déficit sur le solde du régime général.

(3) Branches « maladie » et « vieillesse » du régime des salariés agricole, branche « maladie » des militaires et des non-salariés agricoles, régimes maladie et vieillesse des cultes et régime maladie et accidents du travail des marins.

(4) Document triennal de présentation des régimes obligatoires de base, disponible ici : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/annexe_triennale_plfss_2018_vdef.pdf

(5) Les régimes spéciaux sont des régimes de sécurité sociale antérieurs à 1945 dans des branches d'activité et entreprises visées par un décret en Conseil d'État.

(6) Il existe ainsi vingt-deux régimes d'assurance vieillesse, onze régimes d'assurance maladie et douze régimes d'AT-MP, à l'exclusion des régimes fermés (un régime maladie, trois régimes vieillesse et un régime invalidité et AT-MP).

(7) Article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Moins scruté que le champ du régime général, notamment en raison des difficultés de consolidation ⁽¹⁾, le périmètre des ROBSS est pourtant le plus pertinent pour analyser les comptes sociaux, combinant à la fois :

– une plus grande **exhaustivité** puisqu'il constitue le champ actuel des lois de financement de la sécurité sociale ;

– une logique vertueuse de **consolidation** ; en intégrant les soldes de nombreux régimes ou autres organismes de financement traitant le même risque, les ROBSS permettent de prendre en compte l'ensemble des mouvements financiers qui seraient occultés par la seule considération du régime général.

Le rapporteur général se propose donc, dans la mesure où la documentation disponible le permet, de placer l'essentiel de son analyse financière à l'échelle de l'ensemble des régimes de base. Cette démarche est d'autant plus essentielle que la réforme à venir du système de retraite pourrait conduire à un nouveau rapprochement des périmètres du régime général et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Enfin, si le **Fonds de solidarité vieillesse** ne constitue pas une branche, il fait pleinement partie des comptes de la sécurité sociale, par :

– son mode de financement qui fait appel à des ressources « partagées » chaque année par les articles « de tuyauterie » ;

– sa mission de prise en charge de dépenses relevant de la branche « vieillesse ».

Ainsi, son déficit récurrent est régulièrement, et à juste titre, consolidé dans le « trou de la sécurité sociale ».

1. Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) témoigne d'un nouveau recul important de leurs déficits consolidés en 2018

a. Le tableau d'équilibre des ROBSS

● Le 1^o de cet article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des **régimes obligatoires de base**.

Afin de le mettre en perspective, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 31 de la LFSS pour 2018 ⁽²⁾) ou révisées (article 5 de la LFSS pour 2019 ⁽³⁾).

(1) Ces difficultés expliquent par exemple que le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale remis en juin n'évoque que le champ couvrant le régime général et le Fonds de solidarité vieillesse.

(2) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2018 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE
(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2018)			Prévisions révisées (LFSS 2019)			Réalisé (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	211,0	211,7	- 0,7	211,9	212,8	- 0,9	236,4	236,5	- 0,1
Maladie	236,6	236,4	0,2	236,9	236,6	0,4	212,3	213,1	- 0,8
Famille	51,0	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4	50,4	49,9	0,5
AT-MP	14,0	13,5	0,5	14,2	13,3	0,9	14,1	13,4	0,7
Total*	498,9	497,7	1,3	499,9	499,2	0,7	499,7	499,3	0,3
Total incluant le FSV*	496,1	498,3	- 2,2	498,2	499,6	- 1,4	498,4	499,8	- 1,4

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2018, LFSS 2019 et PLFSS 2020

Le résultat définitif, incluant le Fonds de solidarité vieillesse, pour 2018 fait apparaître un solde négatif de 1,4 milliard d'euros, qui doit être apprécié tant à l'aune de l'exercice 2017, d'une part, que des différentes prévisions dont il a fait l'objet avant la clôture des comptes, d'autre part.

b. Une amélioration très nette des soldes par rapport à 2017

● S'agissant de l'évolution par rapport à l'exercice 2017, les « comptes 2018 » font état d'une nette amélioration du solde.

COMPARAISON DU SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES EN 2018 PAR RAPPORT À 2017
(en milliards d'euros)

	Réalisé 2017 (LFSS 2019)			Réalisé 2018 (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	232,7	230,7	2,0	236,4	236,5	- 0,1
Maladie	203,1	208,0	- 4,9	212,3	213,1	- 0,8
Famille	49,8	50,0	- 0,2	50,4	49,9	0,5
AT-MP	14,4	13,2	1,2	14,1	13,4	0,7
Total*	486,2	488,1	- 1,9	499,7	499,3	0,3
Total incluant le FSV*	483,7	488,6	- 4,8	498,4	499,8	- 1,4

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020.

Cette amélioration de plus de 3,4 milliards d'euros résulte d'une évolution contrastée des soldes de chaque branche.

Contrairement à l'exercice 2017, c'est la branche maladie qui a connu la principale amélioration, résultant de la très forte hausse des recettes de CSG qui lui ont été affectées en répercussion de la « bascule » en faveur du pouvoir d'achat prévue par l'article 7 de la LFSS pour 2019. La situation du FSV, intégrée au total, s'est également améliorée en raison d'une hausse du produit des prélèvements sur le

capital dont il est affectataire, ainsi que par une baisse des dépenses liées à la prise en charge des cotisations des chômeurs, dans un contexte favorable à l'emploi. La maîtrise des dépenses de la branche famille ainsi que la relative stabilité de ses recettes ont permis une légère amélioration de son solde.

À l'inverse, la branche vieillesse et, dans une moindre mesure, la branche accidents du travail-maladies professionnelles ont connu une certaine dégradation de leurs comptes. Cette évolution est d'autant plus notable que la branche vieillesse avait connu une amélioration continue de son solde depuis 2010, largement liée au report de l'âge de départ à la retraite.

**LA DÉCOMPOSITION DE L'AMÉLIORATION DU SOLDE DES ROBSS EN 2018
PAR RAPPORT À 2017 (PAR ORDRE DÉCROISSANT)**

Maladie	+ 4,2
FSV	+ 0,9
Famille	+ 0,8
AT-MP	- 0,4
Vieillesse	- 1,6
Total avec FSV	+ 3,4 ⁽¹⁾

• Cette analyse par les soldes étant particulièrement tributaire des choix faits en matière d'affectation des recettes entre les différentes branches, comme en témoigne la situation de la branche maladie après la réaffectation du surplus de CSG, elle doit être croisée avec une analyse en recettes et plus encore en dépenses.

Cette réduction significative du solde est ainsi le total d'une hausse très solide des recettes (+ 3,0 %) – 1 point au-dessus de la croissance nominale – par rapport aux dépenses (+ 2,3 %) ⁽²⁾.

S'agissant de cette hausse en recettes, un paradoxe veut que la mesure nouvelle ayant eu la plus grande ampleur financière, l'augmentation de 1,7 point des taux normaux de contribution sociale généralisée (+ 22,6 milliards d'euros), n'y a joué qu'un rôle mineur. Celle-ci a en effet été entièrement absorbée par les mesures de compensation prises par ailleurs :

– baisse de cotisations salariales (– 4,9 milliards d'euros) ;

– mesures de compensations pour les travailleurs indépendants et les fonctionnaires (– 2,8 milliards d'euros) ;

– rétrocession d'une fraction importante de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) affectée à la sécurité sociale et au FSV, ainsi que d'autres prélèvements à l'État (– 12,8 milliards d'euros).

(1) Le total ne correspond pas à la somme pour chaque branche, en raison des transferts qui existent entre les différentes branches et le FSV.

(2) Ces chiffres correspondent aux évolutions « pro forma », c'est-à-dire à la neutralisation, dans les rapports présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale, des effets de périmètre.

Conçue pour garantir une certaine neutralité financière entre État et sécurité sociale, cette dernière opération s’est même révélée légèrement négative pour les comptes sociaux : l’imputation en 2017 plutôt qu’en 2018, non prévue dans les tableaux d’équilibre votés par le Parlement, d’un mois de produits de la fraction de TVA transférée (– 1,2 milliard d’euros en 2018), a fini par supplanter la légère surcompensation qu’impliquait le schéma d’ensemble de la « bascule » (+ 0,5 milliard d’euros).

Les recettes supplémentaires sont donc principalement issues du contexte macro-économique : le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 30 septembre dernier estime ainsi que la hausse de la masse salariale et la dynamique des autres assiettes expliquent ainsi 2,7 points sur les 3 points de hausse. Le résidu s’explique par quelques bonnes surprises, notamment sur la hausse du prix du tabac.

En dépenses, le principal déterminant a été l’évolution des prestations d’assurance vieillesse, qui ont augmenté beaucoup plus vite qu’en 2017 (+ 2,9 % contre + 1,6 %), du fait d’éléments conjoncturels (revalorisation au niveau de l’inflation pour + 0,6 %), mais aussi structurels (hausse des pensions perçues, croissance des effectifs pour + 1,3 %, fin des effets du report de l’âge légal de 60 à 62 ans). Pour l’assurance maladie, la croissance des dépenses a été contenue dans des proportions assez proches de celles de l’ONDAM (2,4 % contre 2,3 %). Dans la branche famille, la stabilité des dépenses résulte très largement de celle des prestations légales, notamment la prestation d’accueil du jeune enfant (PAJE).

Pour des éléments plus précis sur chacune de ces branches, et notamment les mesures nouvelles, on pourra utilement se reporter aux commentaires du rapporteur général sur les objectifs de dépenses lors des deux derniers exercices.

c. L’écart aux prévisions initiales et rectifiées ⁽¹⁾

Ce déficit est par ailleurs sensiblement plus élevé que celui qui était prévu en LFSS pour 2018 (– 2,2 milliards d’euros), mais en ligne avec les prévisions révisées en LFSS 2019.

• Les prévisions pour 2018 avaient été révisées une première fois par la LFSS 2019 pour tenir compte de plusieurs éléments nouveaux :

– parmi les « bonnes surprises », la révision de la croissance de la masse salariale de 3,1 % à 3,5 %, de laquelle les recettes de la sécurité sociale, malgré leur fiscalisation croissante, demeurent très dépendantes ; celle-ci a conduit à une amélioration du solde de 0,9 milliard d’euros ; de même, les prélèvements sur le

(1) Cette « clef de passage » entre les comptes prévisionnels et la réalisation est parfaitement documentée par le rapport de la Cour des comptes sur les comptes 2018, rendu pour la première fois en juin, au lieu de constituer le « premier volume » du rapport d’octobre. Le rapporteur général a ainsi pu s’appuyer sur les analyses produites par la Cour dans un délai beaucoup plus appréciable qu’auparavant. Le rapport est disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-07/20190620-rapport-situation-financiere-securite-sociale-2018.pdf>

capital, singulièrement volatiles, ont eu un rendement supérieur de 0,5 milliard d'euros aux prévisions initiales ; et enfin, les « bonnes surprises » de 2017 ont eu un effet positif en base permettant de réviser à la hausse les prévisions de recettes de 0,6 milliard d'euros sur les comptes ⁽¹⁾;

– à l'inverse, la suppression de la cotisation maladie des étudiants, issue de la loi du 8 mars 2018 ⁽²⁾, a été enregistrée en cours d'année à hauteur de 0,2 milliard d'euros ; ainsi qu'une croissance plus forte que prévue des prestations sociales à hauteur de 0,6 milliard d'euros, en raison d'un regain d'inflation.

Au total, l'effet se révélait donc positif de 0,8 point au moment de l'examen de la LFSS 2019, ramenant le déficit à 1,4 milliard d'euros.

● Le solde définitivement constaté dans le présent article, indiscutablement proche des prévisions révisées en LFSS pour 2018, masque néanmoins de significatifs mouvements contraires :

– la révision des prévisions de cotisations pour 900 millions d'euros, en raison d'une masse salariale plus faible qu'attendu, ainsi que de plus faibles rentrées de la cotisation maladie subsidiaire dont s'acquittent les travailleurs frontaliers en Suisse, et enfin à un effet de base négatif 2017 ; par ailleurs, la taxe sur les salaires a également eu un rendement plus faible qu'attendu à hauteur de 400 millions d'euros, soit au total une dégradation de 1,3 milliard d'euros ;

– à l'inverse, une nouvelle révision à la hausse des prélèvements sur le capital de 400 millions d'euros, des droits tabacs de 300 millions d'euros et des remises conventionnelles de 400 millions d'euros ; l'ensemble de ces mesures, comptant pour 1,1 milliard d'euros, a en partie neutralisé ces « mauvaises nouvelles ».

Au total, l'effet consolidé de ces mesures a conduit à une détérioration du solde de 200 millions d'euros, soit un solde de 1,2 milliard d'euros.

2. Le régime général atteint l'équilibre hors FSV, malgré une dégradation par rapport aux prévisions

Le 2^o porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général ; comme pour l'ensemble des régimes obligatoires, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales de la loi de financement pour 2018 ou rectifiées par la loi de financement pour 2019, aux articles déjà cités.

(1) Les prévisions de recettes, comme de dépenses, étant calculées sur le fondement d'une base de l'année précédente et d'hypothèses de croissance de l'assiette, une révision de la prévision de l'année N-1 entraîne automatiquement une révision de celle de l'année N.

(2) Loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2018 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2018)			Prévisions révisées (LFSS 2019)			Réalisé (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,9	210,6	- 0,7	210,4	211,3	- 0,9	210,8	211,5	- 0,7
Vieillesse	133,9	133,6	0,2	134,5	133,7	0,8	133,8	133,6	0,2
Famille	51	49,7	1,3	50,5	50,1	0,4	50,4	50,2	0,2
AT-MP	12,6	12,2	0,4	12,8	12,0	0,8	12,7	12,0	0,7
Total*	394,3	393	1,2	395,2	394,1	1,1	394,6	394,1	0,5
Total incluant le FSV*	392,5	394,8	- 2,2	394,6	395,7	- 1,0	394,6	395,8	- 1,2

(*) Hors transferts entre branches.

Source : LFSS 2018, LFSS 2019 et PLFSS 2020.

Compte tenu de son poids et de l'intégration financière croissante, le solde du régime général est souvent très proche de celui de l'ensemble des régimes obligatoires, sous réserve de quelques écarts liés généralement à la branche vieillesse. Le résultat définitif pour 2018 fait apparaître un déficit, incluant le Fonds de solidarité vieillesse, de - 1,2 milliard d'euros, à comparer avec le résultat 2017, ainsi qu'avec les précédentes prévisions, en insistant sur les différences notables par rapport aux constats faits sur l'ensemble des régimes obligatoires.

Les branches maladie et famille étant très bien intégrées dans le régime général, et compte tenu du poids financier plus limité de la branche AT-MP, les écarts aux prévisions pour l'ensemble des régimes obligatoires tiennent principalement à une dégradation moins nette des comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), par rapport à celle de l'ensemble des régimes obligatoires.

Le solde constaté s'éloigne des prévisions initiales, telles qu'elles ont été présentées dans la LFSS 2018 en raison de plusieurs éléments nouveaux :

Il est en revanche identique à la prévision rectifiée dans la dernière loi de financement, malgré quelques ajustements entre branches, reprenant très largement les évolutions déjà décrites pour l'ensemble des régimes de base.

3. Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base retrace exclusivement le recul du déficit du FSV

● Le 3^o porte approbation du tableau d'équilibre du seul organisme de cette catégorie, à savoir le Fonds de solidarité vieillesse ⁽¹⁾.

Ce fonds, prévu aux articles L. 135-1 et suivants du code de la sécurité sociale, est doté de 17,2 milliards de recettes en 2018 et finance des prestations non contributives servies par les régimes de base d'assurance vieillesse, notamment :

– la prise en charge du financement des droits pour les périodes pendant lesquelles les assurés n'ont pas pu cotiser, par exemple en cas de chômage (11,5 milliards d'euros en 2018) ou d'arrêts maladie (1,8 milliard d'euros en 2017) ;

– l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASP) pour 3,2 milliards d'euros en 2018 – prestation « socle » différentielle ouverte à tous les pensionnés qui s'est substituée au « minimum vieillesse » – ainsi que le minimum contributif (MICO) pour 1,7 milliard d'euros en 2018 – prestation « socle » en principe plus élevée que l'ASP, ouverte à tous les pensionnés ayant tous leurs trimestres.

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2018 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (FSV)

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2018)			Prévisions révisées (LFSS 2019)			Réalisé (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	15,8	19,3	- 3,5	16,8	18,9	- 2,1	17,2	19,0	- 1,8

Source : LFSS 2018, LFSS 2019 et PLFSS 2020.

● Le solde du FSV est donc en nette amélioration par rapport à 2017 (- 2,9 milliards d'euros) grâce :

– à la fin progressive du financement du minimum contributif, transféré par étapes à la CNAV, permettant ainsi une diminution des dépenses (- 0,8 milliard d'euros), qui a surcompensé les effets des premières hausses de l'ASP (+ 0,2 milliard d'euros) ;

– au dynamisme des recettes, qui depuis les réaffectations rendues nécessaires par le contentieux *De Ruyter* en 2016, sont fortement assises sur le

(1) Historiquement, d'autres organismes ont pu faire partie de cette catégorie, à l'instar du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), supprimé par la LFSS 2004.

capital et ont ainsi vraisemblablement bénéficié de l'effet du prélèvement forfaitaire unique, mis en place par la loi de finances pour 2018 ⁽¹⁾.

• Comme en 2017, ce résultat est également nettement meilleur que les prévisions initiales et rectifiées qui annonçaient une moindre amélioration du solde. La perte d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital au profit de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a été surcompensée par le dynamisme des autres produits (la CSG notamment), dans un contexte économique meilleur que prévu.

4. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) tenu

Créé en 1996, l'ONDAM est un plafond indicatif de la quasi-totalité des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement pour l'année à venir, et dont le niveau est définitivement arrêté dans la première partie de la LFSS pour l'exercice N-2.

Ainsi, le 4^o arrête un montant de 195,2 milliards d'euros en 2018, en ligne avec les prévisions de la LFSS pour 2018, soit + 2,2 % par rapport à 2017, et en légère diminution par rapport aux prévisions rectifiées par la LFSS 2019. La Cour des comptes relève que cet écart est pour la troisième année consécutive inférieur à 100 millions d'euros ⁽²⁾.

Cette progression est équivalente à celle qui avait été arrêtée en 2017 et son exécution est marquée comme pour les précédents exercices par un important ajustement, y compris au regard des prévisions rectifiées en 2018 : au nouveau dépassement du sous-objectif lié aux dépenses de soins de ville de 560 millions d'euros a répondu, notamment :

– une nouvelle sous-exécution de celui lié aux dépenses des établissements de santé de 304 millions d'euros ;

– une diminution du « sous-ONDAM » relatif aux établissements médico-sociaux de 200 millions d'euros ⁽³⁾ ;

– une diminution de l'enveloppe dédiée au fonds d'intervention régional de 45 millions d'euros.

La pilotabilité infra-annuelle de ces deux sous-objectifs demeure en effet structurellement asymétrique : le dépassement du sous-objectif « ville » est le produit d'une hausse de la consommation de médicaments, des indemnités journalières, des dépenses de transports et des honoraires médicaux, partiellement compensée par la baisse des honoraires paramédicaux et les effets de la nouvelle

(1) C'est l'hypothèse retenue par la Cour des comptes dans son rapport sur la situation financière de la sécurité sociale, paru en juin dernier.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2018, p. 77.

(3) L'écart résulte d'une règle d'arrondi ; l'objectif est en réalité sous-exécuté de 25 millions d'euros.

convention conclue avec les chirurgiens-dentistes ; le sous-objectif « hôpital » a quant à lui été ajusté par des annulations de dépenses d'établissements sociaux et médico-sociaux, qui ont complété les effets d'une baisse imprévue de leur activité.

Deux « originalités » méritent toutefois d'être soulignées :

– une plus grande sincérité dans la construction, grâce à la suppression rétroactive par la LFSS pour 2019 du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP), et la réintégration de ses dépenses dans le champ de l'ONDAM, conformément à la charte comptable annexée à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 ;

– un dégel, tardif mais total, des mises en réserves initiales (405 millions d'euros, dont 302 millions pour les établissements soumis à la tarification à l'activité), résultant d'une activité hospitalière bien moindre qu'attendu (+ 1,4 % contre + 2,1 % en 2017).

Ce second point a permis une réduction du déficit des hôpitaux (– 660 millions d'euros en 2018, contre – 865 millions en 2017), témoignant une fois encore de l'interaction très directe entre les résultats hospitaliers et l'ONDAM « établissements de santé ».

5. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et au Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

• Le 5^o porte approbation du montant de la dotation au FRR, constamment nul depuis 2011. Il constitue une donnée obligatoire en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale précité qui fait obligation au législateur de mentionner dans la première partie de la LFSS le montant des recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires, catégorie comprenant le seul FRR dans le droit positif.

En effet, en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le Fonds a été mis en extinction : aucune recette ne lui est plus affectée, tandis qu'il décaisse chaque année 2,1 milliards d'euros au profit de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), afin de participer au financement des déficits des organismes chargés d'assurer les prestations du régime de base de l'assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2018, en application de la LFSS 2011 ⁽¹⁾.

Créé en 1999 ⁽²⁾, le FRR était chargé de mettre en réserve et de faire fructifier des ressources qui lui étaient affectées afin de maintenir voire d'améliorer le niveau des pensions à horizon 2020, dans la perspective d'une dégradation prévisible des équilibres financiers. Compte tenu de la forte

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(2) Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

dégradation des régimes d'assurance vieillesse à la suite de la crise financière des années 2008-2009, il a été décidé de mettre à contribution le Fonds avant l'horizon initialement prévu, pour « alimenter » la CADES.

Cette absence de mise en réserve n'est pas synonyme d'absence de produits pour le FRR : comme rappelé à l'annexe 8 au présent projet de loi, au 31 décembre 2018, la valeur des actifs du FRR était de 32,6 milliards d'euros, contre 36,4 milliards d'euros à la même date en 2017, dont 45 % sont placés de manière très sûre (poche dite « de couverture ») afin de permettre de poursuivre les versements à la CADES jusqu'à l'extinction de cette dernière, et 55 % sont placés de manière plus dynamique afin de produire du rendement (poche dite « de performance »).

Ces placements permettent de dégager en 2018 un résultat financier de 1 milliard d'euros, en baisse par rapport aux 2,5 milliards enregistrés en 2017. Ces performances plus modestes sont à imputer à deux épisodes de baisse des actifs de performance sur les marchés en février, puis en fin d'année.

• Dans la même logique, le 6° prévoit que le FSV ne met aucune somme en réserve, comme chaque année depuis 2011 ⁽¹⁾.

6. La dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)

La CADES a été créée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 portant mesures relatives au remboursement de la dette sociale pour amortir et éteindre la dette du régime général de la sécurité sociale. Elle est historiquement affectataire :

– depuis sa création d'une ressource exclusive, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) ;

– depuis la LFSS pour 2008 ⁽²⁾, d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) ;

– depuis 2011, du versement annuel du FRR précité ⁽³⁾.

Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés ⁽⁴⁾. L'amortissement est égal à la différence entre le produit des

(1) L'article 109 de la LFSS pour 2011 précitée avait prévu une mise en réserves de recettes pour le financement de dispositifs dérogatoires de retraites. Abondée seulement entre 2011 et 2013, cette « 3^e section » a finalement été récupérée par la CNAMTS en application de la LFSS pour 2017, par une opération comptable ponctuelle, vigoureusement critiquée par la Cour des comptes, en faveur du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique.

(2) Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

(3) Elle a historiquement été affectataire d'une fraction du prélèvement social sur les revenus du capital entre 2011 et 2016.

(4) La CADES bénéficie depuis sa création du soutien de l'Agence France Trésor, renforcé par le décret n° 2017-869 du 9 mai 2017.

ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le 7° porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2018, à savoir 15,4 milliards d'euros.

Ce chiffre, légèrement supérieur à l'objectif fixé en LFSS pour 2018 (15,2 milliards d'euros), s'explique à la fois par la dynamique des recettes et par des conditions d'emprunt toujours très favorables.

II. CES COMPTES SONT VALIDÉS PAR LA COUR DES COMPTES QUI FORMULE NÉANMOINS CERTAINES RÉSERVES

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes est chargée de produire, dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance du Parlement et du Gouvernement, un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ainsi qu'un rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos ⁽¹⁾.

1. Une cohérence des tableaux d'équilibre confirmée, sous quelques réserves

L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre figure dans le rapport sur l'application des LFSS (RALFSS), produit annuellement par la Cour en application du 1° du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Les principales conclusions de l'avis rendu dans le RALFSS 2018 sont reproduites dans l'encadré suivant.

(1) Pour plus d'informations sur la question de la certification, qui dépasse le cadre du présent commentaire, on se reportera utilement au rapport de la Cour des comptes (Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2018, juin 2019 <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-06/20190523-rapport-Certification-comptes-securite-sociale-exercice-2018.pdf>), ainsi qu'à l'annexe 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020 (Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale, pages 41 et 42). On rappellera que les comptes des régimes autres que le régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont quant à eux certifiés par des commissaires aux comptes.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2017

« À l'issue de ces vérifications et sur le fondement des éléments d'information qui lui ont été communiqués par la direction de la sécurité sociale, la Cour estime que les tableaux d'équilibre précités fournissent une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde qui en découle. Elle formule néanmoins les [trois] observations suivantes :

« 1. à la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressantes les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2017 et par rapport aux prévisions 2018) ;

« 2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes sociaux ;

« 3. les réserves formulées par la Cour dans le rapport de certification des comptes de 2018 du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2018, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables. »

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2019⁽¹⁾, disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/20191008-rapport-securite-sociale-2019.pdf>

● La première observation fait référence à l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui présente en détail les recettes, dépenses et solde des régimes par catégorie et par branche, dont la Cour n'aurait pas disposé pour porter une appréciation éclairée sur les tableaux d'équilibre ; interrogée sur ce point par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale a confirmé qu'il lui était impossible de transmettre à l'été des documents qu'elle ne finalisait qu'entre la fin du mois de septembre et le début du mois d'octobre, afin de consolider les données de certains petits régimes ; par ailleurs, lui-même destinataire très tardivement de ce précieux document, comme ses collègues, le rapporteur général se contenterait pour la bonne information de la représentation nationale de l'avoir quelques jours plus tôt.

● La deuxième observation, récurrente, reproche au Gouvernement sa méthode de contractions de produits et de charges, en méconnaissance du cadre normatif organique. Ces consolidations sont retracées dans l'annexe 4 précitée et répondent à une double préoccupation de neutralisation :

– la première consiste à neutraliser les transferts entre régimes de sécurité sociale et permet d'éviter une double comptabilisation de recettes ou de produits qui correspondraient en réalité aux relations financières entre deux régimes, ou entre des branches d'un même régime ; l'utilité de cette neutralisation est entièrement reconnue ;

(1) Bien que la publication du rapport de la Cour soit antérieure à la présentation du PLFSS, ces tableaux communiqués par la direction de la sécurité sociale (DSS) sont les mêmes que ceux qui ont été présentés à la représentation nationale.

– la seconde consiste à neutraliser les écritures d’inventaire et c’est elle qui fait l’objet des critiques renouvelées de la Cour ; interrogée lors de l’examen de la LFSS 2018 sur ce même point, la direction de la sécurité sociale a fait savoir au rapporteur général que ce retraitement des données répondait à la préoccupation assumée de « *neutraliser l’hétérogénéité des modes de comptabilisation d’un petit nombre d’écritures entre régimes et dans le temps pour un même régime* » ; en effet, les régimes appliquent des règles de comptabilité différentes et les modifient parfois entre deux exercices ; c’est pourquoi il est procédé à une harmonisation des présentations comptables des différents régimes, d’une part, et dans le temps, d’autre part ; par ailleurs, la direction de la sécurité sociale se réserve la possibilité de ne pas faire figurer des écritures comptables n’ayant aucune contrepartie économique ou de conséquence sur le solde.

Au regard de ces explications, le rapporteur général se satisfait de cette présentation comptable, dont la méthodologie est présentée de manière détaillée et illustrée dans l’annexe 7, et sous réserve :

– que ces règles soient suffisamment constantes pour rendre les chiffres comparables d’une année sur l’autre ;

– qu’elles n’aient jamais pour incidence de modifier artificiellement le solde ou d’occulter une réalité économique ou financière.

● La troisième observation reproduit synthétiquement les réserves émises par la Cour à l’occasion de son rapport sur la certification des comptes du régime général, s’agissant notamment des dispositifs de contrôle interne.

Au total, le rapporteur général se félicite du nombre réduit de ces réserves, par rapport à l’exercice précédent.

2. Des comptes du régime général certifiés avec un nombre en légère hausse des réserves

Conformément à l’article L.O.132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes certifie les comptes du régime général⁽¹⁾, au même titre que les comptes de l’État.

(1) Les comptes des autres régimes sont certifiés par des commissaires aux comptes.

Article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières ⁽¹⁾

« Chaque année, la Cour des comptes établit un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos, établis conformément aux dispositions du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Ce rapport est remis au Parlement et au Gouvernement sitôt son arrêt par la Cour des comptes, et au plus tard le 30 juin de l'année suivant celle afférente aux comptes concernés. »

Dans son rapport remis en mai 2019 ⁽²⁾, la Cour a certifié les comptes du régime général avec vingt-neuf réserves, à comparer avec les vingt-huit réserves émises pour les comptes de l'année 2017.

Sans prétendre rappeler l'ensemble des inquiétudes formulées par la Cour, on peut retenir que celle-ci maintient notamment ses recommandations récurrentes visant à mettre en place un contrôle interne plus approfondi dans l'ensemble des branches, qui seraient à l'origine de « *taux d'erreurs élevés affectant la correcte liquidation des prestations* ». Ainsi, « *une pension de retraite liquidée sur sept et un dossier d'indemnités journalières sur dix serait entaché d'erreurs à incidence financière* » en 2018. La Cour insiste également sur les « *marges de progression en matière de lutte contre la fraude* » ⁽³⁾.

Tout en étant particulièrement attentif aux réserves de la Cour, le rapporteur général se félicite de la « banalisation » de cet exercice de certification, qui n'a plus entraîné de refus ou d'impossibilité de certifier depuis 2012.

*
* *

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

(2) Cour des comptes, Certification des comptes 2018 du régime général de sécurité sociale, mai 2019, disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-06/20190523-rapport-Certification-comptes-securite-sociale-exercice-2018.pdf>

(3) Ces constats de la Cour ont été reformulés ainsi dans le nouveau rapport de la Cour relatif à l'état financier de la sécurité sociale, désormais mis à la disposition du Parlement avant l'été et disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-07/20190620-rapport-situation-financiere-securite-sociale-2018.pdf>

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A)

Adopté par la commission sans modification

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace la situation financière dans le champ des LFSS au 31 décembre du dernier exercice clos (2018) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Ce tableau reflète l'amélioration des comptes de la sécurité sociale en 2018.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques en définissant le contenu.

3° du A du I de l'article L.O. 111-3 et II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

La loi de financement « 3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article L.O. 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1° ».

Le II de l'article L.O. 111-4 précise qu'il s'agit d'« un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos [, qui] présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement⁽¹⁾, à l'amortissement de leur dette⁽²⁾ ou à la mise en réserve de recettes à leur profit⁽³⁾ ».

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement sur l'état de la situation patrimoniale d'une partie des régimes faisant partie du champ des lois de financement de la sécurité sociale⁽⁴⁾. Celui-ci permet, au-delà du solde qui peut s'analyser comme un « flux » à un moment donné, d'apprécier la situation financière nette consolidée, en y intégrant l'ensemble de l'actif et du passif du champ des lois de financement. Les « stocks » sont ainsi présentés (réserves, dettes) ainsi que la manière dont les déficits sont finalement pris en charge concrètement.

(1) *Fonds de solidarité vieillesse (FSV).*

(2) *Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).*

(3) *Fonds de réserve pour les retraites (FRR).*

(4) *Certains régimes ne sont en effet pas retracés en raison de leur faible importance financière (régimes représentant moins de 30 millions d'euros et ne recourant pas à l'emprunt).*

1. Le tableau présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale reflète une amélioration de la situation des comptes sociaux en 2018

● L'annexe A reflète à plusieurs égards une accélération de l'amélioration du solde des régimes de sécurité sociale de plusieurs manières au passif.

La première partie du tableau, qui témoigne d'une variation des capitaux propres, est positive de 11,6 milliards par rapport à 2017, ce qui résulte de la consolidation de deux « pôles » comptables :

Un « pôle positif » d'actifs comprenant :

– des dotations et réserves, notamment grâce au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), qui dispose de 15,5 milliards d'euros de dotations et de 10,1 milliards d'euros de réserves, ainsi qu'aux réserves du régime général et des autres régimes (11,5 milliards d'euros) ;

– un résultat globalement positif en 2018 (+ 14,9 milliards d'euros), en hausse par rapport à 2017 de 2,3 milliards d'euros, qui résulte des excédents des régimes obligatoires (+ 0,3 milliard d'euros) et des ressources de la CADES (15,4 milliards d'euros), le tout minoré du déficit du Fonds de solidarité vieillesse, lui aussi en baisse.

Ce « pôle positif » doit être consolidé notamment avec le report à nouveau négatif lié aux déficits des ROBSS et du FSV des années précédentes (15,9 milliards d'euros), ainsi que de la dette restant à amortir à la CADES (121 milliards d'euros). Ces montants sont toutefois en baisse par rapport à 2017, en raison de l'amortissement de la dette sociale par la Caisse.

Au total, c'est donc bien l'amortissement de la dette sociale qui est, assez logiquement, le principal facteur de réduction du besoin de capitaux propres de la sécurité sociale.

La deuxième partie du tableau présente la différence entre l'actif et le passif financier de la sécurité sociale. À la stabilité des actifs, constitués très largement des réserves placées (55,8 milliards d'euros en 2018, contre 55,6 milliards d'euros en 2017), répond un important passif (142,6 milliards d'euros en 2018). Ce dernier est toutefois en diminution par rapport à 2017 (158,5 milliards d'euros) grâce à la diminution des dettes portées par l'ACOSS et la CADES (– 21 milliards d'euros). L'amortissement de la dette portée par la CADES, l'amélioration des conditions d'emprunt et celle du solde de la sécurité sociale permettent d'expliquer cette évolution.

La troisième partie du tableau, qui présente l'actif et le passif circulant, permet d'observer les besoins de financement à court terme de la sécurité sociale (fonds de roulement). Ils témoignent d'une relative stabilité par rapport à 2017, puisque l'actif circulant représentait au 31 décembre 77,3 milliards d'euros, contre 82,1 milliards d'euros l'année précédente, et le passif circulant 57,4 milliards d'euros, contre 57,9 milliards durant le précédent exercice. La différence négative entre ces deux éléments peut s'interpréter comme l'absence de difficulté de la sécurité sociale à se financer à court terme.

- Conformément à l'article L.O.132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes produit un avis sur la cohérence du tableau patrimonial.

Dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* d'octobre 2019, la Cour des comptes juge que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A du présent projet « *fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2018* »⁽¹⁾.

En revanche, elle maintient une observation, déjà évoquée par ailleurs ainsi que les années précédentes, tenant à l'insuffisance des dispositifs de contrôle interne et la persistance de difficultés comptables.

2. La description des mesures prévues pour la couverture des déficits constatés et l'affectation des excédents illustrent l'hétérogénéité des situations financières de chaque régime

S'il est difficile de résumer en quelques grandes lignes directrices des opérations propres à la situation financière de chaque régime, certaines mesures méritent d'être soulignées dans le cadre du présent commentaire.

- Le régime général et le FSV étaient en déficit de 1,2 milliard d'euros en 2018, et celui-ci s'est ainsi ajouté à la dette gérée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), le plafond de reprise de la dette prévu pour 2011-2018 par la CADES ayant été saturé dès 2016.

- La plupart des autres régimes de base sont à l'équilibre ou en excédent en 2018 grâce à l'intégration financière (maladie pour tous les régimes, salariés agricoles et régime social des indépendants), par des subventions d'équilibre de l'État comme garant de l'équilibre financier de ces régimes (SNCF, RATP, mines, marins) ou par des subventions de l'État en tant qu'employeur (FPE, industries électriques et gazières).

- Les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,3 milliard), du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (0,09 milliard) et de la Caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard) sont affectés aux réserves des régimes concernés.

- La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (-0,6 milliard) a enregistré un premier déficit en 2018, en raison de la forte dégradation de ses recettes, dans un contexte de « gel » des rémunérations et de forte hausse de ses prestations, l'effet du report de l'âge légal ayant pris fin.

- Les déficits passés accumulés par le régime des mines avant qu'il ne bénéficie de la subvention d'équilibre ont été transférés à la CNAMTS à hauteur de 0,7 milliard d'euros en 2016.

(1) Page 153 https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

● Le déficit du régime de retraite des exploitants agricoles est géré comme les années précédentes par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et financé par des avances rémunérées de l'ACOSS conformément aux nouvelles dispositions adoptées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Ces déficits cumulés ont atteint 3,7 milliards d'euros en 2018.

*

* *

**DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019**

Article 3

**Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale
pour l'exercice en cours**

Adopté par la commission avec modifications

L'article 3 acte la non-compensation des mesures issues de la loi du 24 décembre dernier portant mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES »), et réaffecte en conséquence les recettes impactées afin d'assurer une répartition homogène des pertes liées sur l'ensemble des branches.

Il assure par ailleurs la rectification d'un certain nombre de mesures de coordination, ainsi que la sécurisation juridique des modalités transitoires des juridictions sociales.

1. Les mesures issues de la loi « MUES » sont compensées en l'état du droit

● Adoptée dans des conditions exceptionnelles pour faire face à une demande très forte des Français en matière de pouvoir d'achat, la loi du 24 décembre 2018 ⁽¹⁾ a prévu trois mesures affectant la sécurité sociale, dont deux pouvaient avoir une influence directe sur les comptes de cette dernière :

– le rétablissement d'un taux intermédiaire de contribution sociale généralisée sur les revenus de remplacement à 6,6 % pour les pensionnés dont le revenu fiscal de référence de l'année 2017 était compris entre 14 548 euros et 22 579 euros par an ; le coût de la mesure est estimé pour l'année en cours à 1,5 milliard d'euros ;

– l'anticipation de l'exonération de cotisations sociales salariales pour les heures supplémentaires et complémentaires du 1^{er} septembre au 1^{er} janvier pour un montant de 1,25 milliard d'euros.

La mesure relative à la mise en place d'une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, reconduite par l'article 7 du présent projet de loi dans des modalités adaptées, n'avait quant à elle en principe aucun effet budgétaire puisqu'elle devait s'ajouter aux rémunérations existantes.

● En application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, ces mesures, respectivement de réduction de contribution et d'exonération de cotisations, « *donnent lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de [leur] application* ».

(1) Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

Faute de disposition contraire, qui ne peut être prise qu'en loi de financement, les mesures issues de la loi « MUES » devaient donc être considérées comme compensées par des crédits budgétaires.

En pratique, il restait donc aux prochaines lois de finances et loi de financement de la sécurité sociale à tirer les conséquences de cette situation, en retenant une des trois possibilités suivantes :

– inscrire les crédits afférents dans une mission budgétaire en loi de finances ;

– assurer la compensation de ces mesures par d'autres moyens : transferts de dépenses ou, de manière plus vraisemblable compte tenu des montants, affectation d'une recette à due concurrence à la sécurité sociale ;

– prévoir une pure et simple non-compensation de ces mesures dans la loi de financement, qui a le monopole organique de ce type de mesure, et acter dans les tableaux d'équilibre pour l'année 2019 ces « pertes sèches » pour la sécurité sociale.

C'est cette troisième possibilité qui est proposée par le présent article.

2. L'article 3 propose la non-compensation de pertes de recettes, notamment issues de la loi « MUES », et procède à une réaffectation entre branches en conséquence

a. Les non-compensations nouvelles

• Le **III** prévoit, dans des dispositions non codifiées, la non-compensation dès l'exercice 2019 de quatre mesures, deux étant issues de la loi « MUES », et deux de la dernière loi de financement ⁽¹⁾ :

– le rétablissement du taux intermédiaire de CSG précité, issu de la loi « MUES », pour un montant de 1,5 milliard d'euros en 2019, ainsi que la mesure de lissage de franchissement des seuils en matière de contribution sociale généralisée « remplacement », issue de l'article 14 de la LFSS 2019 ;

– la diminution du forfait social (article L. 137-15 du code de la sécurité sociale), prévu par la LFSS 2019 pour un montant de 600 millions d'euros ;

– l'anticipation de l'exonération de cotisations sociales salariales sur les heures supplémentaires prévues par la loi « MUES » ;

S'agissant des mesures relatives au lissage et du forfait social, l'opération ressemble à une rectification, la non-compensation ayant été actée dans les tableaux d'équilibre 2019, sans être dûment inscrite dans la LFSS 2019. Le rapporteur général regrette bien évidemment cet oubli, imputable à une application

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

variable de l'article L. 131-7, malgré sa grande clarté. Il souhaite que ces non-compensations soient systématiquement explicites, afin que le Parlement puisse se prononcer explicitement sur ces questions.

● Au total, ces différentes non-compensations semblent procéder *a posteriori* à une stricte application des principes dégagés par le rapport remis au Parlement sur les relations entre l'État et la sécurité sociale, en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022⁽¹⁾. Ce dernier⁽²⁾ préconisait en effet, alors dans la perspective contrastée d'excédents en faveur de la sécurité sociale et d'un déficit croissant de l'État, une distinction entre :

– les « allègements ciblés », qui devaient être pris en charge par les ministères concernés sur leurs crédits budgétaires ;

– les « allègements généraux », qui devaient être assumés, sans effet rétroactif sur ceux qui étaient déjà compensés, par la sécurité sociale.

Cette distinction, claire en apparence, méritait néanmoins quelques précisions, puisque :

– les allègements généraux étaient entendus de manière large comme tout allègement non spécifique ;

– les allègements spécifiques relevaient nécessairement pour le rapport de trois catégories : ceux à destination des « publics fragiles », ceux à destination des « zones géographiques en difficultés » et ceux en faveur des « secteurs économiques à encourager ».

Au regard de cette typologie, et en supposant que les pages 27 à 33 du rapport constituent bien la nouvelle doctrine en la matière, celle-ci a été rigoureusement appliquée à la CSG de manière générale (franchissement de seuil), à la CSG remplacement (nouveau taux intermédiaire), au forfait social pour l'ensemble des mesures d'épargne visées et aux heures supplémentaires pour tous les salariés.

Force est de constater que ces non-compensations auront un impact important sur les comptes de la sécurité sociale en 2019, puisqu'au total c'est 2,8 milliards d'euros de recettes dont sera privée la sécurité sociale en 2019, et 1,5 milliard d'euros en année pleine à compter de 2020.

L'effet sur le solde est étudié de manière plus complète dans le commentaire de l'article 5.

(1) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

(2) Ce rapport ayant été préfiguré par une mission confiée à MM. Christian Charpy, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, et Julien Dubertret, ancien directeur du budget, il est parfois associé, par facilité de langage, à ces deux noms.

b. En conséquence, une réaffectation des recettes entre les branches qui dépasse la stricte neutralisation des non-compensations

Le **I** prévoit principalement de neutraliser les effets de la non-compensation entre ces différentes entités, donnant ainsi l'occasion rare au rapporteur général de commenter non pas un mais deux articles de « tuyauterie » dans le cadre du présent projet de loi. Comme il est désormais d'usage, cette neutralisation s'exerce à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, qui prévoit l'affectation des principales ressources fiscales des régimes obligatoires de base.

Enfin, le **3°** du **I** augmente de 0,26 point la fraction de CSG « remplacement » au taux normal de 8,3 % en faveur du FSV (1,98 point au lieu de 1,72) et lui attribue par ailleurs 1,98 point de CSG « remplacement » au taux intermédiaire de 6,6 %.

Le **2°** du **I** modifie les fractions de recettes fiscales affectées à la branche assurance maladie, en :

– diminuant de 0,26 point la fraction de CSG « remplacement » au taux normal de 8,3 % ;

– augmentant de 0,95 point la fraction de CSG au taux réduit de 3,8 % ;

– diminuant de 1,98 point la fraction de CSG « remplacement » au taux intermédiaire de 6,6 %.

Le **1°** du **I** supprime l'affectation de la CSG à taux réduit en faveur de la Caisse nationale des allocations familiales, qui s'était vue attribuer à tort une fraction de 0,95 point de cette ressource, pour un montant de 300 millions d'euros, en raison d'une « sur-affectation » de cette ressource, par rapport à son taux global (3,8 %, dont 0,6 point est attribué à la CADES, et 2,25 points à la CNAM).

Ainsi, trois mouvements distincts peuvent être distingués :

– un **premier transfert, le plus important en volume, de l'assurance maladie vers le FSV vise à neutraliser les effets de la création par la loi « MUES » d'un taux intermédiaire de CSG** « remplacement » sur le Fonds ; celui-ci avait en effet perdu une part importante de ses ressources, liées aux pensions de retraite qui auraient dû être soumises au taux normal, et qui ont été soumises au taux réduit, affecté par la CNAM au moment de « MUES » ; il procède à l'attribution de 1,98 point de cette recette au FSV, au détriment de la CNAM, pour un total de 1,5 milliard d'euros ;

– un **deuxième transfert de l'assurance maladie vers le FSV de 0,26 point de la CSG « remplacement »** au taux normal pour un montant de 700 millions d'euros ; lors de la rétrocession des prélèvements sur le capital affectés au FSV vers l'État, l'affectation compensatrice de la « CSG » à taux

réduit, avait été sous-estimée pour ce dernier, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ;

– enfin, un **transfert entre la branche famille et la branche maladie d'une fraction de 0,95 point de la CSG à taux réduit** vise à corriger le fait que ce produit ait été « *indûment affecté* », selon le Gouvernement dans son étude d'impact, à la CNAF, à la suite de plusieurs mouvements de réaffectations de cette ressource.

3. Les autres mesures proposées par l'article 3

a. Une coordination des ressources de la CNSA

Le II modifie quant à lui, à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, les recettes de la CNSA, pour tirer les conséquences de la suppression de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA).

Il prévoit ainsi que le montant des « *ressources destinées aux personnes handicapées* » correspondra, non plus à 40 % du produit de la contribution solidarité autonomie (CSA), prélevée sur les entreprises, et de la contribution additionnelle au prélèvement social, prélevée sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, mais à 24 % de la CASA et la CSG perçue par la CNSA, telle qu'elle a été fixée par l'arrêté du 25 juillet dernier ⁽¹⁾.

Sommes en milliards	Contributions additionnelles au prélèvement social *	CSA « activité »	CSG affectée à la CASA
Total	0,42	2,1	2,24 **
40 %	0,17 (1)	0,84 (2)	0,90
24 %	0,10	0,50 (3)	0,54 (4)
Droit existant = (1) + (2) = 1,00			
Droit proposé = (3) + (4) = 1,04			

* Ces contributions ayant disparu en 2019, les chiffres présentés sont une approximation réalisée à partir des rendements 2018, à savoir respectivement 194,2 millions d'euros et 233 millions d'euros pour les contributions additionnelles sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement.

** La fraction de CSG affectée à la CNSA étant fixée par arrêté ministériel en application du 3° de l'article L. 14-10-4, on prendra ici l'hypothèse, très probable, que cette fraction ne sera pas modifiée d'ici la fin de l'année.

Sources : annexe 4 du PLFSS 2020 et annexe Voies et moyens du PLF 2020.

Compte tenu du caractère approximatif du rendement de ces contributions, cette nouvelle rédaction ne modifie pas substantiellement le montant en euros alloué à ces actions en direction du handicap, et pourrait même l'augmenter légèrement.

Elle constitue par conséquent essentiellement une mesure de coordination permettant de tenir compte d'un changement important de financement de la CNSA, issu de la « tuyauterie » de l'exercice 2019.

(1) Arrêté du 25 juillet 2019 fixant la répartition de la fraction de la contribution sociale généralisée affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

b. Une sécurisation juridique des dépenses transitionnelles liées aux personnels des anciennes juridictions sociales

La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a prévu le transfert des juridictions sociales spécialisées (tribunaux des affaires de sécurité sociale – TASS, tribunaux du contentieux de l’incapacité – TCI – et commission départementale d’aide sociale – CDAS) vers des tribunaux de grande instance dédiés. La mesure est entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019 mais un étalement progressif des transferts d’agents est prévu sur la période 2019-2022, pour leur permettre notamment d’exercer leur droit d’option s’ils sont fonctionnaires ou de demander leur recrutement par le ministère de la justice pour les salariés de droit privé.

Dans ce délai, certains agents mis à disposition pourraient continuer à relever du budget de la sécurité sociale jusqu’au 31 décembre 2020 comme le prévoient les lois de finances pour 2019 et pour 2020 ainsi que l’ordonnance du 16 mai 2018 ⁽¹⁾.

Le **IV**, par des dispositions non codifiées, assure le maintien du financement par la sécurité sociale des personnels ayant vocation à être transférés vers l’État dans le cadre de la réforme, en donnant à ce financement une base législative qui semblait lui manquer.

Ces personnels continueraient de se voir appliquer l’article L. 144-5 abrogé du code de la sécurité sociale, qui prévoit la prise en charge des dépenses liées au contentieux social par la caisse nationale compétente.

Sont ainsi concernés :

- les fonctionnaires de l’État exerçant dans des TASS ;
- les agents contractuels exerçant dans les TASS et les TCI ;
- les salariés de droit privé des organismes de sécurité sociale mis à disposition.

*

* *

(1) Ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement juridictionnel du contentieux de la sécurité sociale et de l’aide sociale.

Article 4

Modification du montant M applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables

Adopté par la commission sans modification

L'article 4 ajuste rétroactivement le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables (dit « taux M ») afin de tenir compte d'un « effet de base » 2018 caractérisée par une forte baisse de ce chiffre d'affaires. Ce taux M 2019 serait ainsi fixé à 1,01 fois le chiffre d'affaires 2018, au lieu de 1,005.

1. La clause de sauvegarde en matière de médicaments remboursables, un mécanisme profondément réformé par la LFSS pour 2019

Sans reproduire ici dans le détail l'analyse que le rapporteur général avait faite de l'ancien et du nouveau dispositif de la clause de sauvegarde dans son précédent rapport ⁽¹⁾, il convient ici d'en rappeler les éléments essentiels.

● Créé en 1999, le mécanisme de la clause de sauvegarde, prévu à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, constitue un outil fiscal de régulation de la dépense de médicaments. La clause fonctionne comme un prélèvement sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, déclenché lorsque celui-ci dépasse les objectifs d'évolution fixés par le législateur.

Si le déclenchement de la clause est calculé sur une base agrégée, le paiement de celle-ci, une fois déclenchée, est réparti entre les entreprises concernées en fonction de leur part dans le chiffre d'affaires global. Le seuil de déclenchement correspond à un seuil d'évolution du chiffre d'affaires, net des remises dont la sécurité sociale a pu bénéficier auprès du fabricant.

● Entre 2015 et 2018, le législateur avait souhaité distinguer les clauses applicables aux dépenses réalisées en « ville » et à l'hôpital, et avait ainsi substitué au taux K deux taux dits « Lv » et « Lh ».

La LFSS pour 2017 a par ailleurs procédé à une modification des règles de calcul en retirant la déductibilité des remises dans le calcul de l'assiette.

● Dans le sillage des engagements pris devant le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), la LFSS pour 2019 avait considérablement simplifié le mécanisme :

– en rétablissant une clause de sauvegarde unique pour l'ensemble du secteur, supprimant ainsi les taux « Lv » et « Lh » ;

(1) On pourra ainsi se référer utilement au commentaire de l'article 15, dans la numérotation initiale du projet de loi de financement pour 2019.

– en remplaçant le principe d'un seuil de déclenchement calculé à partir d'un taux d'évolution, trop dépendant de la réalisation de l'année précédente, par un montant en euros, plus lisible ;

– en réintégrant les remises dans le calcul de l'assiette, afin d'avoir une assiette plus réaliste du coût réellement supporté par la sécurité sociale ;

– en supprimant les exemptions d'assiette liées aux génériques et aux médicaments sur les maladies orphelines.

Les taux de prélèvement, une fois la clause déclenchée, n'ont quant à eux pas été modifiés :

Droit applicable jusqu'à l'exercice 2018 (taux T par rapport aux taux Lv ou Lh)	Droit applicable depuis l'exercice 2019 (chiffre d'affaires CA par rapport au montant M)	Taux applicable au chiffre d'affaires
T supérieur à L et inférieur ou égal à L + 0,5 point	CA supérieur à M et inférieur ou égal à M multiplié par 1,005	50 %
T supérieur à L + 0,5 point et inférieur ou égal à L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à M multiplié par 1,01	60 %
T supérieur à L + 1 point	CA supérieur à M multiplié par 1,01	70 %

Commission des affaires sociales, à partir de l'étude d'impact annexée à la LFSS pour 2019.

Pour la première année d'application du nouveau mécanisme, soit 2019, le législateur avait retenu un montant M défini en fonction du chiffre d'affaires réalisé en 2018, majoré de 0,5 %.

- L'opportunité de ces modifications demeure intacte pour le rapporteur général, qui souhaite qu'elles puissent s'inscrire dans le temps, notamment compte tenu des multiples « allers-retours » intervenus ces dernières années à ce sujet. Par ailleurs, sa construction n'exclut pas la nécessité d'un ajustement s'agissant notamment de l'exercice 2019, très dépendant des résultats de l'année 2018.

2. L'article 4 ajuste le montant M applicable en 2019 et fixe ce même montant M pour 2020

- L'étude d'impact rappelle que les ventes de médicaments remboursables ont connu pour la première fois une baisse après plusieurs années de croissance, d'environ 1,1 point en 2018, alors que la loi de financement pour 2018 avait initialement prévu un « plafond » de 0 % pour la ville et de 2 % à l'hôpital. Cette situation résulterait de négociations fructueuses sur les prix, ainsi que d'un effet moindre des arrivées de médicaments onéreux qui étaient attendus.

2019 constituant l'année de transition vers le nouveau mécanisme de la clause de sauvegarde fixée en euros et non en taux d'évolution du chiffre d'affaires, le montant M pour 2019 était calculé, pour la dernière fois, par rapport au chiffre d'affaires constaté en 2018. Ce dernier s'étant révélé plus faible que prévu, à droit inchangé, le montant M pour 2019 aurait été logiquement plus faible

et plus facilement déclenché. Afin que les entreprises pharmaceutiques ne soient pas doublement sanctionnées – par la baisse de chiffre d'affaires en 2018 et sa rétroaction sur le seuil du déclenchement de la clause de sauvegarde en 2019, le présent article procède à l'ajustement du mode de calcul du montant M pour l'année en cours.

Ce montant correspond ainsi, dans le droit proposé, au chiffre d'affaires de l'année 2018 augmenté de 1 % au lieu de 0,5 %.

Rétroactive sur les plans juridique et financier, la mesure devrait coûter 60 millions d'euros en 2019. Ce chiffre est un peu surprenant, car d'après les échanges entre le rapporteur général et la direction de la sécurité sociale, le déclenchement de cette clause n'était qu'éventuel, des incertitudes pesant encore sur la fin de l'exercice 2019, avec d'importantes négociations en cours avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Cette situation témoigne par ailleurs des limites du nouveau dispositif, qui continue à être fortement dépendant de sa base. Pour la direction de la sécurité sociale, ce mode de construction par référence à l'année précédente était inévitable dans un premier temps, même si le montant M a vocation à devenir, dès que les services auront un peu de recul, un objectif en euros.

Elle ne devrait pas poser de difficultés particulières dans sa mise en œuvre car les entreprises n'ont pas encore effectué leur calcul de leur chiffre d'affaires annuel, qui sera transmis aux URSSAF en début d'année 2020.

*

* *

Article 5

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2019

Adopté par la commission sans modification

L'article 5 porte la rectification des prévisions de recettes et de soldes ainsi que des objectifs de dépenses relatifs à l'année en cours, afin de tenir compte des données disponibles les plus récentes, ainsi que des mesures rectificatives.

La rectification pour l'année 2019 est singulièrement significative, puisque le déficit des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse serait ainsi en 2019 de 5,5 milliards d'euros, contre un quasi-équilibre (– 0,2 milliard) attendu l'année dernière.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques définissant son contenu.

B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale

« B.- Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

« 1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général par branche, ainsi que des organismes concourant au financement de ces régimes ;

[...]

« 3° Rectifie l'objectif assigné aux organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et les prévisions de recettes affectées aux fins de mise en réserve à leur profit. »

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'année en cours, soit 2019, en utilisant notamment les données fournies par la direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 30 septembre dernier, et en intégrant d'éventuelles mesures rétroactives prises dans la présente deuxième partie.

● Au titre des prévisions de recettes et des tableaux d'équilibre, le présent article rectifie les prévisions issues de trois articles de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 ⁽¹⁾ :

– l'article 32, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

– l'article 33, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ;

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

– l'article 34, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre du FSV.

• S'agissant des objectifs de dépenses, sont juridiquement modifiés, outre les articles 32 et 33 pour les tableaux d'équilibre :

– l'article 81 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ;

– l'article 83 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles – AT-MP ;

– l'article 86 pour la branche vieillesse ;

– l'article 87 pour la branche famille.

Concernant l'objectif d'amortissement de la CADES et les prévisions de recettes mises en réserve par le FRR et le FSV, cet article rectifie les montants prévus par l'article 34.

1. Une dégradation significative des comptes sociaux en 2019, loin de l'équilibre attendu

Le 1^o de cet article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre, fixant ainsi provisoirement le déficit de ce périmètre à 5,5 milliards d'euros.

Comme pour les tableaux d'équilibre pour le dernier exercice clos, l'analyse du solde suppose de le comparer, d'une part, avec ce qui était attendu et avec l'exercice précédent, d'autre part.

a. La rectification des prévisions : la combinaison d'un contexte dégradé et de la non-compensation de la loi « MUES »

En vue de procéder à cette première comparaison, les données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS pour 2018.

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2019 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	241,4	241,2	0,2	239,5	241,5	- 2,3
Maladie	217,3	218,0	- 0,7	215,8	218,8	- 3,0
Famille	51,4	50,3	1,1	51,1	50,2	0,8
AT-MP	14,7	13,5	1,2	14,6	13,5	1,2
Total *	510,9	509,2	1,8	507,0	510,3	- 3,3
Total incluant le FSV*	509,4	509,6	- 0,2	505,2	510,7	- 5,5

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020.

- *Les soldes montrent des rectifications contrastées en fonction des branches*

Au total, l'écart à la prévision est donc de 5,3 milliards d'euros ⁽¹⁾. Deux branches font l'objet d'une rectification très importante : ainsi les soldes des branches maladie et vieillesse sont dégradés respectivement de 2,5 et 2,3 milliards d'euros. Dans une moindre mesure, la branche famille connaît un léger recul de ses recettes pour 300 millions d'euros ; la branche AT-MP est exactement au niveau attendu.

Cette évolution différenciée provient directement de la nature des rectifications apportées en recettes et en dépenses pour l'exercice 2019, qui a impacté de manière asymétrique les différentes branches.

- *Les effets de la dégradation des hypothèses macroéconomiques sous-jacentes*

Hors mesures nouvelles, le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale fait état d'un déficit de 2,5 milliards d'euros en 2019, résultant de plusieurs écarts à la prévision :

– un « effet de base » globalement négatif puisque les recettes en 2018 ont été plus faibles que prévu, ce qui nécessite de rectifier de 300 millions d'euros à la baisse les calculs réalisés sur cette base ;

– une révision drastique des hypothèses macroéconomiques en plusieurs temps ; d'abord, dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne en avril, puis dans les « prévisions d'automne » qui servent de

(1) Les comptes du Fonds de solidarité vieillesse ayant été rendu conformes aux prévisions initiales par l'article 3, ce constat vaut tant pour le solde incluant le FSV que pour le solde des seuls régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

fondement à la construction des textes financiers, pour un total de 1 milliard d'euros ;

Les nouvelles hypothèses macro-économiques pour 2019

Les prévisions de croissance du produit intérieur brut (PIB) (+ 1,7 %), de la masse salariale (+ 3,5 %) et de l'inflation hors tabac (1,3 %) sur lesquelles était fondée la construction des **deux textes financiers l'automne dernier** ont été profondément revues au cours de l'exercice.

Le **programme de stabilité** a révisé la prévision de croissance du PIB (+ 1,4 %) et de croissance de la masse salariale (+ 3,1 %) à la baisse, avec des effets négatifs sur les comptes sociaux, dont les ressources sont très sensibles notamment à la seconde variable. Les hypothèses de prix ont elles aussi été révisées à la baisse par le programme de stabilité (+ 1,1 %).

Les dernières prévisions, dites « **prévisions d'automne** », réalisées par la direction générale du Trésor pour ce nouvel exercice, maintiennent les prévisions du taux de croissance du PIB et réévaluent à la hausse les prévisions de croissance de la masse salariale (+ 3,3 %) et à la baisse les prévisions d'inflation (+ 1,0 %).

Ces hypothèses ont été jugées « *cohérentes avec les informations disponibles* » par le Haut Conseil des finances publiques dans son dernier avis, qui a néanmoins relevé l'importance des aléas géopolitiques et commerciaux sur ces hypothèses ⁽¹⁾.

Cette dernière révision, globalement positive par rapport aux hypothèses d'avril, ne s'est cependant pas entièrement répercutée dans les comptes sociaux, qui ont en réalité été largement « desensibilisés » à ces indicateurs par deux mesures :

– d'abord, **la création de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat** a permis une hausse de la masse salariale, décorrélée de la hausse de la masse salariale soumise à prélèvements sociaux (*cf. infra*) ; le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale estime ainsi que la croissance salariale soumise à cotisations est quasiment la même qu'en avril (+ 3,0 contre + 2,9 en avril) ;

– par ailleurs, les dépenses de prestations ont été en partie décorrélées de l'inflation en raison de la mesure de revalorisation maîtrisée prévue par l'article 68 de la LFSS pour 2019.

C'est la raison pour laquelle le montant de 1 milliard d'euros ne correspond pas du tout à la stricte application des hypothèses de sensibilité habituellement utilisées à cette baisse de 0,2 point du taux de croissance de la masse salariale et 0,3 point de l'inflation par rapport aux prévisions initiales ⁽²⁾.

– indépendamment des seules prévisions macroéconomiques, des erreurs de prévision directement liées aux charges des régimes ont dû être prises en compte pour un total de 1,2 milliard d'euros, dont la moitié correspond à un fort dynamisme des prestations vieillesse, malgré la revalorisation maîtrisée, et l'autre

(1) Avis n° HCFP-2019-3 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l'année 2020, rendu le 23 septembre 2019 et disponible ici : https://www.hcfp.fr/sites/default/files/2019-09/Avis%20n%C2%B02019-3%20PLF-PLFSS%202020_2.pdf

(2) À raison de 2 milliards d'euros par point de masse salariale, et de 1,65 milliard d'euros par point d'inflation, le strict effet « hors biais » aurait dû même être légèrement positif de 100 millions d'euros.

à la conjonction à parts égales d'une hausse des charges de gestion administrative, de compensation démographique du régime général et des autres charges (non-recouvrement, transferts, recours contre tiers).

Parti d'un léger déficit en 2019, le solde des ROBSS et du FSV s'est donc dégradé de la manière suivante :

ÉVOLUTION DU SOLDE ROBSS + FSV 2019 PAR RAPPORT AUX PRÉVISIONS INITIALES

(en milliards d'euros)

Solde LFSS 2019	- 0,1
Effet « base » 2018	- 0,3
Impact des nouvelles prévisions	- 1,0
Hausse des prestations vieillesse	- 0,6
Gestion administrative	- 0,2
Compensation démographique	- 0,2
Autres	- 0,2
Solde CCSS septembre 2019	- 2,6

● *La non-compensation des mesures issues de la loi « MUES »*

L'article 3 du présent projet de loi prévoit la non-compensation des mesures issues de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES »), pour un total de 2,8 milliards d'euros. Pour le détail de cette mesure, on pourra utilement se référer, dans ce rapport, au commentaire de cet article 3.

La prime exceptionnelle de pouvoir d'achat en 2019 : un effet de substitution ?

Parmi les quatre mesures adoptées dans le cadre de la loi « MUES », deux mesures n'avaient pas d'impact financier : la remise d'un rapport sur la revalorisation de la prime d'activité (article 4), mais aussi la création d'une prime exceptionnelle entièrement exonérée de cotisations et contributions sociales, ainsi que d'impôt sur le revenu (article 1^{er})⁽¹⁾.

Dans son étude d'impact, le Gouvernement avait estimé que le coût de cette dernière mesure était nul, dans la mesure où la prime n'aurait pas été versée sans ce dispositif d'exonération et ne constituerait par conséquent une perte de recettes ni pour les organismes de sécurité sociale, ni pour l'État. Sur le plan juridique, l'article 1^{er} avait donné force légale à ce principe de « non-substituabilité » en prévoyant qu'« elle ne peut se substituer à des augmentations de rémunération ni à des primes prévues par un accord salarial, le contrat de travail ou les usages en vigueur dans l'entreprise. Elle ne peut non plus se substituer à aucun des éléments de rémunération, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales, contractuelles ou d'usage. »

(1) Sur le fonctionnement concret de cette prime, on pourra utilement se reporter, dans ce rapport, au commentaire de l'article 7 du présent projet de loi, puisque cet article reconduit la prime pour 2020.

Cette absence de coût de la prime explique notamment qu'elle ne se voit pas appliquer l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une compensation budgétaire vers la sécurité sociale pour toute exonération de cotisations ou contributions sociales, en l'absence de disposition législative contraire.

L'exonération de la prime ayant pris fin au 31 mars 2019, le recul semble avoir eu raison de la « pureté » juridique de cette analyse.

Ainsi, le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin estime qu'« *on ne peut exclure que cette prime exceptionnelle ait pris, pour une partie difficilement quantifiable, la place de primes de fin d'année qui auraient été versées indépendamment de la mesure d'exonération* ». Le rapporteur général souscrit pleinement au constat du rapport, qui poursuit en rappelant que « *l'enjeu est loin d'être négligeable. En effet la direction du Trésor estime à 3,1 % la progression de la masse salariale en 2019, soit 0,2 point imputable à cette prime. Si cette prime était soumise à prélèvements sociaux, elle générerait 400 M € de recettes supplémentaires.* »

Cette longue citation témoigne du double risque que comporte la mesure :

- un usage opportuniste de certaines entreprises qui auraient profité de la prime exceptionnelle pour octroyer des rémunérations qui auraient pu être versées par ailleurs, sans s'acquitter des prélèvements sociaux et fiscaux dus ;
- l'absence de compensation pour la sécurité sociale des pertes de recettes résultant de ces pratiques, puisque l'exonération sociale est réputée ne pas avoir de coût en droit, tout en constituant une perte de recettes conséquente en pratique.

Naturellement, l'ampleur du problème dépend largement de celle de cette substitution. Or, de nombreux acteurs auditionnés par le rapporteur général estiment que cette dernière est extrêmement forte, et qu'elle le serait davantage en cas de reconduction, sur une période plus longue de six mois, contre trois dans le dispositif appliqué en 2019. Ainsi, les services de l'ACOSS ont rappelé, sur la base des statistiques publiées le 10 septembre dernier sur la masse salariale, que le salaire moyen par tête a augmenté de 1,1 % au premier trimestre 2019, durant lequel la prime pouvait encore être versée, avant de plonger de 0,7 % au deuxième trimestre, durant lequel la prime ne pouvait plus l'être.

Si corrélation n'est pas nécessairement causalité, trop d'indices concordent pour que le rapporteur général souhaite réfléchir à la mise en place d'un mécanisme de compensation plus équitable pour la sécurité sociale, qui subit *de facto* les contournements du dispositif, et à des investigations plus poussées, par exemple dans le cadre du « Printemps social de l'évaluation ».

Combinée à la rectification des prévisions (– 2,6 milliards d'euros), cette non-compensation permet donc d'expliquer la totalité de la dégradation des comptes des régimes obligatoires et du FSV d'un léger excédent vers un important déficit.

- *Les réaffectations issues de l'article 3*

Sans effet sur le solde global, l'article 3 a procédé à une réaffectation des recettes, dont le détail est présenté dans le commentaire de cet article. On peut toutefois relever que l'impact « spontané » de ces deux facteurs de dégradation a été redistribué :

– la branche famille subit ainsi une réaffectation de ses recettes vers la branche maladie, pour 300 millions d’euros, correspondant à la CSG à taux réduit qu’elle a indûment perçue, selon le Gouvernement ;

– la branche maladie est globalement perdante, à hauteur du coût de la création du taux intermédiaire de CSG soit 1,5 milliard d’euros, afin de préserver les ressources du FSV, lequel aurait subi la totalité de ces « pertes » en l’absence de mesures correctives ;

– la branche vieillesse subit très largement l’anticipation de l’exonération de cotisations sociales salariales des heures supplémentaires (1,25 milliards d’euros), qui se répercute également sur les autres régimes de base (par exemple, à hauteur de 39 millions d’euros pour la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locale – CNRACL).

b. En conséquence, une situation très dégradée par rapport à 2018

● Ces prévisions rectifiées pour 2019 mettent ainsi fin à une série continue de réduction du déficit de la sécurité sociale depuis 2010.

La comparaison avec le résultat arrêté en 2018 témoigne d’une situation très dégradée par rapport à l’exercice précédent :

COMPARAISON DU TABLEAU D’ÉQUILIBRE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AVEC L’EXERCICE PRÉCÉDENT

En milliards d’euros

	Réalisé (2018) (LFSS 2019)			Prévisions révisées (2019) (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	236,4	236,5	– 0,1	239,5	241,5	– 2,3
Maladie	212,3	213,1	– 0,8	215,8	218,8	– 3,0
Famille	50,4	49,9	0,5	51,1	50,2	0,8
AT-MP	14,1	13,4	0,7	14,6	13,5	1,2
Total*	499,7	499,3	0,3	507,0	510,3	– 3,3
Total incluant le FSV*	498,4	499,8	– 1,4	505,2	510,7	– 5,5

Sources : LFSS 2019, PLFSS 2020.

Globalement, cette dégradation par rapport à l’exercice précédent est principalement due à une décélération très forte des recettes, en raison des mesures précédemment citées (+ 1,3 % au lieu de + 3,1 % en 2018), plutôt qu’à l’évolution des dépenses plus maîtrisée que l’année précédente (+ 2,1 % au lieu de 2,3 %).

Le solde définitif résulte très largement, en recettes, des mesures nouvelles et des rectifications précitées et, en dépenses, de la revalorisation maîtrisée induite par l’article 68 de la LFSS pour 2019.

● La hausse de 4,1 milliards du déficit se décline assez logiquement par une forte dégradation des comptes des branches les plus importantes sur un plan financier, à savoir les branches vieillesse (– 2,2 milliards d’euros) et maladie (– 2,2 milliards d’euros), ainsi que ceux du FSV (– 500 millions d’euros).

L’amélioration des comptes des branches famille (+ 300 millions d’euros) et AT-MP (+ 500 millions d’euros) ne permet pas de compenser cette dégradation.

2. Une tendance très similaire pour le régime général

Le 2° porte rectification, pour le régime général, des prévisions de recettes fixées par la loi de financement pour 2019, des objectifs de dépenses afférents et du tableau d’équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que propose d’y apporter cet article.

TABLEAUX D’ÉQUILIBRE 2019 DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d’euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	137,5	136,9	0,6	135,5	137,5	– 2,1
Maladie	215,7	216,4	– 0,7	214,3	217,2	– 3,0
Famille	51,4	50,3	1,1	51,1	50,2	0,8
AT-MP	13,3	12,2	1,1	13,2	12,1	1,1
Total *	404,8	402,7	2,1	400,9	403,9	– 3,1
Total (avec FSV)	404,4	404,2	0,1	400,2	405,6	– 5,4

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020.

Le régime général représentant l’essentiel du volume financier des régimes obligatoires, et l’intégralité ou de la quasi-intégralité dans deux des quatre branches (famille et maladie depuis la mise en place de la PUMA), et assurant l’intégration financière de nombreux autres régimes, sa situation financière commande très largement celle de l’ensemble du champ couvert par les lois de financement.

Sur le solde global, les tendances pour le régime général sont ainsi sensiblement les mêmes que pour l’ensemble des régimes de base, à 100 millions d’euros près liés au caractère légèrement déficitaire de l’ensemble des autres régimes que le régime général.

Au niveau des branches, on peut relever toutefois que la branche vieillesse du régime général subit une dégradation moindre, par rapport aux prévisions, que

celle de l'ensemble des régimes obligatoires de base (– 1,5 milliard d'euros au lieu de – 2,3 milliards).

3. Le Fonds de solidarité vieillesse, la Caisse d'amortissement de la dette sociale et le Fonds de réserve pour les retraites en 2019

a. Le Fonds de solidarité vieillesse

Le 3° porte rectification, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, c'est-à-dire le seul FSV, du tableau d'équilibre, tel qu'approuvé par l'article 33 de la loi de financement pour 2019, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections qu'il est proposé d'y apporter.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2019 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	16,5	18,4	– 2,0	16,6	18,9	– 2,3

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020.

- La situation du fonds serait légèrement dégradée par rapport aux prévisions initiales.

Côté recettes, les effets des mesures « MUES » ayant été neutralisés par l'article 3 du présent projet de loi, les recettes prévues seraient quasiment identiques aux prévisions.

En dépenses, en revanche, un écart de 500 millions d'euros est à constater par rapport aux prévisions, et résulterait du dynamisme plus important des prises en charge de cotisations au titre du chômage (+ 2,8 % contre 0,3 % attendu) ainsi que de la revalorisation du minimum vieillesse à 903 euros (+ 5 % contre + 4 %).

- Par rapport à 2018, la situation du Fonds serait dégradée de 500 millions d'euros, notamment en raison des importantes pertes de recettes issues de la rétrocession à l'État des prélèvements sociaux, autres que la CSG et la CRDS, sur le capital.

b. Le Fonds de réserve pour les retraites

Depuis que la loi du 9 novembre 2010⁽¹⁾ a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le 5°.

La mission du FRR est désormais de verser à la CADES, en avril de chaque année, 2,1 milliards d'euros, de 2011 à 2024, soit un total de 29,4 milliards d'euros.

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

Au 30 juin 2018, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d’euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s’élevait à 32,7 milliards d’euros, soit environ 1,5 milliard de moins que l’année précédente.

L’exercice 2019 s’annonce meilleur que l’exercice 2018, la performance moyenne en juin s’élevant à 7,1 % contre – 5,16 % sur l’ensemble de l’année 2018.

c. La Caisse d’amortissement de la dette sociale

L’amortissement cumulé s’élèverait, fin 2019, à 171,2 milliards d’euros, soit près de 65 % de la dette reprise. L’ensemble des dettes sociales reprises par la CADES depuis sa création en 1996 s’élèveraient à la même date à 260,5 milliards d’euros ; 90 milliards d’euros resteraient donc à amortir.

En 2019, la CADES n’a pas repris de dette, le plafond prévu en PLFSS pour 2011 pour la période 2011-2018 ayant été saturé dès 2016. Au 30 juin 2019, la CADES se refinançait au taux de 2,14 % sur dix ans, en légère hausse par rapport à la fin de l’année 2018 (2,02 %).

Les dernières simulations de la CADES prévoient toujours le remboursement de l’intégralité de la dette transférée pour 2024, comme prévu par l’article 4 *bis* de la loi organique du 2 août 2005 relatif aux lois de financement de la sécurité sociale.

*

* *

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous ONDAM 2019

Adopté par la commission sans modification

L'article 6 rectifie les prévisions de l'ONDAM pour l'année en cours, à partir desquelles se construit l'ONDAM pour 2020. Cette évolution devrait être conforme à l'objectif initial.

● Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques définissant leur contenu.

B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾

« B.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de la sécurité sociale :

[...]

« 2° Rectifie les objectifs de dépenses par branche de ces régimes, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base, ainsi que leurs sous-objectifs ayant été approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale. »

● En s'appuyant sur les prévisions de dépenses présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale du 30 septembre dernier, il confirme l'horizon d'un ONDAM pour 2018 conforme à celui voté en PLFSS pour 2018, sous réserve d'ajustements au sein des sous-objectifs :

COMPARAISON DE L'ONDAM AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Prévisions PLFSS 2019	Prévisions révisées PLFSS 2020
Dépenses de soins de ville	91,5	91,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	82,7	82,6
Établissements et services médico-sociaux		
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,4	9,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,3	11,4
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional	3,5	3,5
Autres prises en charge	1,9	2
Total	200,3	200,4

Source : annexes 7 de la LFSS 2019 et du PLFSS 2020.

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

- Selon le rapport à la Commission des comptes, la dépense globale avant rectification s'élèverait à 200,2 milliards d'euros, soit une sous-exécution spontanée de 130 millions d'euros par rapport à l'objectif de la LFSS 2019 après prise en compte des opérations de fongibilité et des changements de périmètre.

Cette sous-exécution porte principalement sur les soins de ville, à hauteur d'environ 125 millions d'euros. Elle est en grande partie due à la sous-exécution constatée fin 2018 sur les soins de ville, qui se reporte mécaniquement sur les prévisions de 2019, à hauteur de 30 millions d'euros environ. Toujours pour les soins de ville, elle tiendrait également à un effet moins important que prévu de certaines revalorisations – les revalorisations des soins infirmiers issues de la nouvelle convention, notamment, ne produisant leurs effets qu'à partir de 2020 contrairement à ce qui avait été prévu lors de la construction de l'ONDAM (60 millions d'euros).

En revanche, la dynamique de la dépense en soins de ville s'avère plus forte que prévu de 190 millions d'euros, en particulier du fait de l'augmentation des dépenses en médicaments, indemnités journalières et transports sanitaires.

Pour les établissements de santé, cette sous-exécution est due à une dynamique moins forte que prévue des dépenses de la liste en sus et des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) (environ 45 millions d'euros). Les dépenses liées à la tarification à l'activité devraient en revanche être conformes aux prévisions.

- À l'inverse, la contribution de l'assurance maladie au financement des établissements médico-sociaux est augmentée de 130 millions d'euros, qui seront consacrés à la modernisation de ces établissements.

- La sous-exécution spontanée et cet apport supplémentaire aux établissements médicaux sociaux se compensent, à champ constant ⁽¹⁾, l'ONDAM 2019 devrait donc être tenu.

*

* *

(1) Après prise en compte des changements de périmètre (l'assurance maladie versant, à partir de 2019, 40 millions d'euros à l'Établissement français du sang, compensés par l'affectation à la sécurité sociale de 40 millions d'euros de recettes de TVA).

**TROISIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020**

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

**CHAPITRE I^{ER}
Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs**

Article 7
**Reconduction du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de
contributions et cotisations sociales**

Adopté par la commission avec modifications

L'article 7 instaure un régime d'exonération sociale sur le versement d'une prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, sur le modèle de la prime inscrite dans la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, à la fin de l'année 2018.

Le bénéfice de l'exonération est conditionné au versement de la prime à des salariés rémunérés sous un plafond annuel équivalent à 3 SMIC, liés à l'entreprise par un contrat de travail au moment de son versement et ne doit se substituer à aucun élément de rémunération.

Ce bénéfice est en outre conditionné à la signature d'un accord d'intéressement, qui peut, par dérogation, porter sur une durée inférieure à trois ans, sans que celle-ci ne puisse être inférieure à un an. La prime devra être versée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2020.

L'article clarifie enfin les modalités de versement de la prime en cas de recours à une entreprise intérimaire et précise l'application de l'exonération aux établissements ou services d'aide par le travail, pour les travailleurs handicapés.

I. UN EFFORT INÉDIT EN FAVEUR DE LA CONSOMMATION

1. La prime exceptionnelle de pouvoir d'achat a été instaurée dans le cadre des mesures d'urgence à caractère économique et social

● La « prime exceptionnelle de pouvoir d'achat » s'inscrit dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales, votée à la fin de l'année 2018⁽¹⁾. Elle s'est accompagnée d'une exonération fiscale sur les heures supplémentaires à partir du 1^{er} janvier 2019 et d'une baisse concomitante du taux de CSG de 8,3 % à 6,6 %, applicable aux personnes retraitées dont les revenus de pension, pour une personne seule sans autre source de revenus, sont inférieurs à 2 000 € nets mensuels en 2019.

(1) Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

Cet effort inédit en faveur du pouvoir d'achat des Français a été estimé à plus de 10 milliards d'euros.

L'ouverture par le Gouvernement de la possibilité pour les employeurs de verser une prime exonérée de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu, en faveur du pouvoir d'achat des travailleurs, s'est faite sous des conditions précises d'application. Afin de garantir un gain de pouvoir d'achat rapide au plus grand nombre de travailleurs, l'exonération s'appliquait aux primes versées :

- aux salariés liés à l'entreprise par un contrat de travail au 31 décembre 2018 ou à la date de versement si celle-ci était antérieure ;

- entre le 11 décembre 2018 et le 31 mars 2019 ;

- aux salariés dont la rémunération est inférieure à 3 SMIC annuels, soit environ 3 600 euros par mois. Ce ciblage permettait à 90 % des salariés de bénéficier potentiellement de la prime.

- La prime ainsi versée était exonérée, dans la limite de 1 000 euros, de l'ensemble des cotisations et des contributions dues par l'employeur, de l'ensemble des contributions prévues en matière de formation professionnelle et d'apprentissage, ainsi que de toute imposition des salariés au titre de l'impôt sur le revenu (IR).

Pour assurer un gain substantiel de pouvoir d'achat, le législateur a prévu que cette prime exonérée ne pouvait se substituer à aucun élément de rémunération, ni à aucune augmentation de rémunération, prime prévue antérieurement par un accord salarial, par un contrat de travail ou les usages en vigueur au sein de l'entreprise concernée. Le rapporteur général observe toutefois que le succès de la prime a conduit mécaniquement à un impact certain sur l'évolution de la masse salariale, dont il lui a également été fait part au cours des auditions qu'il a menées afin de préparer de l'examen du présent projet de loi. Celle-ci n'a augmenté que de 3 % en 2019, alors que les prévisions communes aux projets de loi de finances et de financement de la sécurité sociale pour 2019 avaient prévu une augmentation de 3,5 %. Selon les éléments d'information fournis au rapporteur général, l'application de la prime exceptionnelle en 2019 aurait eu pour effet de contracter les salaires au premier trimestre de 2019 et aurait eu un impact négatif de 0,3 % sur l'évolution de la masse salariale de l'année.

- Le versement de la prime lui-même a fait l'objet d'un certain nombre d'éléments de souplesse permettant à chaque entreprise d'en adapter le champ :

- la prime pouvait ainsi être attribuée par l'employeur à l'ensemble de ses salariés ou à ceux dont la rémunération ne dépassait pas un plafond fixé au sein de l'entreprise. Ce plafond pouvait donc être différent de celui de l'exonération proprement dite, qui était de 3 SMIC. La prime pouvait également être versée aux salariés dont la rémunération dépassait ce dernier plafond, sans bénéficier pour autant de l'exonération ;

- la prime pouvait également être modulée. Afin d'assurer le respect du principe d'égalité, les critères présidant à cette modulation ont été précisés dans la loi : il s'agissait du niveau de rémunération, de la durée de présence effective pendant l'année 2018 ou de la durée de travail prévue au contrat de travail pour les salariés qui ne sont pas employés à temps plein ou qui ne sont pas employés sur toute l'année ;

- le montant de la prime et l'éventuel plafond pour les bénéficiaires devaient faire l'objet d'un accord d'entreprise. Toutefois, ces critères pouvaient également être fixés par une décision unilatérale de l'employeur prise avant le 31 janvier 2019, sous réserve d'une information du comité social et économique, ou, le cas échéant, du comité d'entreprise, des délégués du personnel ou de la délégation unique du personnel, avant le 31 mars 2019, date de fin du bénéfice de l'exonération.

Cette prime était exceptionnelle à plusieurs égards :

- le champ des travailleurs qui pouvaient potentiellement en bénéficier était particulièrement large, puisque, outre le fait que le plafond des 3 SMIC permettait d'englober la grande majorité des travailleurs dans le secteur privé, la prime exonérée a également pu être versée aux salariés des établissements publics à caractère industriel et commercial (EPIC) ;

- le champ strictement social de l'exonération s'étendait lui-même bien au-delà du seul champ des cotisations de financement de la sécurité sociale, comme le montre le tableau ci-après.

Contributions et cotisations sur lesquelles porte l'exonération

- cotisations (parts employeur et salariale) de sécurité sociale y compris, le cas échéant la cotisation complémentaire au régime local d'Alsace-Moselle ;
- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes de retraite complémentaire, y compris l'AGFF et l'APEC ;
- cotisations (employeurs et salariés) aux régimes d'assurance chômage y compris AGS ;
- contribution solidarité autonomie ;
- contribution de versement transport ;
- contribution au dialogue social ;
- contributions dues au FNAL ;
- CSG et CRDS ;
- taxe sur les salaires ;
- taxe d'apprentissage et contribution supplémentaire à l'apprentissage, contribution unique à la formation professionnelle et à l'alternance ;
- participation des employeurs au développement de la formation professionnelle continue ;
- contribution dédiée au financement du compte personnel de formation ;
- contribution patronale au titre de la formation professionnelle en alternance ;
- participations des employeurs (agricoles et non agricoles) à l'effort de construction ;
- le cas échéant, les contributions résultant d'accords conventionnels de branche.

2. La prime a permis d'augmenter le pouvoir d'achat d'un grand nombre de travailleurs

● Après une première mise en œuvre du 11 décembre 2018 au 31 mars 2019, le dispositif a été jugé concluant. C'est dans ce sens que le Président de la République, lors de la conférence de presse du 25 avril 2019 qui a clos le « Grand débat », a déclaré : « *Il nous faut aller plus loin [...] une meilleure association des salariés aux résultats de l'entreprise par la réforme de l'intéressement et de la participation [...], par la répétition cette année de la prime exceptionnelle sans charges ni impôts décidée l'année dernière dans le cadre de l'intéressement des entreprises si elle décide d'apporter 1 000 euros de plus.* »

● La distribution de la prime a permis à près de 5 millions de salariés⁽¹⁾, soit un quart des salariés du secteur privé, travaillant dans 408 000 établissements, de recevoir une prime d'un montant moyen de 401 euros. Par ailleurs, 11 % des salariés ont reçu le montant maximal de 1 000 euros, profitant ainsi d'une augmentation approchant un mois de salaire pour les salariés payés au SMIC, tandis que les primes d'un montant inférieur à 100 euros ne représentaient que moins de 1 % du total.

La répartition s'est faite selon la distribution suivante :

DISTRIBUTION DES PRIMES VERSÉES EN FONCTION DE LA TAILLE DE L'ENTREPRISE EN 2019

(euros)

Taille de l'entreprise	Montant moyen de prime versé
Moins de 10 salariés	560
Moins de 50 salariés	497
Moins de 250 salariés	440
Plus de 250 salariés	369
Plus de 2000 salariés	377

Source : Données fournies au rapporteur général par le Gouvernement

Le montant des cotisations qui auraient été payées sur ces primes n'est pas connu précisément, compte tenu des effets qu'aurait eus cet assujettissement sur l'assiette. Il est toutefois possible, à partir des données fournies par la Commission des comptes de la sécurité sociale⁽²⁾, d'estimer que la diminution de 0,3 % de masse salariale équivaut à une perte de recettes de l'ordre de 600 millions d'euros pour la sécurité sociale.

La prime exonérée a bénéficié en outre à de nombreuses PME et TPE, puisque 40 % du montant total versé par l'ensemble des entreprises – 2,2 milliards d'euros – l'a été par des entreprises dont l'effectif était inférieur à 50 salariés.

(1) Étude d'impact

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome 1, septembre 2019.

II. L'ENCOURAGEMENT À MIEUX RÉPARTIR LA VALEUR CRÉÉE PAR LES ENTREPRISES

La généralisation des plans d'intéressement traduit la volonté du Gouvernement de renforcer la participation des salariés à la réalisation des objectifs de leur entreprise. Cette volonté s'est notamment traduite dans la loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite loi « PACTE ».

Le dispositif de l'intéressement dans les entreprises

L'intéressement est un dispositif facultatif, par lequel il est loisible à toute entreprise d'associer les salariés aux résultats, dans un objectif d'encouragement et de partage de la valeur créée. Un accord d'intéressement, qui peut être conclu par les employeurs de droit privé tout comme les EPIC et les établissements publics administratifs employant des travailleurs de droit privé, doit suivre des caractéristiques obligatoires. Il doit :

– associer collectivement les salariés aux résultats ou aux performances de l'entreprise ;

– présenter un caractère aléatoire et résulter d'une formule de calcul lié aux résultats et performances de l'entreprise. Ces critères peuvent suivre, le plus souvent, quatre types d'indicateurs :

- les résultats de l'entreprise (liés aux résultats nets, à la marge, à la valeur ajoutée) ;
- l'activité (coûts de production, seuil de rentabilité, absentéisme, prix de vente, stock moyen...) ;
- la qualité (satisfaction clients, réclamations, ratio de qualité, propreté ou rangement, respect de l'environnement) ;
- la sécurité (accidents du travail, respect des normes de sécurité) ⁽¹⁾ ;

– être conclu pour une durée minimale de trois ans, par le biais d'une convention ou un accord collectif de travail, un accord entre l'employeur et les représentants d'organisations syndicales représentatives dans l'entreprise, un accord conclu au sein du comité d'entreprise ou, à défaut, par la ratification d'un projet d'accord proposé par l'employeur à la majorité des deux tiers du personnel.

Le calcul de la répartition de l'intéressement peut se faire sur la base de critères objectifs tels que la présence dans l'entreprise ou le montant des salaires. Il peut bien évidemment également être uniforme entre tous les salariés.

Enfin, le montant des primes ne doit pas constituer une forme de substitution aux éléments ordinaires de rémunération. Le montant global distribué ne peut donc dépasser annuellement 20 % du total des salaires bruts. Par ailleurs, un même bénéficiaire ne peut toucher, au cours d'un seul exercice, une prime supérieure aux trois quarts du montant du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 40 524 euros en 2019 ⁽²⁾.

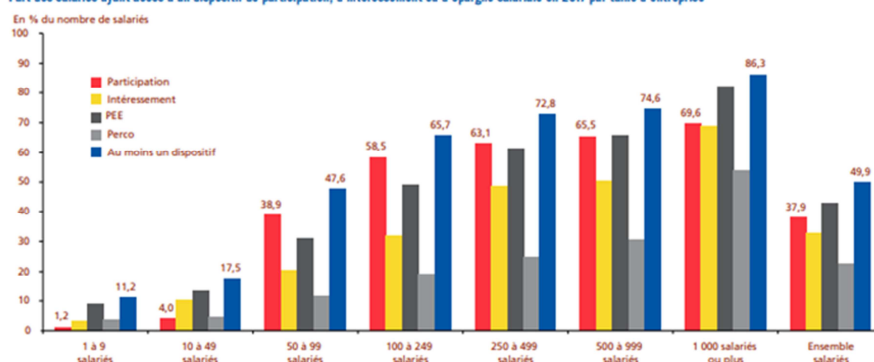
(1) Les formules de calcul de l'intéressement, rapport du centre de recherche et d'études en gestion des organisations-Crego, mars 2003.

(2) Ce plafond a été modifié par la loi « PACTE » ; il était à hauteur de la moitié du PASS auparavant.

● Les dispositifs d'intéressement demeurent toutefois notoirement sous-utilisés. Selon une étude d'août 2018 de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère du travail (Dares), seuls 56 % des salariés du secteur marchand non agricole, soit 8,9 millions de salariés, avaient accès à au moins un dispositif de participation, d'intéressement ou d'épargne salariale en 2016 ⁽¹⁾. Cette faiblesse du recours aux dispositifs de participation, d'épargne salariale et d'intéressement se double d'une inégalité sensible entre les entreprises en fonction de leur taille. Ainsi, en 2016, 93,5 % des salariés dans des entreprises de plus de 1 000 personnes avaient accès à l'un de ces dispositifs, contre **13 % pour les entreprises de moins de 10 salariés**.

Graphique 2

Part des salariés ayant accès à un dispositif de participation, d'intéressement ou d'épargne salariale en 2017 par taille d'entreprise



Lecture : fin 2017, 1,2 % des salariés des entreprises de 1 à 9 salariés sont couverts par un accord de participation, 3,2 % par un accord d'intéressement, 9,0 % par un PEE et 3,7 % par un Perco ; au total, 11,2 % de ces salariés sont couverts par au moins un dispositif.
 Champ : ensemble des entreprises privées hors agriculture, particuliers employeurs et activités extraterritoriales ; France hors Mayotte.
 Source : Dares, enquêtes Acemo-Pipa et Acemo-TPE 2018.

Le dispositif résultant de la loi « PACTE » vise à favoriser les plans d'intéressement par trois biais principaux :

- la mise en place d'un régime d'intéressement, de participation ou d'épargne salariale doit être menée au sein de chaque branche avant le 31 décembre 2020. À défaut d'initiative de la partie patronale au plus tard le 31 décembre 2019, la négociation s'engage dans les quinze jours suivant la demande d'une organisation de salariés représentative dans la branche

- la suppression du forfait social sur les sommes versées au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés ;

- la mise en place d'accord-types d'intéressement et de participation, qui reprennent l'ensemble des clauses obligatoires devant figurer dans un accord de participation et d'intéressement.

(1) Dares résultats n°40, Participation, intéressement et épargne salariale en 2016, août 2018.

III. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : RECONDUIRE LA PRIME EXCEPTIONNELLE ET ENCOURAGER L'INTÉRESSEMENT

1. Prolonger les effets positifs de la prime sur la consommation et le pouvoir d'achat des salariés

Le dispositif proposé par le Gouvernement vise à reproduire les effets positifs de la prime exonérée pour les salariés, afin de poursuivre le redressement du pouvoir d'achat des travailleurs.

● Pour ce faire, la prime exonérée reprend au **II** les principales caractéristiques de la prime décrite *supra*, complétées par les extensions du champ suivantes :

- le bénéfice de la prime exonérée est étendu, au **1°**, aux agents contractuels de droit privé relevant d'un établissement public au moment du versement de la prime ;
- le délai de versement n'est plus de trois mois et vingt jours, mais de six mois. Il expire au 30 juin 2020, en vertu du **3°** du **I** ;

Surtout, à la différence de la prime exonérée pour l'année 2019, le **D** du **I** précise que les conditions dans lesquelles la prime comprend les salariés mis temporairement à disposition d'une entreprise utilisatrice, au sens de l'article L. 1251-1 du code du travail. L'entreprise utilisatrice doit informer l'entreprise de travail temporaire aux services de laquelle elle a recours qu'elle attribue la prime à ses salariés, y compris potentiellement aux travailleurs temporaires mis à disposition. L'entreprise de travail temporaire verse la prime sur cette base et en prend compte, le cas échéant, dans son propre plan de versement de la prime, afin d'éviter les doublons.

● Il convient de saluer par ailleurs, dans la lignée de l'amendement adopté par la commission des affaires sociales à l'initiative du rapporteur général lors de l'examen du projet de loi portant mesures d'urgence, que le **2°** du **II** prévoit que l'ensemble des congés maternité, paternité, adoption et éducation des enfants mentionnés dans le code du travail, sont assimilés à des périodes de présence effective.

Les critères de modulation, de choix du plafond ainsi que d'autorité décisionnaire – accord d'entreprise, accord de groupe ou décision unilatérale de l'employeur – font l'objet de modifications à la marge par rapport aux dispositions applicables à la prime pour 2019. L'exonération porte par ailleurs sur les mêmes cotisations, contributions sociales, participations et taxes que la prime pour 2019, à la différence près que l'article L. 6331-9 du code du travail a été abrogé au 1^{er} janvier 2019 ⁽¹⁾.

(1) À compter du 1^{er} janvier 2019, les modifications apportées au financement de l'apprentissage et de la formation professionnelle par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel entrent en vigueur. Celui-ci repose désormais sur la contribution à la formation

- La principale innovation apportée par le dispositif proposé vient du conditionnement de l'exonération à la mise en place d'un plan d'intéressement.

2. Encourager la généralisation des plans d'intéressement

Dès lors que les primes d'intéressement n'ont pas le caractère d'élément de rémunération ou de revenu professionnel, elles ne sont pas soumises aux cotisations « de sécurité sociale ». La suppression quasiment complète du forfait social sur l'intéressement dans les entreprises constitue en outre un réel encouragement à sa généralisation, notamment dans les entreprises de moins de 50 salariés.

CHANGEMENT DU RÉGIME SOCIAL DE L'INTÉRESSEMENT AU 1^{ER} JANVIER 2019

Dispositif	Taux de forfait social avant le 1 ^{er} janvier 2019	Taux de forfait social après le 1 ^{er} janvier 2019
Intéressement dans les entreprises d'au moins 50 salariés	20 %	0 % jusqu'à 249 salariés 20 % à partir de 250 salariés
Intéressement dans les entreprises de moins de 50 salariés	8 % si conclusion d'un accord d'intéressement à compter du 1 ^{er} janvier 2016	0 %

Source : Ministère du travail.

- Le droit proposé ici vise à conditionner le versement de la prime exonérée à la conclusion d'un plan d'intéressement. Le A du I prévoit ainsi que seules peuvent bénéficier de l'exonération les entreprises qui, à la date de versement de la prime, auront conclu un accord d'intéressement. Une certaine souplesse est toutefois introduite, puisque, à titre dérogatoire, les accords d'intéressement conclus pendant la période d'application théorique de l'exonération – du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2020 – peuvent porter sur une durée inférieure à trois ans, mais toujours supérieure à un an. Par ailleurs, cette condition s'apprécie au niveau de l'entreprise utilisatrice lorsque le salarié intérimaire bénéficie de la prime exceptionnelle mise en place par cette dernière et versée par l'entreprise de travail temporaire.

- Les entreprises pourront bénéficier, pour faciliter leurs démarches, de l'accord-type opposable mis à leur disposition par l'administration. L'article 155 de la loi « PACTE »⁽¹⁾ permet également de mieux sécuriser, du point de vue des entreprises, la mise en place d'un nouvel accord d'intéressement, puisque l'administration dispose désormais d'un délai de quatre mois à compter du dépôt de l'accord pour en demander le retrait ou la modification. À défaut d'une telle demande, le plan d'intéressement et les exonérations fiscales afférentes sont

professionnelle, inscrite à l'article L 6331-1 du code du travail, la taxe sur l'apprentissage, inscrite à l'article 1599 ter A du code général des impôts et la contribution supplémentaire à l'apprentissage, inscrite à l'article 1609 quinquies du code général des impôts.

(1) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 précitée.

réputés validés, pour la durée de l'accord. Ce délai est étendu à six mois pour la modification de dispositions contraires à des dispositions légales.

- Ce conditionnement est adapté, au **E** du même **I**, aux établissements ou services d'aide par le travail (ESAT) dédiés aux travailleurs handicapés qui ne peuvent pas travailler dans des entreprises adaptées. L'ouverture à exonération ne peut s'effectuer que si ces établissements ou services ont versé, dans les douze mois précédant le versement, une prime d'intéressement. Ce dispositif dérogatoire se justifie par le fait que les ESAT ne peuvent mettre en place des accords d'intéressement.

Par ailleurs, la prime doit bénéficier à l'ensemble des travailleurs handicapés, ce critère l'emportant sur les critères alternatifs d'attribution de la prime qui ne peuvent pas entraîner, en tout état de cause, l'exclusion d'un travailleur handicapé de son bénéfice.

*

* *

Article 8

Ajustement du calcul des allègements généraux

Adopté par la commission sans modification

L'article 8 vise à neutraliser les effets des allègements généraux sur le nouveau dispositif de modulation du taux de contribution à l'assurance chômage, issu de la loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Les employeurs des entreprises de plus de onze salariés dont le taux de séparation est supérieur à la moyenne de leur secteur d'activité, et qui ont donc un recours supérieur aux contrats courts, se voient désormais appliquer un malus qui peut aller jusqu'à une augmentation d'un point de leur taux de contribution à l'assurance chômage. Ce système a pour but de contraindre les entreprises à internaliser le coût que représente l'abus de contrats courts pour les finances de l'assurance chômage. *A contrario*, une entreprise plus vertueuse que la moyenne de son secteur bénéficiera d'un bonus équivalent.

L'intégration des contributions d'assurance chômage dans le champ des allègements généraux sur les rémunérations entre 1 et 1,6 SMIC pourrait aboutir à une suppression de l'effet du « bonus-malus » au voisinage du SMIC.

L'article 8 assure donc une neutralisation des deux dispositifs l'un par rapport à l'autre, qui seront donc cumulés.

Il étend cette neutralisation aux secteurs de l'aide à domicile et des gens de mer, qui bénéficient d'exonérations spécifiques.

Il simplifie par ailleurs la rédaction des dispositions assurant le maintien d'une « cotisation socle » pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), et donc d'une limitation de la réduction de cotisations qui s'y applique.

I. LE DISPOSITIF DU « BONUS-MALUS » MIS EN PLACE DANS LA LOI POUR LA LIBERTÉ DE CHOISIR SON AVENIR PROFESSIONNEL POURRAIT ÊTRE NEUTRALISÉ PAR L'APPLICATION DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX

A. LE DISPOSITIF DU « BONUS-MALUS » DESTINÉ À LIMITER LE RECOURS AUX CONTRATS COURTS, EST ENTRÉ RÉCEMMENT EN VIGUEUR

1. Le recours aux contrats courts pèse excessivement sur l'équilibre de l'assurance chômage

L'évolution des contrats de travail suit actuellement une évolution contrastée entre le stock et le flux, entre la structure de l'emploi et celle de l'embauche. Tandis que le contrat à durée indéterminée (CDI) demeure le contrat largement majoritaire – représentant près de 80 % de l'emploi total – le nombre d'embauches est très majoritairement dominé par le recours aux contrats à durée déterminée (CDD) très courts.

Ceux-ci ont été multipliés par 2,5 en vingt ans, selon l'Unédic. Ils ne représentent toutefois que 3 % du volume du travail du secteur privé et 16 % de la

masse salariale totale des CDD. Les évolutions annuelles récentes renforcent ce phénomène. Alors que le nombre de CDI n'a augmenté que de 1 % entre 2000 et 2016, le nombre de CDD d'un mois ou moins a connu une augmentation sensible de 157 %, expliquant presque intégralement la hausse de l'ensemble des CDD.

Répartition et évolution des DPAE par type de contrat

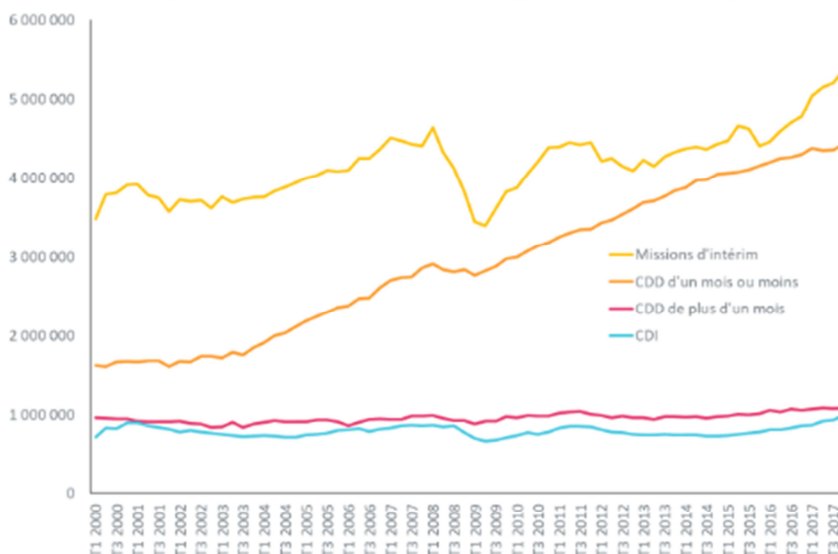
	Nombre de Déclarations Préalables à l'Embauche (DPAE)		Evolution
	2000	2016	2000/2016
CDI	3 290 488	3 332 172	1 %
CDD	10 402 395	21 173 971	104 %
CDD de plus d'un mois	3 807 722	4 233 271	11 %
CDD d'un mois ou moins	6 594 673	16 940 700	157 %
Ensemble	13 692 883	24 506 143	79 %

Note : les Déclarations Préalables à l'Embauche (DPAE) sont une obligation administrative des employeurs avant le recrutement d'un salarié.

Source : DPAE, Acooss.

Champ : France entière, ensemble des embauches hors intérim.

Les différents types d'emploi dans les embauches (Nombre de contrats par trimestre)



Source : DPAE, Acooss-Urssaf pour les CDI et CDD ; Dares pour les missions d'intérim

Ces dispositifs s'inscrivent paradoxalement majoritairement dans des « relations de travail suivies » et relient souvent le même employeur et le même salarié. Ce sont ainsi 400 000 personnes qui ont connu au moins quatre périodes d'emploi pendant au moins six mois chez le même employeur.

Ces contrats se sont particulièrement développés dans certains secteurs liés à la tertiarisation de l'économie tout comme au recours croissant aux « contrats de mission ». Parmi les secteurs les plus consommateurs de ce type de contrats se retrouvent les arts et spectacles, l'édition ou encore l'hébergement médico-social.

Le recours à ce type de contrats a un coût non négligeable pour l'assurance chômage, calculé en fonction de l'écart entre les contributions associées à ces emplois et les dépenses d'allocations qui y sont associées. Selon l'Unédic, hors intermittents du spectacle, ces dépenses s'élèvent à 900 millions d'euros pour les CDD d'un mois ou moins, et à 2 milliards d'euros pour les contrats d'intérim de moins d'un mois.

Alors que l'Unédic a estimé le montant total des dépenses de l'assurance chômage à 40,1 milliards pour l'année 2018, les contrats courts (CDD et intérim) représentent 5 % des dépenses, soit un niveau supérieur à celui du déficit actuel de l'assurance chômage, estimé à 1,7 milliard d'euros au 31 décembre 2018 ⁽¹⁾.

2. Le dispositif de « bonus-malus » vise à encourager les pratiques vertueuses

Pour limiter les effets néfastes du recours aux contrats courts, le législateur s'est emparé d'un sujet sur lequel les partenaires sociaux s'étaient engagés auparavant par le biais d'un accord national interprofessionnel (ANI) ⁽²⁾.

Dans sa rédaction issue de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel, un dispositif de « bonus-malus » a été institué pour inciter les employeurs à internaliser dans leurs décisions les coûts qu'ils font peser sur l'assurance chômage.

Pour ce faire, un système de modulation du taux de contribution des employeurs a été mis en place. Cette modulation est fonction de cinq paramètres : la nature du contrat de travail, l'âge du salarié, la taille de l'entreprise, le secteur d'activité de l'entreprise et, enfin, le nombre de fins de contrat de travail et de contrats de mise à disposition, à l'exclusion des démissions et des contrats de mission et sous réserve de l'inscription des personnes concernées par ces fins de contrat sur la liste des demandeurs d'emploi.

(1) Unédic, *Situation financière de l'Assurance chômage, Précision pour les années 2019 à 2022 avant réforme*, 12 juillet 2019.

(2) *Pour une vision d'ensemble de l'historique du dispositif de « bonus-malus », on se reportera utilement au commentaire de l'article 52 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.*

Le taux de cotisation patronale « chômage » est fixé à 4,05 % sur une assiette identique à celle des cotisations de sécurité sociale. Le montant de cette assiette est plafonné à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. C'est donc ce taux qui est soumis à modulation, en fonction du taux de recours aux contrats courts, selon des conditions qui ont été récemment précisées par décret ⁽¹⁾.

3. Le dispositif de « bonus-malus » va s'appliquer à des secteurs ciblés

Les modalités d'application concrètes du dispositif de « bonus-malus » ont été ainsi définies en fonction du champ, du seuil et des bornes suivants :

– le dispositif s'applique uniquement aux entreprises de plus de onze salariés, selon la définition issue de l'article L 130-1 du code de la sécurité sociale, applicable à partir du 1^{er} janvier 2020. Ce seuil est donc calculé comme la moyenne du nombre de personnes employées chaque mois de l'année civile précédente, sauf franchissement d'un seuil d'effectif salarié, pour lequel ce sont cinq années civiles consécutives qui sont prises en compte dans le calcul ;

– les secteurs concernés sont ceux dans lesquels le taux de séparation médian, défini comme la moyenne des médianes des taux de séparation de l'ensemble des entreprises d'un secteur, pondéré par un taux de masse salariale, est supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre en charge de l'emploi, pour une période de trois ans ;

– le ratio de l'entreprise concernée correspond à la moyenne du nombre de séparations imputées à l'entreprise par rapport à l'effectif de l'entreprise rapporté au taux de séparation moyen du secteur concerné ;

– le taux se calcule selon la formule suivante :

$$\text{ratio de l'entreprise} * 1,46 + 2,59$$

Cette formule conduit à appliquer le taux « classique » de 4,05 % de cotisation patronale d'assurance-chômage si le ratio de l'entreprise lui-même est de 1 ;

– la modulation est encadrée par un plancher à 3 % et un plafond à 5,05 %.

(1) Décret n° 2019-797 du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage.

B. L'EXTENSION DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX AUX CONTRIBUTIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE POURRAIT PRIVER D'EFFET LE « BONUS-MALUS »

1. L'intégration des contributions d'assurance chômage dans les allègements généraux de cotisation

À des fins de diminution du coût du travail et pour faciliter les embauches, de nombreux dispositifs d'allègement des cotisations et contributions sociales ont été mis en place depuis le début des années 1990. S'il n'est pas nécessaire, pour les besoins de ce commentaire, de remonter à l'origine de ces dispositifs, ceux-ci ont été rationalisés et fusionnés en 2003, au sein d'une réduction générale dite « Fillon ».

Désormais codifié à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, le système de réduction dégressive se décline comme suit :

– les employeurs privés, qui paient des cotisations de sécurité sociale, sont par définition, éligibles à l'allègement ;

– la réduction, qui suit une formule déterminée au niveau réglementaire, s'opère par l'application d'un coefficient à un salaire donné. Elle est maximale au niveau du SMIC ⁽¹⁾ et s'annule à 1,6 SMIC. La valeur de ce coefficient est donc entièrement déterminée par décret. Elle doit toutefois demeurer inférieure à la somme des taux de cotisation et des contributions sur lesquelles la réduction est imputée ;

– le montant de cette réduction est calculé chaque année, par salarié et par contrat de travail.

Le champ de l'allègement s'est progressivement élargi au fil des récentes lois de financement. D'abord limité aux cotisations de sécurité sociale (maladie, maternité, invalidité et décès ; famille ; vieillesse), la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014 ⁽²⁾, mettant en œuvre les dispositions du Pacte de responsabilité et de solidarité, a inclus dans le champ :

– les cotisations AT-MP, dans les limites propres à cette branche. En effet, afin de garantir une forme de responsabilisation des employeurs, l'allègement appliqué à ces cotisations ne peut dépasser 0,84 % de la rémunération. Ce taux correspond en effet à une contribution minimale des employeurs n'ayant constaté aucun sinistre, une contribution « socle ». Celle-ci est ensuite une fonction croissante de la sinistralité du secteur dans lequel l'entreprise concernée mène ses activités ;

– la contribution des employeurs au Fonds national d'aide au logement (FNAL), dont le taux est fixé à 0,5 % pour les entreprises de plus de

(1) Les effets de l'allègement des cotisations sociales sur le niveau d'embauche sont réputés maximaux au niveau du SMIC et à son voisinage.

(2) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

20 salariés et de 0,1 % pour celles qui comprennent moins de 20 salariés, pour l'essentiel des exploitants agricoles et les coopératives agricoles. Dans ce dernier cas, l'assiette est elle-même limitée au plafond annuel de la sécurité sociale ;

– la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), fixée à un taux de 0,3 % et affectée à la CNSA (Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie).

Pour accentuer l'effort en faveur des actifs, le législateur a encore élargi le champ de l'allègement général bien au-delà du secteur « traditionnel » de la sécurité sociale, en intégrant les contributions des employeurs pour les régimes de retraite complémentaire et pour l'assurance chômage. L'intégration de ces deux types de cotisation aboutit à une réduction du coût du travail de 10,06 % au niveau du SMIC, dont 4,05 % pour les seules cotisations destinées à l'assurance chômage.

Ce dernier allègement a été décalé au 1^{er} octobre 2019 en LFSS 2019 ⁽¹⁾. À cette date, le coefficient maximal au niveau du SMIC, qui était de 28,55 % à partir du 1^{er} janvier 2019, augmente à 32,6 %.

2. Le risque de réduire l'efficacité des dispositifs de bonus et de malus pour les entreprises bénéficiaires de la réduction

L'intégration des cotisations patronales d'assurance chômage dans le champ de l'allègement général, qui répond à une logique générale de favoriser les embauches des personnes ayant des niveaux de rémunération parmi les plus faibles, pourrait toutefois entraîner involontairement des conséquences néfastes sur la bonne application du dispositif de « bonus-malus ».

Le coefficient de réduction se déduit en effet de la somme des taux des contributions et cotisations concernées par l'allègement général. Ce coefficient, défini par décret et codifié à l'article D. 241-7 du code de la sécurité sociale, se calcule de la façon suivante :

$$\text{Coefficient} = (T/0,6) \times (1,6 \times \text{SMIC calculé pour un an} / \text{rémunération annuelle brute} - 1)$$

T constitue la valeur maximale du coefficient issu de la somme des taux des contributions sociales. Celle-ci est fixée actuellement à 0,3214 pour les entreprises de moins de vingt salariés et de 0,3254 pour les autres entreprises, cette différence étant due à la différence du taux de cotisation pour le financement du FNAL. La valeur de T varie en fonction du taux de chacune des cotisations effectivement payées par les employeurs. L'application du « bonus-malus » à ce coefficient aurait donc comme conséquence de faire varier la valeur de l'allègement général en fonction de chacune des entreprises, nuisant ainsi à la cohérence et à la lisibilité de l'ensemble du dispositif.

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

Les conséquences du dispositif de « bonus-malus » à mesure inchangée sont résumées dans le tableau suivant :

	Cas 3 : contribution chômage due, avec bonus, à disposition inchangée			
	Salarié 1	Salarié 2	Salarié 3	Total entreprise
Rémunération brute	1 521,25 €	1 550,00 €	3 800,00 €	6 871,25 €
Cotisation chômage de droit commun (4,05 %)	61,61 €	62,78 €	153,90 €	278,29 €
Bonus 1,05 %	15,97 €	16,28 €	39,90 €	72,15 €
Cotisation chômage après bonus (3 %)	45,64 €	46,50 €	114,00 €	206,14 €
Réduction générale (part chômage) - coefficient	3,00%	2,85%	0,00%	1,31%
Réduction générale (part chômage) - montant	45,64 €	44,20 €	0,00 €	89,84 €
Contributions chômage après réduction	0,00 €	2,30 €	114,00 €	116,30 €

Source : données fournies par le Gouvernement au rapporteur général.

L'application du bonus à disposition inchangée entraîne donc, pour un salarié dont la rémunération brute est égale au SMIC, une perte sèche en recettes de 15,97 euros de cotisation chômage.

Ce risque est donc d'autant plus grand que la part des salariés rémunérés au voisinage du SMIC est plus importante parmi les travailleurs embauchés dans le cadre d'un contrat court. Alors que les intérimaires représentent 4 % de la population salariée, ils représentent 10 % des personnes touchant le SMIC. Ces taux, concernant les personnes en CDD, sont respectivement de 11 % et de 29 %⁽¹⁾.

II. UN AJUSTEMENT DESTINÉ À PRÉSERVER L'EFFET DU DISPOSITIF DE « BONUS-MALUS » SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE

A. NEUTRALISER L'EFFET DES RÉDUCTIONS SUR LES COTISATIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE

Assurer le plein effet du dispositif de « bonus-malus » pour responsabiliser les entreprises quant aux coûts qu'elles peuvent engendrer pour l'assurance chômage nécessite d'adapter les dispositifs de réduction sur les cotisations chômage votés en LFSS 2019. Cette adaptation doit intervenir à la fois dans le cas d'un bonus, étant donnée l'existence d'un plafond de taux de réduction. Dans les deux cas, la neutralisation passe par une modification afférente du taux de cotisations.

Les modifications apportées aux modalités de calcul de la réduction générale, ainsi qu'aux autres dispositifs d'exonérations de cotisations intégrant les l'assurance chômage dans leur champ, visent à permettre leur calcul sans tenir compte de la modulation éventuelle du taux de la cotisation d'assurance chômage. Cette modulation va donc s'appliquer, dans les conditions prévues à l'article L. 5422-12 du code du travail et aux articles 50-1 à 50-15 du règlement général annexé au décret du 26 juillet 2019 relatif au régime d'assurance chômage,

(1) Dares, Les trajectoires des individus payés au voisinage du Smic pendant la crise, juin 2018.

et réduire ou augmenter le montant des contributions d'assurance chômage dues par les employeurs.

Ensuite sera calculée la réduction générale des cotisations et contributions patronales (ou un autre dispositif d'exonération), mais sur la base du taux de droit commun de la contribution d'assurance chômage, soit 4,05 %.

Une entreprise sanctionnée d'un malus verra ses cotisations à l'assurance chômage augmenter en proportion du coût que l'utilisation abusive des contrats courts aura entraîné pour l'assurance chômage. À l'inverse, une entreprise qui bénéficiera d'un bonus en raison de la stabilité de ses emplois bénéficiera d'une réduction appliquée à ses cotisations chômage, cumulée à la réduction générale.

Selon le même exemple qu'exposé plus haut, l'entreprise devient créancière de 15,97 euros pour un salarié au SMIC et de 13,17 euros pour un salarié dont la rémunération est proche du SMIC.

	Cas 4 : contribution chômage due, avec bonus, en fonction de la mesure proposée			
	Salarié 1	Salarié 2	Salarié 3	Total entreprise
Rémunération brute	1 521,25 €	1 550,00 €	3 800,00 €	6 871,25 €
Cotisation chômage de droit commun (4,05 %)	61,61 €	62,78 €	153,90 €	278,29 €
Bonus 1,05 %	15,97 €	16,28 €	39,90 €	72,15 €
Cotisation chômage après bonus (3 %)	45,64 €	46,50 €	114,00 €	206,14 €
Réduction générale (part chômage) - coefficient	4,05%	3,85%	0,00%	1,77%
Réduction générale (part chômage) - montant	61,61 €	59,67 €	0,00 €	121,28 €
Contributions chômage après réduction	-15,97 €	-13,17 €	114,00 €	84,86 €

Source : données fournies par le Gouvernement au rapporteur général La partie soulignée en vert correspond au montant touché par l'entreprise vertueuse pour la seule réduction générale, équivalente grâce à la neutralisation des effets du bonus sur la réduction générale.

Cette neutralisation est assurée au c du 2° par la modification de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. Le même alinéa prévoit également les cas d'un « trop-perçu » qu'impliquerait la superposition des allègements généraux et d'une réduction d'un point des contributions à l'assurance chômage. Si le champ de ces contributions n'épuise pas la réduction due à l'employeur, elle peut être imputée, selon des conditions qui doivent encore être déterminées par décret, aux cotisations d'assurance chômage au titre des autres salariés, voire aux autres cotisations et contributions dues par l'employeur. Environ 63 000⁽¹⁾ entreprises pourraient se trouver dans cette situation.

Les cas extrêmes, dans lesquels l'employeur bénéficierait, grâce aux exonérations de cotisations, d'un « reste à verser » inférieur au montant de la réduction due au titre de son faible taux de recours aux contrats courts, estimés à environ 400 entreprises pourraient aboutir à la création d'un « crédit de charge ». Les informations fournies au rapporteur général n'ont pas permis d'identifier clairement les modalités concrètes de versement des réductions de cotisations dans de tels cas.

(1) Étude d'impact

Le **IV** du présent article prévoit une application de la neutralisation au 1^{er} janvier 2021, en cohérence avec l'entrée en vigueur du dispositif de « bonus-malus ».

B. ADAPTER LE DISPOSITIF À DES SECTEURS SPÉCIFIQUES

1. Les aides à domicile

Le **1°** du **I** duplique le dispositif exposé *supra* pour les organismes d'aide à domicile, qui emploient des salariés intervenant notamment auprès d'une population en situation de handicap ou de dépendance.

L'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale prévoit, en son **III**, un dispositif d'exonération spécifique de cotisations patronales de sécurité sociale appliquées aux rémunérations versées aux aides à domicile par :

– les associations et entreprises déclarées pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

– les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS et CIAS) ;

– les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

Le Gouvernement et la majorité ont élargi, dans le cadre de la LFSS 2019 ⁽¹⁾, le champ de l'exonération des cotisations de sécurité sociale, à l'exception des CCAS et des CIAS, à l'ensemble des cotisations exonérées au titre de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾. Toutefois, à la différence de la réduction dégressive de droit commun, l'exonération est totale pour les rémunérations comprises entre 1 et 1,2 SMIC, avant de suivre une pente dégressive et de s'annuler à hauteur de 1,6 SMIC.

Afin là-aussi de préserver l'efficacité des dispositifs des allègements généraux et du « bonus-malus », le présent article prévoit une neutralisation des effets de minoration ou de majoration des contributions d'assurance chômage sur l'exonération de cotisation.

2. Les gens de mer

Le **II** prévoit le même dispositif de neutralisation des effets du « bonus-malus » pour le régime spécial des marins embarqués à bord de navires de commerce battant pavillon français ou d'un État membre de l'Union européenne,

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

(2) Pour rappel, le champ de l'exonération comprend la contribution solidarité autonomie, la contribution au FNAL, une partie de la cotisation AT-MP, la cotisation de retraite complémentaire et la cotisation d'assurance chômage.

affectés à des activités de transport maritime soumises à titre principal à une concurrence internationale. Cette exonération, codifiée à l'article L. 5553-11 du code des transports, porte sur la contribution patronale d'assurance vieillesse, les cotisations d'allocations familiales et la contribution des employeurs contre le risque de privation d'emploi.

C. UN AJUSTEMENT RÉDACTIONNEL CONCERNANT LA BRANCHE AT-MP

Le présent article opère au **b** du **2°** des ajustements rédactionnels destinés à faciliter la lisibilité des conditions spécifiques propres aux cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

Ces cotisations, qui entrent dans le champ de la réduction générale, diffèrent toutefois des autres cotisations de sécurité sociale par l'existence d'un seuil minimal, la « cotisation-socle ». Son existence se justifie par la dimension assurantielle de cette branche, les employeurs étant réputés responsables de la santé et de la sécurité des salariés au travail.

La limitation de la réduction se traduit par :

– une valeur maximale du coefficient de réduction, fixée par décret, selon l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale ;

– une limite à la réduction imputable à ces cotisations, inscrite à l'article L. 241-5 du même code et égale à un taux applicable à une entreprise au taux de sinistralité nul.

Le décret n° 2018-1356 du 28 décembre 2018 fixe ainsi un taux maximal de réduction générale à 0,78 %.

Le présent article prévoit un renvoi exprès au taux fixé par arrêté ministériel, mentionné à l'article L. 241-5.

*

* *

Article 9

Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique

Adopté par la commission sans modification

L'article 9 prévoit l'application d'une exonération de cotisations sociales sur les indemnités spécifiques de rupture conventionnelle pour la fonction publique alignée sur celle qui s'applique au secteur privé. La possibilité pour les fonctionnaires, les agents contractuels et les ouvriers d'État de recourir à un dispositif de rupture conventionnelle a été instituée par la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Cette exonération portera donc à la fois sur les cotisations de sécurité sociale et sur les CSG et CRDS, elle sera totale dans la limite de deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), tandis que les indemnités d'un montant supérieur à dix fois le même plafond seront intégralement assujetties.

L'article précise enfin que, par dérogation au principe de compensation inscrit à l'article L 131-7 du code de la sécurité sociale, les pertes de recette induites par cette exonération ne seront pas remboursées à la sécurité sociale par l'État.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LE DISPOSITIF DES RUPTURES CONVENTIONNELLES, LARGEMENT UTILISÉ DANS LE SECTEUR PRIVÉ, DOIT ÊTRE PROGRESSIVEMENT ÉTENDU AU SECTEUR PUBLIC

A. LES RUPTURES CONVENTIONNELLES ONT FAIT L'OBJET D'UN RECOURS CROISSANT DEPUIS LEUR CRÉATION

La création du **dispositif des ruptures conventionnelles** en 2008 ⁽¹⁾ répondait à un objectif de sécurisation juridique de la rupture d'un commun accord du contrat de travail. Cette idée, d'abord portée dans le cadre d'un accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2008, a donc été codifiée à l'article L. 1237-11 du code du travail.

● La rupture conventionnelle suppose :

– un accord de l'employeur et du salarié. À ce titre, elle ne peut être imposée par l'une ou l'autre des parties au contrat ;

– une convention qui en définit les modalités, et notamment le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle (ISRC). Celui-ci est proportionnel au revenu et ne peut être inférieur au montant de l'indemnité de licenciement ;

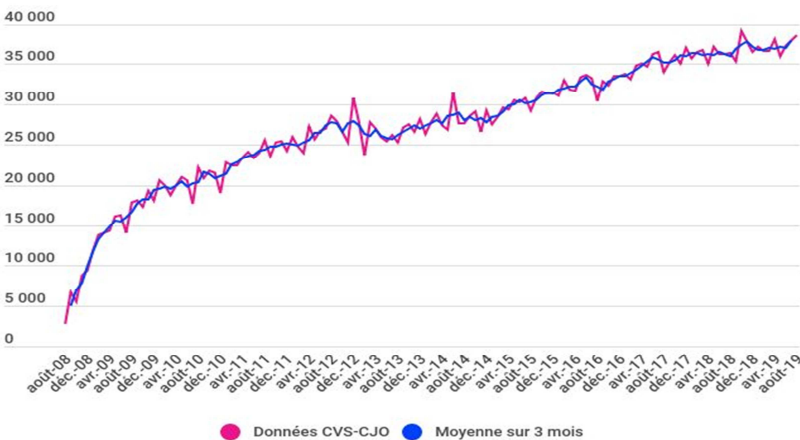
(1) Loi n° 2008-596 du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail.

● Elle bénéficie d'un régime d'exonérations sociales et fiscales identique à celui qui s'applique aux indemnités de licenciement ⁽¹⁾. Elle est donc exonérée de cotisations sociales pour la fraction qui correspond à deux fois le PASS en vigueur à la date du versement, soit 81 048 euros en 2019.

Elle est par ailleurs soumise à la contribution sociale généralisée (CSG) uniquement pour la part dont le montant excède celui de l'indemnité légale ou conventionnelle. Les bénéficiaires de cette indemnité peuvent prétendre en outre à une exonération partielle de l'impôt sur le revenu.

● La souplesse propre aux ruptures conventionnelles explique le recours croissant à cette modalité de rupture du contrat de travail. De plus, elle permet au salarié de prétendre à l'allocation de retour à l'emploi, contrairement à la démission, même si cette dernière possibilité a toutefois été ouverte, sous conditions, depuis le 1^{er} janvier 2019 ⁽²⁾.

Nombre mensuel de demandes homologuées de ruptures conventionnelles



[Download data](#)

* chiffres corrigés des variations saisonnières et des jours ouvrables

Sources : Dares ; dernier point : août 2019

Retrouvez la série [Les ruptures conventionnelles](#) sur notre site internet : [dares.travail-emploi.gouv.fr](#)

(1) Les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail sont exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, ainsi qu'il est prévu au 7^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(2) La loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a ouvert la possibilité pour les salariés démissionnaires de prétendre à l'assurance chômage s'ils ont un projet de création d'entreprise ou de reconversion professionnelle.

● Le ministère du travail a ainsi recensé 38 500 ruptures conventionnelles homologuées en août 2019, soit une augmentation de 5,9 % en glissement annuel d'août 2018 à août 2019. L'indemnité médiane diffère en fonction des catégories socioprofessionnelles, mais la Dares a estimé son montant en 2018 à 5 900 euros pour les cadres contre 1 000 euros pour les employés ⁽¹⁾. À rémunération et ancienneté constantes, ce sont les cadres qui obtiennent, les indemnités de rupture proportionnellement les plus élevées : 0,31 mois de salaire par année d'ancienneté, contre 0,25 pour les ouvriers et les employés (soit l'indemnité légale).

Aujourd'hui, les ruptures conventionnelles comptent pour environ 10 % des modes de rupture d'un CDI, soit une proportion inférieure aux licenciements non économiques (12 %) et, *a fortiori*, aux démissions (40 %) ⁽²⁾.

B. L'EXTENSION DU DISPOSITIF À LA FONCTION PUBLIQUE A POUR BUT DE FACILITER LA MOBILITÉ DES AGENTS PUBLICS

● Les modalités de cessation définitive des fonctions qui entraîne radiation des cadres et perte de la qualité de fonctionnaire sont limitativement énumérées à l'article 24 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. Ce sont :

- l'admission à la retraite ;
- la démission régulièrement acceptée ;
- le licenciement ;
- la révocation.

Afin de faciliter la mobilité et les possibilités de reconversion des agents publics, la loi portée par ce Gouvernement en vue de moderniser la fonction publique ⁽³⁾ a prévu, pour les fonctionnaires à titre expérimental et pour les agents publics contractuels et ouvriers d'État la possibilité de recourir à une rupture conventionnelle. Ces derniers pourront donc prétendre à l'allocation de retour à l'emploi, dès le 1^{er} janvier 2020.

L'ISRC pour les agents publics, en l'état, ne bénéficie toutefois pas du régime d'exonération sociale appliqué au secteur privé. Pour rappel, le traitement mensuel brut des fonctionnaires fait l'objet des prélèvements suivants :

(1) *Dares résultats*, Les ruptures conventionnelles individuelles en 2018, n° 008, février 2019.

(2) *Dares analyses* : CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ?, n° 026, juin 2018.

(3) *Article 72 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.*

COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS RECOUVRÉES PAR LES URSSAF AU TITRE DES RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AUX FONCTIONNAIRES

(pourcentages)

Type de cotisation et de contribution	Fonction publique d'État	Fonction publique hospitalière	Fonction publique territoriale
Maladie, maternité, invalidité, décès sur le traitement soumis à retenue pour pension*	9,7	9,88	9,88
Contribution solidarité autonomie	0,3	0,3	0,3
Allocations familiales	5,25	5,25	5,25
Contribution Fonds national d'action pour le logement (Fnal)**	0,10 ou 0,5	0,10 ou 0,5	0,10 ou 0,5
CSG***	9,2	9,2	9,2
CRDS***	0,5	0,5	0,5
Versement transport****	X	X	X

Source : Commission des affaires sociales à partir de données fournies au rapporteur général.

* Les agents des collectivités territoriales et de la fonction publique hospitalière sont affiliés à une caisse spécifique, la CNRACL.

** La contribution Fnal est appliquée au taux de 0,1 % pour les employeurs de moins de 20 salariés et de 0,50 % pour les employeurs de 20 salariés et plus.

*** L'assiette de la CSG et de la CRDS est amputée par l'application d'un abattement pour frais professionnels de 1,75 % dans la limite de quatre fois le plafond annuel de sécurité sociale (PASS).

**** Versement dû par les administrations d'au moins onze salariés dans le périmètre d'une autorité organisatrice de la mobilité.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : ALIGNER LES CONDITIONS D'EXONÉRATION SOCIALE SUR CELLES QUI S'APPLIQUENT DANS LE SECTEUR PRIVÉ

Le présent article instaure donc un dispositif d'exonération de l'IRSC versée au personnel de la fonction publique de la CSG et des cotisations et contributions sociales.

• Le I intègre ainsi cette indemnité spécifique dans la catégorie des revenus exclus de la CSG et de la CRDS portant sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement. Ces indemnités sont :

– versées aux fonctionnaires, aux ouvriers des établissements industriels de l'État ainsi qu'aux agents contractuels de droit public ;

– encadrées par deux plafonds :

- le premier fixe une limite supérieure au montant versé au titre de l'IRSC, à hauteur de deux fois le montant du PASS, qui est fixé pour 2019 à une valeur de 40 524 euros ;

- le second établit une limite à hauteur de dix fois le PASS, soit 405 240 euros, au-delà de laquelle l'IRSC est intégralement assujettie à la CSG et à la CRDS.

- Le **II**, par parallélisme, exclut également les IRSC de l'assiette de l'ensemble des cotisations sociales, à la charge des employeurs publics, dans les mêmes limites que pour l'exonération de CSG et de CRDS.

En dépit de la difficulté d'évaluer précisément le taux de recours à ces indemnités, l'étude d'impact évalue à 13 millions d'euros le coût de ce dispositif en année pleine, soit 2022. Cette estimation s'appuie sur un taux de recours à la rupture conventionnelle par environ 2 000 personnes par an, ce qui semble, en comparaison avec l'effectif total de la fonction publique, supérieur à 5 millions de personnes, être une hypothèse particulièrement prudente.

- Le **III**, enfin, prévoit que cette exonération déroge au principe inscrit à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, selon lequel toute exonération de cotisations sociales est compensée par le budget de l'État. La perte de recettes induite par la présente exonération sera donc intégralement portée par les organismes de sécurité sociale.

*

* *

CHAPITRE II

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10

Unification du recouvrement dans la sphère sociale

Adopté par la commission sans modification

L'article 10 instaure des mesures d'unification du recouvrement des cotisations, d'extension des missions des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), de simplification des relations de ces organismes avec les employeurs et les tributaires et d'amélioration de l'information.

L'unification du recouvrement dans le champ social se traduit par une extension des compétences de recouvrement par les URSSAF et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) aux cotisations :

– de retraite complémentaire, actuellement recouvrées par le réseau de l'AGIRC-ARRCO ;

– de régimes spéciaux, que sont ceux des gens de mer, des ministres des cultes, des professions libérales, des agents contractuels de la fonction publique, des personnels des industries électriques et gazières ainsi que les cotisations de retraite des agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières.

L'extension du recouvrement se fera en plusieurs temps, selon un calendrier fixé dans l'article et échelonné entre 2020 et 2023. Ce calendrier pourra par ailleurs faire l'objet d'une anticipation ou d'un report, par décret, dans la limite d'un an. Ce décalage peut également s'appliquer à la collecte des ressources de la formation professionnelle et de l'apprentissage, dont le transfert a été instauré par la loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

L'article tire les conséquences de cette extension du recouvrement en confiant à l'avenir aux URSSAF toute autre activité de recouvrement de cotisations et de contributions prévue par la loi.

L'article confie également à l'ACOSS une mission de prise en charge de la réduction dégressive sur les cotisations et contributions sociales, dite « allégement Fillon ». Il revient aux branches de la sécurité sociale d'assurer la couverture des pertes engendrées pour l'ACOSS.

Il contribue à la simplification des relations entre les organismes collecteurs et les employeurs, en renforçant les obligations d'information des premiers envers les seconds dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN). Les organismes collecteurs pourront également, en cas de carence avérée de l'employeur, procéder eux-mêmes d'office aux corrections nécessaires pour assurer la sécurité juridique de la collecte des cotisations.

Par ailleurs, il autorise l'ACOSS à appliquer aux versements un taux forfaitaire reflétant le risque de non-recouvrement, ainsi que des frais de gestion. Les organismes collecteurs des cotisations pourront par ailleurs admettre le caractère irrécouvrable de certaines créances de manière plus souple.

Il permet enfin à la Cour des comptes de bénéficier d'une vision plus sincère des comptes sociaux et de l'ensemble des entités dont l'activité a un impact sur ces derniers.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. UN FOISONNEMENT DE DISPOSITIFS DE RECOUVREMENT DANS LA SPHÈRE SOCIALE

L'hétérogénéité des modalités de recouvrement des ressources au sein de la sphère sociale – ressources qui se présentent principalement sous la forme de cotisations et de contributions – tient à l'existence même de nombreux régimes différents.

• La plus grande part du recouvrement est assurée par l'Agence centrale des caisses de sécurité sociale (ACOSS), mais il existe de nombreux régimes alternatifs assurant leur propre recouvrement. Il s'agit notamment, pour citer les plus importants, des régimes de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) ou de prise en charge des contractuels de droit public (IRCANTEC).

Cette multiplicité d'acteurs et de régimes est source de complexité, qui se traduit, notamment pour les cotisants, par :

– l'absence d'interlocuteur unique pour la déclaration des informations nécessaires au recouvrement des cotisations ;

– la multiplication de démarches similaires, augmentant les possibilités d'erreur et donc fragilisant la sécurité juridique autant des cotisants que des affectataires.

Cela ne doit toutefois pas oblitérer la complexité que représente la mise en place d'un recouvrement unique, tel que mis en place par le présent article. Ainsi, le recouvrement des cotisations recouvrées actuellement par l'AGIRC-ARRCO représente 75 milliards d'euros de cotisations annuelles acquittées par 1,6 million d'entreprises.

Le rapprochement se fondera sur des dispositifs de coordination préexistants entre les URSSAF et l'AGIRC-ARRCO, à savoir :

– l'ouverture du portail partenaire ACOSS aux agents de l'AGIRC-ARRCO ;

– l'existence d'une convention financière pour le reversement des fonds issus de la compensation des allègements généraux assis sur les cotisations de retraite complémentaire ;

– la fiabilisation des allègements généraux en DSN.

B. UNE RÉFLEXION EN COURS SUR LA MISE EN PLACE D'UN RECOUVREMENT UNIQUE

La simplification du champ du recouvrement a connu une première avancée significative avec l'application de la loi du 13 février 2008⁽¹⁾ et l'anticipation prévue en loi de financement pour 2009⁽²⁾. Le recouvrement des cotisations et contributions finançant l'assurance chômage a ainsi été transféré de l'Unédic à l'ACOSS, à compter du 1^{er} janvier 2011. Ce transfert a permis de simplifier les démarches des employeurs et s'est traduit par une amélioration significative du taux de recouvrement.

Dans le cadre d'un processus de simplification en faveur des entreprises dans leurs relations avec l'administration, auquel a participé la loi sur le « droit à l'erreur »⁽³⁾, le Gouvernement a souhaité initier des réflexions sur un recouvrement unique dans les sphères sociale et fiscale.

- Pour mettre en place les futures modalités des recouvrements fiscal et social, une mission interministérielle, récemment lancée, placée auprès des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale, doit réfléchir au pilotage et à la coordination des travaux liés à la réforme du recouvrement fiscal et social, en lien notamment avec l'ensemble des acteurs concernés par le recouvrement de recettes publiques⁽⁴⁾.

Le rapport de M. Alexandre Gardette, remis aux ministres des solidarités et de la santé et de l'action et des comptes publics le 31 juillet 2019, explore quant à lui les pistes relatives à l'unification du recouvrement pour l'ensemble des sphères fiscale et sociale, mais convient que, en dehors du recouvrement forcé, cette unification constitue un objectif lointain.

- Il demeure toutefois important de progresser en matière d'unification du recouvrement au sein de la sphère sociale.

Le présent article s'inscrit dans ce sens, auquel le Gouvernement et la majorité ont déjà largement contribué, *via* l'intégration du Régime social des indépendants au sein du régime général, en application de la LFSS 2018⁽⁵⁾, et les mesures en faveur de la dématérialisation au sein de la LFSS 2019⁽⁶⁾.

(1) Loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi, et notamment le III de son article 5.

(2) Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010.

(3) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

(4) Décret n° 2019-949 du 10 septembre 2019 portant création d'une mission interministérielle, dénommée « France Recouvrement », chargée du pilotage de la réforme du recouvrement fiscal et social.

(5) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(6) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNIFIER, SIMPLIFIER ET FACILITER LE RECOUVREMENT

A. UNIFIER : LE TRANSFERT DU RECOUVREMENT DE NOUVELLES COTISATIONS VERS L'ACOSS

L'unification du recouvrement s'inscrit dans la lignée des précédents transferts évoqués *supra*, et notamment le transfert du recouvrement des cotisations d'assurance chômage depuis le 1^{er} janvier 2011 ou l'intégration des cotisations issues du précédent régime des indépendants.

● Le 5^o du I confie ainsi aux URSSAF et aux CGSS un nouveau champ de recouvrement des contributions et des cotisations. Celui-ci s'étend désormais « à l'ensemble des cotisations et contributions finançant les régimes de base ou complémentaires de sécurité sociale » obligatoires, à l'exception de celles qui relèvent du régime agricole et du régime des gens de mer. Concrètement, les contributions et cotisations transférées concernent donc, outre les salariés privés déjà inclus dans le champ :

– des cotisations de retraite complémentaire obligatoire (AGIRC-ARRCO) ;

– des cotisations de retraite des agents des fonctions publiques territoriales et hospitalières recouvrées à ce jour par la caisse des dépôts et consignations (CNRACL) ;

– des cotisations de retraite des agents non titulaires de la fonction publique également recouvrées par la caisse des dépôts et consignation (IRCANTEC) ;

– des cotisations de retraite additionnelle des agents de la fonction publique, actuellement recouvrées par la Caisse des dépôts et consignations ;

– des cotisations dues au titre de régimes spéciaux, dont notamment :

- les cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des salariés des industries électriques et gazières (IEG) recouvrées actuellement respectivement par la CAMIEG et la CNIEG ;
- les cotisations recouvrées par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) ;
- les cotisations dues au titre des ministres des cultes recouvrées par la CAVIMAC ;
- enfin, au 3^o du I du nouvel article L. 213-1, en application de la LFSS 2019, les cotisations d'assurance vieillesse de base et

complémentaires, ainsi que les cotisations destinées à couvrir un régime d'assurance-décès par :

- des personnes qui cotisent doublement, au régime d'assurance-maladie dont relève leur avantage de retraite ou leur pension d'invalidité ainsi qu'à celui qui relève de leur activité ;
- les étudiants en médecine ou médecins remplaçants, sous des conditions limitatives définies à l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale ;
- les cotisations finançant les actions d'apprentissage et de formation professionnelle (*cf. infra*).

À ce champ étendu du recouvrement s'ajoutent, selon le nouveau 4° du I de l'article L. 213-1, les cotisations pour le fonds pour l'emploi hospitalier, mis en place depuis 1994 ⁽¹⁾. Celles-ci sont assises sur les rémunérations soumises à retenue pour pension.

● L'intégration de l'ensemble de ces cotisations et contributions dans le champ de compétence des URSSAF entraîne, par coordination, la suppression du recouvrement spécifique opéré au sein des régimes sectoriels. Cette suppression est assurée, pour ce qui est des relations entre les URSSAF et l'AGIRC-ARRCO, aux 12° et 13° du I. La fin des missions de recouvrement est assurée :

– pour la CAVIMAC, au 14° du I ;

– pour l'IRCANTEC, au 15° du I. Dans ce cas précis, la fin des modalités actuelles de recouvrement entraîne la suppression du régime de sûretés qui était appliqué jusque-là au paiement des cotisations et des majorations et pénalités de retard, inscrit aux articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale ;

– pour la CRCPEN, au 2° du V.

Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce dispositif, la branche recouvrement du régime général portera la responsabilité finale de la cohérence générale et individuelle de l'ensemble du processus des conditions de sa mise en œuvre opérationnelle et de ses résultats.

● Par mesure de coordination, le présent article tire les conséquences de l'extension du recouvrement au IV pour la gestion des pensions de gens de mer, au VI pour les cotisations recouvrées au sein des fonctions publiques territoriale et hospitalière et au VII pour les cotisations assises sur la rémunération des salariés des industries électriques et gazières. Le V du présent article modifie enfin la loi du 12 juillet 1937 relative à la caisse de retraite et d'assistance des clercs de

(1) Loi n° 94-626 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique.

notaires afin de tirer les conséquences du transfert du recouvrement d'une partie des cotisations de retraite et de prévoyance.

- La nécessité, relevée par de nombreux interlocuteurs du rapporteur général, d'assurer une transition en douceur du recouvrement pour éviter toute rupture dans le processus, a entraîné la mise en place d'un calendrier différencié, défini au **IX**.

L'ensemble des dispositions du présent article doivent entrer en vigueur, selon le **IX**, au 1^{er} janvier 2020. Échappe toutefois à ce terme une grande partie des transferts, qui s'échelonnent selon le calendrier suivant :

- au 1^{er} janvier 2020, selon le **a** du 3^o du **IX**, les CGSS et les URSSAF pourront recouvrer les cotisations maladies des personnels des IEG ainsi que les cotisations dues au titre des rémunérations versées aux marins et déclarées *via* la DSN ;

- au 1^{er} janvier 2021, les CGSS et les URSSAF pourront recouvrer les cotisations dues au titre des rémunérations versées aux marins et déclarées *via* la DSN, selon le **b** du même 3^o ;

- au 1^{er} janvier 2022, les CGSS et les URSSAF, disposant de l'ensemble des compétences définies au 5^o du **I**, ainsi que de la possibilité de mettre en place un taux forfaitaire de couverture du risque de non-recouvrement des créances décrit *infra*, pourront recouvrer les cotisations assurant le financement des régimes de retraite complémentaire et les cotisations d'assurance vieillesse des IEG dans les nouvelles modalités de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale ;

- au 1^{er} janvier 2023, selon le **c** du 2^o du **IX**, les CGSS et les URSSAF pourront recouvrer les cotisations anciennement recouvrées par la Caisse des dépôts et consignations, la CRPCEN et la CAVIMAC, la caisse du régime des clercs et employés de notaires ainsi que les contributions au fonds pour l'emploi hospitalier.

- Cet échelonnement, déjà subtil, pourra de plus, en vertu du 6^o du **IX**, être modifié par le Gouvernement par décret sur une période qui n'excède pas un an. Cette possibilité est étendue aux dates d'entrée en vigueur des nouvelles modalités de collecte des contributions au titre de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH), des contributions pour la formation professionnelle (CFP) et de la taxe d'apprentissage. Le Gouvernement devra remettre préalablement un rapport au Parlement pour justifier les raisons d'un tel décalage.

Le rapporteur général souscrit à la nécessité d'une certaine souplesse pour que l'unification du recouvrement, qui constitue une lourde opération logistique pour les URSSAF et l'ACOSS, ne perturbe pas excessivement les opérations de recouvrement elles-mêmes et les rapports avec les employeurs et les attributaires. Il souhaite toutefois rappeler que la dérogation à des dispositions législatives par

un mécanisme de simple décret et de remise d'un rapport au Parlement n'est pas de nature à éclairer les parlementaires et les citoyens sur la lisibilité de la loi.

- Ce transfert permet donc l'intégration d'un certain nombre de régimes spéciaux dans le champ du recouvrement assuré par les URSSAF, à l'exclusion toutefois de ceux qui sont inscrits au nouvel article L. 213-1-1 du code de la sécurité sociale, créé au 6° du I :

- les cotisations fixées en pourcentage des émoluments et honoraires, dues par les notaires pour alimenter la caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires. Il s'agit de la dernière catégorie de cotisation recouvrée en propre par la caisse de retraite et de prévoyance ;

- les cotisations d'assurance vieillesse dont l'ensemble des assurés relève d'un seul employeur (RATP, SNCF, Banque de France, Comédie-Française, Opéra national de Paris, Port autonome de Strasbourg, Conseil économique, social et environnemental, service de retraites de l'État, régime d'assurance maladie des militaires) ;

- les cotisations d'assurance vieillesse dans des « petits » régimes qui satisfont à la double condition d'un nombre d'employeurs redevables inférieur à 500 et du versement de moins de 500 millions d'euros par an.

- Une mention particulière doit être faite au sujet du régime des marins, dont la spécificité en matière de recouvrement est supprimée au II du présent article. La convention d'objectifs et de gestion 2016-2020 signée entre l'État et l'Établissement national des invalides de la marine (ENIM) prévoyait déjà comme objectif l'unification du recouvrement sous l'égide du régime général. Le régime spécial des marins entre dans la catégorie des régimes spéciaux au sens de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale. Depuis le 1^{er} janvier 2016, la gestion du recouvrement des cotisations d'allocations familiales et d'autres contributions dues par les marins (CSG-CRDS, contribution FNAL, versement transport, formation professionnelle, forfait social...) est confiée à l'URSSAF Poitou-Charentes. Ce rapprochement avec l'ENIM permet d'anticiper le recouvrement unique à terme et la modification effectuée au 5° du I du présent article permet de compléter le transfert aux autres cotisations.

Par mesure de coordination, le II supprime la majoration de 2 % du montant des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs propriétaires ou affréteurs d'un navire en cas de défaut d'assurance pendant la durée d'armement, qui n'a pas vocation à être gérée par les URSSAF, ainsi que la dispense de déclaration préalable à l'embauche (DPAE) dont bénéficient les marins, afin d'améliorer l'identification des cotisants/assurés, dans les conditions de droit commun.

Enfin, le Gouvernement sollicite, au X, l'habilitation du Parlement à prendre par voie d'ordonnance, en application de l'article 38 de la Constitution, des mesures instituant une offre de service simplifié au bénéfice des personnes

relevant du régime spécial de sécurité sociale des marins. Cette ordonnance aurait vocation à s'intégrer dans les dispositions législatives relatives aux autres titres simplifiés de la branche (Tese, Cea, Cesu, Pajemploi).

B. SIMPLIFIER LES PROCÉDURES DE DÉCLARATION ET LES RELATIONS AVEC LES COTISANTS COMME AVEC LES ATTRIBUTAIRES

L'amélioration de la DSN passe à la fois par une simplification et une fiabilisation du procédé.

1. La simplification...

a. Avec les employeurs

● Au titre de cette simplification, le 2° du **I** complète l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale pour que les organismes de recouvrement mettent à la disposition des employeurs un dispositif unifié, par lequel ces derniers pourront trouver les informations nécessaires à la fois au bon renseignement de leurs déclarations sociales et à la vérification de leur conformité avec la législation sociale. Les caractéristiques de ces informations doivent être déterminées par décret.

Selon l'étude d'impact, cette mesure vise à éviter les erreurs faites de bonne foi par les employeurs lorsqu'ils remplissent leurs déclarations. L'objectif est donc, notamment pour le taux des cotisations AT-MP qui sont notifiées aux employeurs mais qui ne sont pas pré-renseignées, de les intégrer préalablement dans la déclaration.

b. Avec les attributaires

Les relations entre l'ACOSS et les attributaires ont également vocation à être simplifiées grâce à une clarification des missions qui incombent aux URSSAF et un nouvel outil de garantie du versement des sommes par l'agence.

● En premier lieu, le **b** du 8° du **I** prévoit que l'ACOSS centralise l'ensemble des sommes recouvrées par les URSSAF et les CGSS, mais aussi qu'elle ait la charge de la notification et du versement des sommes dues aux affectataires.

● Par ailleurs, sur le modèle de ce que pratique déjà la DGFIP avec les collectivités territoriales⁽¹⁾, le même **b** du 8° du **I** prévoit qu'un taux forfaitaire pour frais de non-recouvrement s'applique aux sommes que doit verser l'ACOSS. L'assiette à laquelle ce taux s'applique se compose de :

– l'ensemble des cotisations et contributions, à l'exception de celles qui sont affectées aux quatre branches du régime général ;

(1) Étude d'impact.

– les cotisations dues au titre des OETH, la contribution unique à la formation professionnelle et à l’alternance, la contribution supplémentaire à l’apprentissage, la contribution dédiée au financement du compte personnel de formation pour les titulaires d’un contrat à durée déterminée ainsi que les contributions des travailleurs indépendants à la formation professionnelle.

Sont donc également exclus les contributions, versements et cotisations assurant le financement de l’assurance chômage pour les salariés comme pour les travailleurs indépendants.

Ce taux est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 3,6 %, soit un plafond équivalent à celui qui est appliqué aux mêmes mécanismes dans la sphère fiscale. Pour ce qui est des contributions et cotisations qui sont entrées dans le champ du recouvrement des URSSAF après le 1^{er} janvier 2020, le plafond est déterminé en fonction du taux moyen de non-recouvrement constaté pendant l’année antérieure au transfert, si ce taux est inférieur à 3,6 %.

Ce prélèvement forfaitaire représentatif de l’existence de sommes inévitablement non recouvrées permettra d’éviter de pénaliser les salariés à raison de l’absence de versement des cotisations par les employeurs. Son entrée en vigueur sera déterminée par un calendrier fixé par décret en Conseil d’État.

Outre ce prélèvement forfaitaire, l’ACOSS pourra également appliquer des frais de gestion sur les sommes recouvrées par les URSSAF, pour compenser la charge nouvelle que représente cette extension du recouvrement.

2. La fiabilisation

Le 3^o du I insère dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 133-5-3-1 instaurant, dans son premier alinéa, une procédure de substitution des organismes de recouvrement aux employeurs lorsque ces derniers ne corrigent pas de manière diligente les erreurs commises lors du remplissage de leurs DSN. Cette procédure est précédée par :

– une information issue des organismes à destination des employeurs pour leur signifier les résultats des vérifications d’exhaustivité, de conformité et de cohérence réalisées à partir des données inscrites dans la DSN ;

– une demande, le cas échéant, de corriger les anomalies constatées.

Les manquements à ces obligations, outre cette procédure de substitution, peuvent aboutir à des sanctions appliquées dans les conditions de droit commun prévues à l’article L. 133-5-4, soit une pénalité inférieure à une limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l’euro supérieur, au titre de chaque personne pour laquelle est constaté le défaut de déclaration, l’omission ou l’inexactitude.

- Cette possibilité de substitution, tout comme l'amélioration de l'information entre employeurs et organismes collecteurs, visent également à limiter les risques d'erreurs dans les attributions des droits des salariés. Il est toutefois prévu qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions et modalités d'application de cette procédure, pour garantir notamment le respect du contradictoire préalable à la correction d'office, ainsi que la simplicité de la procédure pour l'employeur.

C. FACILITER LE RECOUVREMENT : DES MISSIONS CONSOLIDÉES ET UNE INFORMATION AMÉLIORÉE

1. Une consolidation des missions

La nouvelle définition des missions des organismes de recouvrement traduit l'extension des compétences du réseau de recouvrement.

- En premier lieu, le 2° du I modifié de l'article L. 213-1 tire les conséquences de l'intégration du Régime social des indépendants (RSI) au sein du régime général. Cependant, le même alinéa préserve l'exclusion du champ des organismes de recouvrement, les cotisations d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des professions libérales, y compris les cotisations dues au titre de la caisse nationale du barreau français.

- Ensuite, le 4° du même article modifié englobe l'ensemble des nouvelles missions de recouvrement confiées aux URSSAF par des lois antérieures. À cet égard, il revient aux URSSAF de collecter :

- la contribution due au titre de l'OETH, dont le transfert a été prévu par l'article 67 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel ;

- la contribution de formation professionnelle et d'apprentissage, visée à l'article L. 6131-1 du code du travail, dont le transfert a été prévu par l'article 37 de la loi n° 2018-771 précitée ;

- la contribution pour la formation professionnelle des travailleurs indépendants visée à l'article L. 6331-48 du code du travail.

- Enfin, la formalisation de ces transferts est assurée au nouveau 5° du même article, qui pose le principe selon lequel il revient aux URSSAF de recouvrer toute cotisation ou contribution qui leur est attribuée par la loi. De la même manière, au nouveau 6° du même article, et sauf disposition contraire, les missions de contrôle de ces organismes sont étendues à l'ensemble du recouvrement des cotisations prévu par la loi.

2. Une vision globale de l'emploi des cotisations

- Le 8° du I du présent article confie à l'ACOSS :

- une mission de réception du produit global de l'ensemble des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 pour le compte des régimes et des fonds concernés, mais également la charge de répartir, en application du même article, ce produit entre les différents régimes et fonds concernés ;

- la charge de l'extension du dispositif dit « Fillon » de réduction dégressive des cotisations sociales sur les salariés entre 1 et 1,6 SMIC aux cotisations et contributions d'assurance chômage, insérée au 7° bis de l'article L. 225-1-1. Cette extension, prévue en LFSS 2019⁽¹⁾, pèsera donc sur l'organisme collecteur.

- Les organismes de sécurité sociale bénéficieront par ailleurs d'une plus grande souplesse, issue de la simplification des modalités d'admission en non-valeur des créances irrécouvrables, au 1° et au 11° du I. L'admission en non-valeur des cotisations sociales est une mesure d'ordre interne qui permet aux organismes de sécurité sociale de ne pas poursuivre le recouvrement de certaines créances considérées comme irrécouvrables. En 2018, les admissions en non-valeur se sont élevées à 2,1 milliards d'euros, sur un total de produits de près de 470 milliards d'euros (soit 0,45 %).

Actuellement prononcée par le conseil ou le conseil d'administration des organismes de sécurité sociale, cette procédure jugée inutilement lourde et chronophage est supprimée, au profit d'une détermination des modalités d'admission des créances en non-valeur par décret. Désormais, les directeurs et agents comptables d'organisme de gestion pourront procéder à l'examen des admissions en non-valeur des créances irrécouvrables.

Cette disposition entrera en vigueur, selon le 2° du IX du présent article, au 1^{er} janvier 2022, et entraîne par voie de conséquence, au VIII du présent article, la suppression du X de l'article 26 de la LFSS pour 2019, qui prévoyait une disposition analogue devenue redondante.

Enfin, comme le prévoit le nouvel article L. 225-1-5 du code de la sécurité sociale introduit par le 8° du I du présent article, l'ACOSS aura à sa charge :

- le versement, aux régimes de retraite complémentaire, des montants correspondant à la prise en charge de la perte de cotisations afférentes à ces régimes en vertu de dispositif de réduction progressive « Fillon », étendu en LFSS 2019⁽²⁾ à ces cotisations ;

- le versement à l'Unédic, sur le même modèle, des contributions encaissées sans tenir compte de la part de la réduction imputée sur celles-ci. La prise en charge de la part exonérée des cotisations recouvrées est donc centralisée

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

(2) *Idem.*

par l'ACOSS, sur la base des informations issues des organismes en charge du recouvrement. L'Agence reverse ensuite les montants et notifie les produits correspondants à l'Unédic.

● En cohérence avec la place nouvelle prise par l'ACOSS dans le champ du recouvrement des régimes obligatoires, le **10°** du **I** confie aux quatre branches de la sécurité sociale, définies à l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale, la mission de couvrir à la fois les charges de gestion administrative qui incombent désormais à l'ACOSS, par arrêté interministériel, mais aussi la prise en charge des allègements généraux sur les cotisations à l'assurance chômage, assises sur les rémunérations entre 1 et 1,6 SMIC. La répartition de l'effort est fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches.

Par exception, il revient à la branche « vieillesse-veuvage » de couvrir les sommes mises à la charge de l'ACOSS, issues de l'extension de la même réduction dégressive « Fillon », aux cotisations finançant les régimes de retraite complémentaire.

3. Une meilleure information

● L'accroissement de l'interdépendance entre les différents régimes par le biais d'une extension du recouvrement suppose également que l'information relative à la sincérité des comptes soit renforcée. C'est le sens du **III** du présent article, qui entraîne une modification des échanges d'informations entre la Cour des comptes et les commissaires aux comptes.

Il complète les obligations inscrites à l'article L. 141-10 du code des juridictions financières – qui prévoit que les membres de la Cour peuvent communiquer des informations aux commissaires aux comptes d'organismes en dehors du périmètre des régimes de base lorsqu'une partie des opérations de ces organismes est gérée par des organismes du régime général – en donnant aux membres de la Cour la possibilité de demander aux commissaires aux comptes de ces mêmes organismes tout élément nécessaire pour assurer un examen sincère, régulier et fidèle des comptes sociaux. Cette nouvelle faculté pourrait notamment aboutir à :

– la possibilité pour la Cour d'effectuer des vérifications sur les sommes facturées à l'ACOSS au titre de la compensation de la réduction générale ;

– l'instauration, pour la certification des comptes combinés de la branche maladie du régime général, d'une faculté pour la Cour de demander des éléments d'assurance sur la qualité du dispositif de maîtrise des risques attaché à la chaîne de la recette dans les établissements de santé.

Le **5°** du **IX** prévoit l'entrée en vigueur de cet échange d'informations à compter du 1^{er} octobre 2020.

*

* *

Article 11

Simplification des démarches des travailleurs indépendants

Adopté par la commission sans modification

L'article 11 propose plusieurs mesures de simplification des démarches des travailleurs indépendants, afin notamment de mieux articuler les déclarations fiscales et sociales.

Il met fin à la déclaration sociale des travailleurs indépendants, au profit d'une meilleure coopération entre les services de recouvrement sociaux et fiscaux, qui devrait permettre d'obtenir les mêmes informations, avec moins de formalités à réaliser.

Par ailleurs, s'agissant plus particulièrement du département de Mayotte, il ouvre la possibilité de recourir au statut de micro-entrepreneur et aligne les modalités de recouvrement sur les règles de droit commun.

1. Les spécificités du statut de travailleur indépendant entraînent toujours, malgré d'incontestables progrès, d'importantes redondances administratives

• Les travailleurs indépendants, définis en creux comme tout travailleur qui n'est pas salarié, ont pour spécificité d'être souvent, dans la sphère sociale, doublement cotisants (pour eux-mêmes et pour leurs éventuels salariés), et dans la sphère fiscale doublement redevable (de l'impôt dû au titre de leur société, mais aussi de l'impôt sur le revenu applicable aux revenus issus de cette société).

Il s'ensuit que les travailleurs indépendants, dont les entreprises sont soumises au régime réel d'imposition⁽¹⁾, sont structurellement conduits à réaliser de nombreuses formalités déclaratives récurrentes, parmi lesquelles :

– une déclaration de résultats accompagnée de tableaux annexes faisant état de la comptabilité de l'entreprise pour l'exercice concerné (la « liasse »), en application de l'article 53 A du code général des impôts ;

– une déclaration sociale des indépendants (DSI) dont le caractère obligatoire est prévu à l'article L. 613-5 du code de la sécurité sociale et qui doit permettre le calcul des cotisations et contributions sociales ;

– la déclaration de l'impôt sur le revenu, prévue à l'article 170 du code général des impôts, comme tout particulier redevable.

De nombreuses dispositions adoptées ces dernières années ont permis de simplifier la réalisation de chacune de ces opérations, qui sont désormais entièrement dématérialisées, au point d'ailleurs que le législateur a imposé aux

(1) Ce régime dans lequel l'impôt dû par les entreprises est lié à ses bénéfices et à sa perception de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) effectifs, d'où le terme de « réel ». C'est le régime de droit commun des sociétés.

entreprises de réaliser l'ensemble de leurs démarches déclaratives de manière dématérialisée, tant sur le plan fiscal que social ⁽¹⁾.

Par ailleurs, d'autres régimes comme le régime de la microentreprise créé par l'article 9 de la loi du 4 août 2008 dite « TEPA » ⁽²⁾ ont conduit à simplifier ces démarches pour des entreprises dont le chiffre d'affaires est situé en dessous d'un certain seuil ⁽³⁾. Ainsi, les contribuables ayant choisi le régime de la microentreprise sont dispensés de la déclaration de résultat et bénéficient, s'ils choisissent le régime « microsocial » prévu aux articles L. 613-7 et suivants du code de la sécurité sociale, de taux simplifiés et plus avantageux dans le calcul de leurs cotisations sociales.

● Au-delà de la question de la simplification de chacune d'entre elles, c'est la question du maintien de l'ensemble de ces trois déclarations qui se pose alors que de nombreuses informations que les cotisants doivent renseigner dans la déclaration sociale des indépendants se retrouvent dans les deux autres déclarations fiscales, remplies à quelques semaines d'intervalle.

TABLEAU PRÉSENTANT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AU CALCUL DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES PRÉSENTES DANS LES DÉCLARATIONS D'IMPÔT PRÉVUES À L'ARTICLE 170 DU CODE GÉNÉRAL DES IMPÔTS (CGI)

Informations de la 2042 et 2042 C PRO dont les organismes sociaux ont besoin pour le calcul de l'assiette sociale du travailleur indépendant et qui sont donc demandées à la fois par l'administration fiscale et par l'administration sociale*	
Nature	Rubrique de la déclaration fiscale 2042 et 2042 PRO
2042	
État civil et adresses	X
Revenus des associés et gérants, art. 62 CGI	1GB, 1HB
Agents généraux d'assurance	1GF, 1HF
2042 C PRO	
Micro-entrepreneur ayant opté pour le versement libératoire de l'impôt sur le revenu**	
Ventes de marchandises et assimilés	5TA, 5UA
Prestations de services et locations meublées	5TB, 5UB
Recettes brutes des revenus non commerciaux	5TE, 5UE
Activité agricole non salariée	
<i>Régime micro BA</i>	
Revenus imposables	5XB, 5YB
Revenu forfaitaire provenant des coupes de bois	5HD, 5ID

(1) Sur ce point, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 13, dans la numérotation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

(3) Ce seuil est fixé à 32 600 euros par an hors taxes, sauf pour certaines activités particulièrement soumises à la sous-déclaration (vente, locations ponctuelles) pour lesquelles le plafond est fixé à 81 500 euros (article 50-0 du code général des impôts).

Informations de la 2042 et 2042 C PRO dont les organismes sociaux ont besoin pour le calcul de l'assiette sociale du travailleur indépendant et qui sont donc demandées à la fois par l'administration fiscale et par l'administration sociale*	
Nature	Rubrique de la déclaration fiscale 2042 et 2042 PRO
Plus-values court terme (PVCT)	5HW, 5IW
Moins-values court terme (MVCT)	5XO, 5YO
Revenus exonérés	5XA, 5YA
<i>Régime réel</i>	
Revenus imposables	5HC, 5HI, 5IC, 5II
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égal à l'impôt français	5AK, 5AL, 5BK, 5BL
Déficits	5HF, 5HL, 5IF, 5IL
Revenus taux marginal	5XT, 5XV, 5XU, 5XW
Revenus exonérés	5HB, 5HH, 5IB, 5IH
Abattement jeunes agriculteurs	5HM, 5HZ, 5IM, 5IZ
BIC professionnels	
<i>Régime micro</i>	
BIC ventes	5KO, 5LO
BIC prestations	5KP, 5LP
PVCT	5KX, 5LX
MVCT	5KJ, 5LJ
Revenus exonérés	5KN, 5LN
<i>Régime réel</i>	
Bénéfice BIC pro (revenus imposables)	5KC, 5KI, 5LC, 5LI
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égal à l'impôt français	5DF, 5DG, 5EF, 5EG
Déficit BIC pro	5KF, 5KL, 5LF, 5LL
Revenus exonérés	5KB, 5KH, 5LB, 5LH
BIC non professionnels	
<i>Régime micro</i>	
Revenus imposables (ventes)	5NO ou 5OO
Revenus imposables (PS)	5NP ou 5OP
PVCT	5NX, 5OX
MVCT	5IU, 5RZ
Revenus exonérés	5NN ou 5ON
<i>Régime réel</i>	
Revenus imposables	5NC ou 5NI ou 5OC ou 5OI
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égal à l'impôt français	5UR, 5US, 5VRn 5VS
Déficit	5NF ou 5NL ou 5OF ou 5OL
Revenus exonérés	5NB ou 5NH ou 5OB ou 5OH
Locations meublées non professionnelles (LMNP)	

Informations de la 2042 et 2042 C PRO dont les organismes sociaux ont besoin pour le calcul de l'assiette sociale du travailleur indépendant et qui sont donc demandées à la fois par l'administration fiscale et par l'administration sociale*	
Nature	Rubrique de la déclaration fiscale 2042 et 2042 PRO
<i>Régime micro</i>	
LMNP soumises aux contributions sociales par les organismes sociaux	5NW, 5OW, 5NJ, 5OJ
<i>Régime réel</i>	
Revenus soumis aux contributions sociales par les organismes sociaux	5NM, 5KM, 5OM, 5LM
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égal à l'impôt français	5EY, 5EZ, 5FY et 5FZ
Déficit	5NY, 5NZ, 5OY, 5OZ
BNC professionnels	
<i>Régime micro</i>	
BNC micro	5HQ, 5IQ
PVCT	5HV, 5IV
MVCT	5KZ, 5LZ
BNC micro	5HP, 5IP
<i>Régime de la déclaration contrôlée</i>	
Revenus imposables	5QC, 5QI, 5RC, 5RI
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égale à l'impôt français et revenus des non-résidents	5XJ, 5XK, 5YJ, 5YK
Déficit	5QE, 5QK, 5RE, 5RK
Revenus exonérés	5QB, 5QH, 5RB, 5RH
Jeunes créateurs abattement de 50 %	5QL, 5RL
BNC non professionnels	
<i>Régime micro</i>	
Revenus imposables	5KU, 5LU
PVCT	5KY, 5LY
MVCT	5JU, 5LD
Revenus exonérés	5TH ou 5UH
<i>Régime de la déclaration contrôlée</i>	
Revenus imposables	5JG, 5SN, 5RF, 5NS
Revenus de source étrangère avec crédit d'impôt égale à l'impôt français et revenus des non-résidents	5XS, 5XX, 5YS, 5YK
Déficit	5JJ, 5SP, 5RG, 5NU
Revenus exonérés	5HK ou 5IK ou 5JK ou 5KK
Inventeurs, auteur de logiciels (produit déjà soumis aux contributions sociales)	5TC, 5UC
Jeunes créateurs, abattement de 50 %	5SV, 5SW

* Les formulaires 2042 et 2042 C sont les formulaires servant de base aux déclarations de revenus nécessaires au calcul de l'impôt sur le revenu

** Ces informations varient d'un statut à l'autre, car le formulaire est adapté à chaque situation.

Cette situation contredit le principe de simplification des démarches « dites-le nous une fois », promu depuis 2013, et qui a été renforcé par la loi du 20 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance. L'article L. 113-13 du code des relations entre le public et l'administration prévoit ainsi un principe général, selon lequel « *lorsque les informations ou données nécessaires pour traiter la demande présentée par une personne ou la déclaration transmise par celle-ci peuvent être obtenues directement auprès d'une autre administration [...] la personne ou son représentant atteste sur l'honneur de l'exactitude des informations déclarées* ». Principe législatif général, cette disposition ne s'applique toutefois pas aux procédures de déclarations sociales et fiscales spécifiques, également de valeur législative. Sa mise en œuvre nécessite donc des dispositions spécifiques.

- Par ailleurs, la simplification importante qu'a constituée la mise en place du statut de micro-entrepreneur ne s'applique pas uniformément sur le territoire puisque le département de Mayotte, régi par une ordonnance spécifique qui adapte les dispositions du code de la sécurité sociale à sa situation spécifique, tout en connaissant le régime des microentreprises, ne bénéficie pas du régime du « microsocial ».

Cette situation est d'autant plus surprenante que l'économie mahoraise se caractérise par le poids très important de l'économie informelle (deux tiers, d'après l'étude d'impact du Gouvernement), alors même que des dispositifs simplifiés et incitatifs comme le « microsocial » semblent avoir fait leurs preuves dans la réduction des activités non déclarées.

2. L'article 11 dispense les travailleurs indépendants d'un certain nombre de démarches superflues

a. L'unification des déclarations sociales et fiscales

- Le **I** procède à plusieurs modifications au sein de dispositions du code de la sécurité sociale, applicables à l'ensemble des travailleurs indépendants.

Le **2°** du **I** réécrit substantiellement l'article L. 613-2 en vue de supprimer le principe de la déclaration sociale des indépendants (DSI).

Le principe est ainsi renversé puisque les travailleurs indépendants n'ont, dans le droit proposé, plus que l'obligation de transmettre les éléments relatifs à leurs cotisations et contributions, dans le cadre de leur déclaration de revenus, prévue à l'article 170 du code général des impôts. Cette déclaration sera adaptée afin de contenir les rares informations qui ne seraient pas déjà demandées dans la déclaration fiscale.

Cette dispense de déclaration est rendue possible par la transmission obligatoire des données nominatives relatives aux prélèvements sociaux de l'administration fiscale vers les URSSAF et la MSA. Elle est de droit, à la

demande de l'organisme de sécurité sociale concerné ou du travailleur indépendant lui-même, par exemple en cas de contestation.

En revanche, s'ils ne sont pas en mesure de transmettre ces éléments au moyen de la liasse, leur obligation de procéder à une déclaration spécifique de cotisations et contributions est rétablie auprès des URSSAF ou de la MSA.

Au regard des éléments transmis par la direction de la sécurité sociale au rapporteur général, cette hypothèse recouvre trois cas :

– l'impossibilité de transmission de la déclaration fiscale d'impôt sur le revenu par voie dématérialisée, puisque les échanges entre l'administration fiscale et sociale seront entièrement dématérialisés. Il est en droit toujours possible d'adresser une déclaration de revenu à l'administration fiscale en format « papier », sous certaines conditions ⁽¹⁾ ;

– une déclaration de revenus envoyée tardivement après la clôture de la campagne déclarative fiscale ;

– les déclarations modificatrices effectuées après la clôture de la campagne déclarative fiscale.

L'article réécrit autorise l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) pour procéder à ces échanges, afin de sécuriser cette utilisation, qui n'est pas prévue par le décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 qui encadre l'utilisation de ce NIR.

Dans sa nouvelle version, l'article actualise le principe de la dématérialisation des démarches, déjà affirmé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Ce rappel vise à confirmer l'application de ce principe, y compris la modification des modalités déclaratives.

Il rappelle par ailleurs que les entreprises ayant choisi le régime « microsocial » et qui sont donc exemptés de déclaration de résultats, continueront à transmettre une déclaration. Ces micro-entrepreneurs bénéficieront néanmoins de la mesure, puisque ceux qui n'auront pas choisi le versement libératoire de l'impôt sur le revenu bénéficieront d'une déclaration pré-remplie grâce à la déclaration fiscale de résultats professionnels.

Par conséquent, l'article L. 613-5 qui prévoyait les modalités de déclaration dématérialisées, ainsi que les sanctions applicables en cas de méconnaissance de ces obligations est supprimé par le 3° du I, car devenu sans objet.

(1) L'article 1649 quater B quinquies prévoit ainsi cette faculté lorsque le contribuable indique à l'administration ne pas être en mesure de procéder à la déclaration de manière électronique.

L'article L. 613-8, qui porte plus spécifiquement sur les travailleurs soumis au microsocial, est réécrit par le 4° du I en vue de :

– supprimer la référence à un décret en Conseil d'État pour fixer les pénalités, dès lors que les travailleurs indépendants sont désormais, en application de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, affiliés au régime général ;

– supprimer les dispositions relatives aux conjoints collaborateurs, qui sont « rapatriées » dans un article dédié à ce statut par le 5° du I (article L. 662-1) ; l'adverbe « personnellement », seul ajout de la nouvelle rédaction, indique que si ces modalités déclaratives sont fiscales, il doit en être de même pour le conjoint collaborateur.

Le II crée un nouvel article L. 98C au sein du livre des procédures fiscales, en vue d'établir une obligation de transmission par les organismes de recouvrement de la sécurité sociale avant le 30 juin des éléments nécessaires à l'établissement de l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants relevant du régime « microsocial ». Cette transmission doit permettre à l'administration fiscale de procéder à une comparaison avec les éléments dont elle dispose, en vue de s'assurer de leur fiabilité. C'est elle qui permettra le pré-remplissage déjà évoqué. Le contenu des éléments obligatoirement transmis est fixé par arrêté ministériel.

Le partage d'informations nécessaire à la suppression de la DSI : quel fonctionnement concret ?

Trois types de flux d'informations entre l'administration sociale et sociale devraient permettre cette bonne coopération :

1. Au mois de mars précédant la campagne déclarative d'impôt sur le revenu : l'administration sociale transmettra à l'administration fiscale un fichier d'appel regroupant l'ensemble de la population affiliée « travailleur indépendant » et pour laquelle les données déclaratives lui seront nécessaires pour procéder au calcul des cotisations et contributions dues ;

2. Au cours du même mois, l'administration fiscale adressera en retour aux URSSAF l'état du traitement du fichier d'appel dans son propre système d'information (il s'agit de savoir si l'administration fiscale a pu faire le lien entre les informations envoyées sur le travailleur indépendant et les données personnelles dont elle dispose) ;

3. Enfin, tout au long de la campagne déclarative fiscale d'impôt sur le revenu, soit entre mai et juin, l'administration fiscale adressera à l'administration sociale les fichiers déclaratifs renseignés par les travailleurs indépendants présents dans le fichier d'appel et ceux qui ne sont directement signalés auprès de l'administration fiscale en cochant une case sur leur déclaration de revenus. À réception de ce dernier fichier, l'administration sociale calculera les cotisations et contributions sociales et enverra les échéanciers de paiements aux travailleurs indépendants, selon les mêmes échéances qu'actuellement.

Source : réponses au questionnaire transmis à la direction de la sécurité sociale.

b. Les dispositions relatives à Mayotte

Outre la rectification d'une erreur de référence opérée par son 1^o, le **III** modifie l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte en vue d'ouvrir un certain nombre de possibilités nouvelles aux travailleurs indépendants mahorais.

Le 2^o du **III** crée ainsi un article 28-12 nouveau ouvrant l'application du régime microsocial, qui viendra compléter les dispositifs existants.

Même si les taux convergeront vers ceux applicables dans l'Hexagone dans la perspective d'un alignement complet en 2036, le cumul des avantages fiscaux existants (abattements de 71 % pour les commerçants et de 34 % pour les professions libérales⁽¹⁾, « années blanches » les vingt-quatre premiers mois d'activité⁽²⁾) et du régime microsocial.

COMPARAISON DES DIFFÉRENTS TAUX DE COTISATIONS EN FONCTION DU STATUT ET EN APPLIQUANT LA CONVERGENCE PRÉVUE JUSQU'EN 2036

Année	Somme des taux de cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants au réel	Somme des taux de cotisations et contributions applicables aux travailleurs indépendants au réel après prise en compte des abattements d'assiette	Micro entrepreneurs relevant du 1 ^o du I de l'article 50-0 du code général des impôts BIC achat-vente Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal (commerçants au microsocial)	Micro entrepreneurs relevant du 2 ^o du I de l'article 50-0 du code général des impôts BIC autres activités Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal (non commerçants au microsocial)	Micro entrepreneurs appartenant à relevant l'article 102 ter du code général des impôts – BNC Taux applicables au CA après application de l'abattement fiscal (non commerçants au microsocial)
2020	12,00 %	10,45 %	3,1 %	5,3 %	6,9 %
2021	13,51 %	11,74 %	3,5 %	5,9 %	7,8 %
2022	15,01 %	13,01 %	3,8 %	6,6 %	8,6 %
2023	16,51 %	14,29 %	4,2 %	7,2 %	9,5 %
2024	18,02 %	15,57 %	4,6 %	7,8 %	10,3 %
2025	19,52 %	16,85 %	4,9 %	8,5 %	11,2 %
2026	21,02 %	18,12 %	5,3 %	9,1 %	12,0 %
2027	22,52 %	19,40 %	5,7 %	9,7 %	12,9 %
2028	24,03 %	20,68 %	6,0 %	10,4 %	13,7 %
2029	25,53 %	21,96 %	6,4 %	11,0 %	14,5 %
2030	27,03 %	23,23 %	6,8 %	11,7 %	15,4 %
2031	28,54 %	24,52 %	7,2 %	12,3 %	16,2 %
2032	30,04 %	25,79 %	7,5 %	12,9 %	17,1 %
2033	31,54 %	27,07 %	7,9 %	13,6 %	17,9 %
2034	33,05 %	28,35 %	8,3 %	14,2 %	18,8 %
2035	34,55 %	29,63 %	8,6 %	14,9 %	19,6 %
2036	36,05 %	30,90 %	9,0 %	15,5 %	20,4 %

Source : étude d'impact du Gouvernement.

(1) Décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 modifiant le décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et au taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte.

(2) Article 28-2 de l'ordonnance de 1996 précitée.

Le taux proposé en 2020 pourrait ainsi être deux à trois fois moindre que pour l'application du régime réel d'imposition, incitant à la création d'entreprises déclarées. Par ailleurs, le mode de calcul sera aussi modifié, puisque le régime microsocial permet d'éviter les cotisations minimales (indépendantes du chiffre d'affaires) applicables aux autres travailleurs indépendants.

Le 3° du III harmonise les modalités déclaratives des travailleurs indépendants relatives avec celles qui sont applicables sur le reste du territoire.

Cela concerne notamment l'application :

- de la déclaration « en trois temps » avec prévision à partir de l'année N-2 et rectification en N-1 puis en N ;
- de l'année fiscale ;
- des majorations et pénalités de retard, moins sévères dans le reste du territoire, applicables pour l'ensemble des entreprises.

c. Les autres dispositions

• Le 1° du I modifie l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale en vue de procéder à la rectification d'une erreur de renvoi, issue de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants.

Après vérification auprès de la direction de la sécurité sociale, l'erreur portait sur les conditions d'affiliation des personnes exerçant certaines activités pouvant être qualifiées de travail indépendant.

Le 35° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale fait référence aux personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 611-1 du même code. Il s'agit soit des personnes exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés, soit des personnes exerçant une activité de location de biens meubles mentionnée au 4° de l'article L. 110-1 du code de commerce.

L'article 7 de l'ordonnance n° 2018-470 du 12 juin 2018 précitée a modifié la numérotation des alinéas de l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale. Il n'y a plus de 8° et 9° qui sont devenus respectivement les 6° et 7°.

Cependant, la mise en cohérence de cette renumérotation n'a pas été réalisée à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. Par conséquent, le renvoi du 35° de l'article L. 311-3 n'a plus de correspondance à l'article L. 611-1 de ce même code. Pour que ces personnes puissent continuer à bénéficier des dispositions de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale qui leur permettent d'opter pour une affiliation sociale au régime général des salariés, cette rectification doit être opérée.

Le 35° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale fait également référence aux personnes mentionnées au 8° de l'article L. 613-1 de ce même code. Il s'agit des personnes exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés.

Depuis l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, les dispositions de l'article L. 613-1 ont été transférées à l'article L. 611-1. Cependant, la mise en cohérence à l'article L. 311-1 de ce transfert n'a pas été réalisée. Comme précédemment, il s'agit de rectifier les dispositions du 35° de l'article L. 311-1 afin que les personnes concernées puissent continuer à bénéficier de l'option d'affiliation au régime général des salariés.

● Le **IV** fixe les dates d'entrée en vigueur de l'article :

– la dispense de DSI entrera en vigueur à compter de 2021 pour les déclarations portant sur l'exercice 2020, pour la plupart des travailleurs indépendants non agricoles ;

– elle s'appliquera de manière un peu plus tardive aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, en raison des modalités particulières de déclaration ; ce délai devrait permettre de réaliser les « *travaux nécessaires* » à l'unification des déclarations ;

– l'application du « microsocial » à Mayotte prendra effet de manière automatique pour les entreprises créées à compter du 1^{er} avril 2020, et les chefs d'entreprises déjà créées pourront demander son application jusqu'au 31 mars ; le régime s'appliquera alors sur les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2020 ;

– enfin, l'alignement des modalités de recouvrement des prélèvements sociaux à Mayotte prendra effet au 1^{er} janvier 2021.

*

* *

Article 12

Simplifier et créer un cadre de prise en compte contemporaine des aides en faveur des particuliers employeurs dans le cadre des services à la personne

Adopté par la commission avec modifications

L'article 12 instaure une expérimentation dans le secteur des services d'aide à la personne.

Cette expérimentation, appuyée sur les dispositifs actuels de Pajemploi + et du CESU +, concernerait en premier lieu les personnes handicapées ou dépendantes, qui bénéficient, lorsqu'elles emploient un salarié directement ou par le biais d'un prestataire, d'un crédit d'impôt et d'aides versées par le conseil départemental : la prestation de compensation du handicap (PCH) et l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Les bénéficiaires volontaires pourront disposer d'un « compte individuel » à partir duquel pourront leur être versés simultanément l'APA, la PCH et un montant correspondant à 50 % du crédit d'impôt auquel ils sont éligibles à raison de la rémunération qu'ils versent à leur employé. Cette mesure de simplification permet au CESU de verser directement aux organismes pertinents les contributions et cotisations sociales, le prélèvement à la source sur la rémunération de l'employé et le salaire net au même employé.

La mise en place de ce dispositif suppose également la possibilité de renforcer les échanges d'information entre l'organisme gestionnaire, le CESU, et l'administration fiscale, les conseils départementaux et les organismes prestataires des services d'aide à domicile.

Cette expérimentation, qui doit avoir lieu dans deux départements, doit durer deux ans, délai à la suite duquel elle pourrait être généralisée.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. LES PARTICULIERS EMPLOYEURS BÉNÉFICIENT D'UN CRÉDIT D'IMPÔT AU TITRE DE LA RÉMUNÉRATION D'UN SERVICE À LA PERSONNE

1. Un secteur économique d'ampleur, fortement soutenu par les dépenses publiques

Les services d'aide à la personne concernent aujourd'hui un vaste champ d'activités, puisque, tous modes d'intervention confondus (emploi direct ou intermédiation d'un prestataire), ce sont 5 millions de particuliers qui emploient 1,7 million de salariés, pour un montant annuel global de 13 milliards d'euros de salaires cumulés.

Ce secteur est soutenu par un effort conséquent en dépenses publiques, qu'il s'agisse d'aides spécifiques ou de crédits d'impôt. Le tableau ci-dessous résume cet impact.

MODALITÉS DE SOUTIEN PUBLIC AU SECTEUR DE L'AIDE À LA PERSONNE

(milliards d'euros)

Type de versement	Montant
Crédits d'impôt	6
Dépenses fiscales en matière de TVA	0,8
Exonérations de cotisations sociales	2,3
Compléments mode de garde (CMG)	6,4
Autres aides versées par les caisses de sécurité sociale	0,9
Prestations versées par les départements : allocation personnalisée d'autonomie (APA) et prestation compensatoire du handicap (PCH)	3,8
Défiscalisations diverses accordées par les employeurs des particuliers utilisateurs	0,3
TOTAL	20,5

Source : étude d'impact.

Ces dispositifs, qui constituent une charge publique à hauteur de 20,5 milliards d'euros, souffrent toutefois d'une grande disparité entre les organes qui les servent, les modalités de recours et les objectifs de politique publique qu'ils poursuivent.

2. Un premier effort de simplification a été mené

Outre les aides versées par les caisses de sécurité sociale et les départements, les particuliers employeurs sont éligibles à un crédit d'impôt régi par l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts et dont le montant équivaut à 50 % des dépenses engagées au titre de la rémunération des aides à domicile. Ce crédit d'impôt est toutefois plafonné à hauteur de 12 000 euros, plafond porté à 20 000 euros si le particulier employeur :

- est dans une situation d'invalidité le contraignant à avoir recours à une tierce personne pour ses actes quotidiens ;
- héberge sous son toit une personne dans la condition décrite ci-dessus ;
- héberge sous son toit un enfant éligible à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Pour accompagner la transition vers le prélèvement à la source (PAS), les centres nationaux CESU et Pajemploi proposent désormais un système « CESU + » et « Pajemploi + », codifié à l'article L. 133-5-12 depuis la loi de financement pour 2017⁽¹⁾. Sous réserve de l'accord des employés, ces centres procéderont à partir de 2020, après fourniture des informations pertinentes par

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

l'employeur, au prélèvement des sommes effectivement dues et reversent à l'employé la rémunération nette du PAS. Ce dispositif permettra aux particuliers employeurs de réunir, en une seule fois et de manière dématérialisée :

- le versement du salaire au salarié ;
- le bénéfice des aides auxquelles ils peuvent prétendre ;
- le paiement des cotisations et contributions sociales, ainsi que de la retenue à la source de l'impôt sur le revenu du salarié ;
- la réalisation des formalités sociales liées à l'emploi du salarié.

Ce PAS tiendra toutefois compte d'un ensemble de paramètres relatifs aux aides dont bénéficient les employeurs, à savoir :

- le montant du complément de libre choix du mode de garde (CMG) ;
- le chèque emploi-service universel (CESU) en tant que titre spécial de paiement ;
- le montant des cotisations et contributions prises en charge lorsque le particulier employeur bénéficie de l'APA ou de la PCH, par le biais d'un titre de paiement spécial ;
- de toute autre aide dont dispose le particulier employeur pour l'emploi de son salarié.

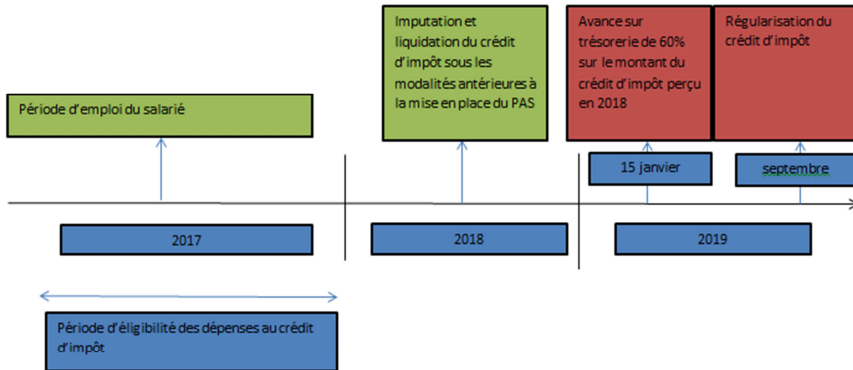
B. L'IMPUTATION DU CRÉDIT D'IMPÔT A ÉTÉ MODIFIÉE AVEC L'INTRODUCTION DU PRÉLÈVEMENT À LA SOURCE

Compte tenu de la complexité inhérente à la mise en place d'un PAS pour des particuliers employeurs qui bénéficient de l'ensemble des dispositifs vus *supra* et qui doivent en outre acquitter des cotisations et contributions sociales, celui-ci a été décalé d'un an après sa mise en œuvre pour l'ensemble des Français. Il n'entrera donc en vigueur qu'en 2020.

La transition pour l'année 2019 est toutefois assurée en deux temps. En premier lieu, les particuliers employeurs ont bénéficié au 15 janvier 2019 d'une avance sur trésorerie équivalente à 60 % du montant annuel du crédit d'impôt dont ils ont bénéficié en 2018 au titre des dépenses consenties en 2017 ⁽¹⁾. Selon le Gouvernement, ce premier acompte a été versé à 8,8 millions de personnes. Le solde de ce crédit d'impôt a ensuite été versé, en vue de sa régularisation sur l'ensemble de l'année, en septembre 2019. Cet effort de trésorerie de l'État est donc appréciable pour tous les particuliers employeurs. Le dispositif est résumé ci-dessous.

(1) Étant donné la nécessité de prendre en compte les dépenses effectuées en N-2 au moment du versement de l'avance, celle-ci ne concernait pas les personnes qui ont eu recours pour la première fois au service à la personne en 2019.

MODALITÉS D'IMPUTATION ET DE LIQUIDATION DU CRÉDIT D'IMPÔT PENDANT L'ANNÉE DE TRANSITION 2019



Source : Commission des affaires sociales.

En second lieu, les employeurs ont pu, s'ils le souhaitaient, adhérer à une offre proposée par les centres Pajemploi et CESU, dite « tout-en-un ». Par ce biais, l'employeur, avec l'accord du salarié, peut déjà confier au centre l'intégralité du processus de rémunération du salarié et bénéficier immédiatement de certaines prestations sociales auxquelles il peut prétendre, notamment le CMG.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE EXPÉRIMENTATION DU VERSEMENT CONTEMPORAIN DES AIDES EN FAVEUR DES PARTICULIERS EMPLOYEURS

A. UN DISPOSITIF QUI CONTRIBUE À LA POLITIQUE DE PRISE EN CHARGE DE LA DÉPENDANCE

Le présent article met en place une expérimentation visant, selon les termes retenus au 1^o du I, à dispenser les particuliers employeurs de consentir à une avance de trésorerie sur une partie des charges qui leur incombent à raison de l'emploi d'un salarié à domicile. Dès lors, les aides versées de manière contemporaine doivent permettre de limiter significativement les efforts en trésorerie consentis par les employeurs tout en diminuant le taux de non-recours à ces aides. La simplification du dispositif doit également permettre de lutter contre le travail dissimulé, en démontrant les avantages directs.

Les particuliers éligibles à ce dispositif, qui doivent être volontaires, selon le 2^o de l'article sont les particuliers :

- qui emploient eux-mêmes des salariés ;
- qui recourent à un intermédiaire fournisseur de services à la personne.

Sont exclus de l'expérimentation les particuliers employeurs ayant recours à des salariés pour les services à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales (hors dépendance) et pour la garde d'enfants (Pajemploi).

Ceux-ci pourront donc bénéficier d'un versement contemporain d'une aide spécifique équivalente au crédit d'impôt et aux aides qui relèvent traditionnellement du soutien à l'emploi à domicile, qui sont de deux natures.

Il s'agit, selon le 3°, en premier lieu des prestations que sont l'APA, définie à l'article L. 231-1 du code de l'action sociale et des familles, et la PCH, définie à l'article L. 245-1 du même code. Pour rappel, l'APA, versée par les conseils départementaux, vise à couvrir des dépenses nécessaires aux personnes de plus de 60 ans afin de permettre leur maintien à domicile en cas de perte d'autonomie. La PCH constitue une aide financière personnalisée et modulable. Elle est également versée par les conseils départementaux.

Ce service doit donc avant tout bénéficier aux personnes dépendantes, en cohérence avec l'objectif du Gouvernement de favoriser le maintien à domicile dans le cadre des travaux relatifs au grand âge.

Pour ce qui est de l'aide spécifique, son montant sera fixé, selon le b du 3° à hauteur de 50 % des dépenses éligibles au crédit d'impôt, tel qu'imputé aux dépenses effectivement supportées pour l'année en cours, dans la limite d'un plafond annuel fixé par décret. Ce plafond pourra varier le cas échéant en fonction de la composition du foyer des personnes éligibles.

B. UN DISPOSITIF PERMETTANT UNE PLUS GRANDE LISIBILITÉ POUR L'ENSEMBLE DES PARTICULIERS EMPLOYEURS

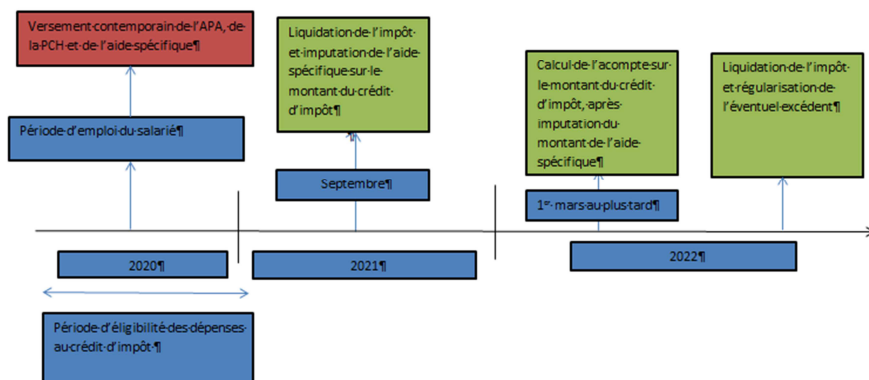
Le fondement de l'expérimentation réside dans la possibilité pour les particuliers employeurs de bénéficier de leurs aides au même moment qu'ils déclarent leurs salariés. Là encore, une distinction est faite au II entre les particuliers qui emploient directement une aide à domicile et ceux qui passent par une structure intermédiaire.

Les premiers doivent passer par l'offre CESU + pour verser les salaires des employés, ce qui leur permettra de bénéficier directement du dispositif de retenue à la source décrit *supra*.

Pour les particuliers employant un salarié par le biais d'un prestataire, le II précise qu'un certain nombre d'obligation s'imposent à la fois aux prestataires et aux URSSAF concernées. Les premiers devront informer les secondes de la réalisation des prestations par le salarié, ainsi que de son identité, du montant total dû et de la nature des prestations effectuées. Les URSSAF, quant à elles, devront verser directement aux particuliers employeurs l'ensemble des aides prévues dans le champ de l'expérimentation. Par dérogation, le particulier et le prestataire pourront également convenir de passer par le dispositif de « CESU + ».

En ce qui concerne le paiement contemporain de l'aide spécifique correspondant à 50 % des dépenses engagées, la chronologie de son bénéfice pour les particuliers serait la suivante.

MODALITÉS DE PAIEMENT CONTEMPORAIN DES AIDES ET DU CRÉDIT D'IMPÔT POUR LE SECTEUR DE L'AIDE À DOMICILE



Source : Commission des affaires sociales.

Pour mener à bien cette mission, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) devra s'engager à signer des conventions en vue de partager des informations avec les différents acteurs impliqués dans l'encadrement des services à la personne. Ces échanges avec :

- la direction générale des finances publiques devront permettre de déterminer la situation fiscale des personnes bénéficiaires de la présente expérimentation, les montants versés tant au titre de l'anticipation du crédit d'impôt que de l'APA, ainsi que les modalités de remboursement de ces aides par l'État après liquidation du crédit d'impôt ;

- les présidents des conseils départementaux devront servir à déterminer la nature, les personnes et les montants des aides destinées aux particuliers employeurs mentionnés au **a** du **2°** du **I**, ainsi que là-encore les modalités de remboursement par les conseils départementaux des aides versées dans le cadre de cette expérimentation ;

- les prestataires de service à la personne eux-mêmes devront permettre de connaître les prestations réalisées et les montants facturés aux particuliers employeurs recourant à leurs services.

L'expérimentation dans son ensemble doit connaître un encadrement à la fois dans le temps et dans l'espace :

– elle s’applique uniquement aux périodes d’activité comprises entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2021 (1° du **D**). L’expérimentation elle-même est prévue pour une durée de deux ans (**IV**) ;

– elle ne concernera dans un premier temps qu’un nombre limité de départements, dont la liste sera déterminée par décret.

*

* *

Article 13

Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique

Adopté par la commission sans modification

L'article 13 procède à des modifications d'ordres assez divers, dans le champ des relations entre le réseau de recouvrement de la sécurité sociale et les entreprises :

- il rectifie la mesure adoptée lors de la précédente loi de financement qui permet de proportionner les annulations d'allègements en cas de travail illégal au « volume » de rémunérations concernées ; dans le même temps, il étend la mesure aux donneurs d'ordre ;
- il étend le champ du bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS) à l'ensemble des prélèvements sociaux ;
- enfin, il généralise le principe d'un paiement dématérialisé des cotisations et contributions sociales.

L'article 13 procédant à trois modifications de nature extrêmement différente, le présent commentaire, qui s'inscrit dans le sillage de nombreux développements du rapporteur général lors des deux dernières lois de financement sur ces sujets de simplification et de sécurisation juridique⁽¹⁾, ne prétendra pas restituer leur cohérence dans l'ensemble des mesures de « *renforcement de la confiance des cotisants* »⁽²⁾, et se contentera plus modestement de les présenter successivement.

1. L'amélioration du dispositif de modulation des sanctions, issu de la LFSS 2019

• L'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, tout en préservant le principe fixé à l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale selon lequel le bénéficiaire d'allègements de prélèvements sociaux est supprimé en cas de travail illégal, ouvrait la voie à une modulation de cette sanction dans les cas qui, pour être les plus courants, étaient jugés les moins graves.

Ainsi, lorsqu'il s'agit d'une requalification de travailleur indépendant en travailleur salarié ou que les montants en jeu représentent une « *proportion limitée de l'activité* », l'annulation ne porte plus sur l'ensemble des allègements de l'entreprise mais sur le double des rémunérations éludées, divisées par les rémunérations de l'ensemble des personnels.

(1) On pourra utilement se référer aux commentaires du rapporteur général sur les deux dernières lois de financement.

(2) Formule utilisée par l'étude d'impact du Gouvernement, au demeurant très complète s'agissant de cet article.

L'application de la disposition a néanmoins fait apparaître une erreur de renvoi, puisque la mesure ne pouvait être appliquée dans les cas « *mentionnés au second alinéa du I de l'article L. 243-7-7* », lequel prévoit, *via* un autre renvoi à l'article L. 8224-2 du code du travail, le travail illégal de plusieurs personnes.

Il s'ensuit que la modulation n'est, en l'état du droit, pas applicable à des cas dans lesquels plusieurs salariés seraient concernés, ce qui n'était pas l'intention du législateur.

• Le **a** du **1°** du **I** procède par conséquent à la rectification de ce renvoi à l'article L. 133-4-2, remplacé par la mention expresse des cas dans lesquels cette modulation est exclue, à savoir le travail illégal d'un mineur soumis à l'obligation scolaire, d'une personne vulnérable ou dépendante.

Il précise par ailleurs la portée de la condition tenant à ce que la fraude ne concerne qu'une partie limitée de l'activité : dans le droit proposé, il peut également s'agir d'une proportion limitée des « *salariés régulièrement déclarés* ». Cet ajout semble mieux correspondre à l'esprit de la mesure, qui s'attache à un lien entre la sanction et les sommes soumises à cotisations et contributions éludées.

D'après les échanges qu'a pu avoir le rapporteur général avec la direction de la sécurité sociale, c'est ce critère de l'ensemble des rémunérations des salariés régulièrement déclarés qui pourrait être retenu par le décret en Conseil d'État qui doit fixer les plafonds envisagés, en application du IV de cet article L. 133-4-2. Ce décret n'avait pu paraître plus tôt, notamment en raison de l'erreur de renvoi rectifiée par le présent article.

Le **2°** du **I** modifie l'article L. 133-4-5 pour élargir la modulation aux donneurs d'ordre, qui s'exposent aux mêmes sanctions d'annulation lorsque leurs cocontractants ont recouru à du travail dissimulé, au titre de leur obligation de vigilance dont l'étendue est prévue à l'article L. 8222-1 du code du travail.

Les modalités de calcul de ces annulations sont en effet entièrement renvoyées par le **a** à l'article L. 133-4-2, ouvrant ainsi la possibilité de l'application du même mécanisme d'annulation partiel des allègements.

Le **b** précise qu'en cas d'application du calcul modulé, les rémunérations éludées doivent être rapportées à celles des salariés du donneur d'ordre, et ce, afin que la faute soit rapportée à sa dimension. Ce mode de calcul, plus ou moins favorable au donneur d'ordre en fonction de la situation ⁽¹⁾, ne pourra en tout état de cause conduire à des sanctions supérieures à 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale (deuxième alinéa de cet article L. 133-4-5).

(1) Il est plutôt favorable si le donneur d'ordre a plus de salariés que son cocontractant, et défavorable s'il en a moins ou pas du tout.

Manifestement dans le souci d'appuyer encore ce parallélisme entre employeurs et donneurs d'ordre, le **b** du **1^o** du **I** complète l'article L. 133-4-2 en précisant que les dispositions qui concernent la modulation « *sont applicables au donneur d'ordre* ».

Enfin, le **II** modifie les dispositions non codifiées relatives à l'entrée en vigueur du dispositif, prévue au 1^{er} janvier 2019 pour toute annulation issue d'un contrôle en cours à cette date ou n'ayant pas fait l'objet d'une décision de justice irrévocable. Il est ainsi précisé que, pour qu'elles puissent s'appliquer « rétroactivement »⁽¹⁾, le cotisant aurait à en faire la demande expresse et à apporter les éléments probants. Cette restriction nouvelle peut sembler surprenante, car elle n'était pas prévue dans le texte initial, pouvant donner l'impression que cette erreur de rédaction serait l'occasion de restreindre la portée de la modulation, conçue très clairement comme une déclinaison du principe de « droit à l'erreur ».

Interpellé par cette rédaction, le rapporteur général a obtenu les précisions suivantes de la part de la direction de la sécurité sociale : la modulation sera bien applicable de plein droit, sans demande expresse, à compter du 1^{er} janvier 2020. S'agissant du « passé », les URSSAF n'ont pas nécessairement conservé tous les éléments leur permettant d'appliquer d'office la modulation. L'ajout du texte aurait donc une vocation essentiellement technique : permettre à l'URSSAF le calcul du montant des sanctions, en obligeant l'employeur à mettre à sa disposition tous les éléments nécessaires.

S'agissant des donneurs d'ordre, le **III** prévoit l'application de la modulation aux décisions n'ayant pas fait l'objet d'une décision de justice définitive, et sur demande.

2. L'extension du bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS)

● Inspirée par le rapport « Fouquet »⁽²⁾, l'administration fiscale s'est dotée le 12 septembre 2012 d'un outil de publication exhaustif et structuré de sa doctrine, le *Bulletin officiel des finances publiques* (BOFiP), devenu une référence pour tous les praticiens de la matière fiscale.

Bien que la doctrine « sociale » bénéficie depuis 2005 de la même valeur juridique, opposable, que la doctrine « fiscale » (article L. 243-6-2, pendant l'article L. 80 A du livre des procédures fiscales), elle n'était consultable que *via* la publication des circulaires au *Journal officiel*.

(1) La rétroactivité est ici entendue dans un sens assez large, comme l'ensemble des situations dans lesquelles ni l'URSSAF, ni le cotisant ne pouvait anticiper l'application de cette nouvelle faculté de modulation.

(2) Olivier Fouquet, *Rapport au ministre du Budget, des comptes publics et de la fonction publique*, Améliorer la sécurité juridique des relations entre l'administration fiscale et les contribuables : une nouvelle approche, juin 2008, disponible ici : <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000360.pdf>

L'article 9 de la LFSS 2018 ⁽¹⁾ a inscrit à cet article L. 243-6-2 l'existence d'un site internet, à compter du 1^{er} janvier 2019, qui « *présente l'ensemble des instructions et circulaires relatives à la législation applicable en matière d'allègements et de réductions de cotisations et contributions sociales mises à disposition des cotisants* ».

● Le 4° du I revient à la fois sur le calendrier et sur le contenu de ce bulletin officiel de la sécurité sociale (BOSS).

S'agissant du calendrier, actant d'un certain retard dans sa mise en place, le **a** supprime la référence au 1^{er} janvier 2019. D'après les informations recueillies auprès de la direction de la sécurité sociale par le rapporteur général, les travaux ne seront pas nécessairement repoussés de manière très lointaine, mais les incertitudes semblent avoir dissuadé le Gouvernement de fixer à nouveau une date dans la loi.

S'agissant du contenu, le **b** supprime toute référence aux « *allègements* » et « *réductions* », afin d'anticiper un probable élargissement du bulletin à l'ensemble des questions de recettes de la sécurité sociale.

Tout en relevant le mouvement légèrement contradictoire de ces deux opérations, le rapporteur général, et en cette qualité parmi les observateurs les plus vigilants de la complexité du droit applicable, souscrit complètement à la nécessité de mettre à disposition des cotisants une doctrine stable, complète et claire dans un souci de prévisibilité du droit applicable. Il souhaite donc que le travail sur le BOSS puisse s'accélérer.

3. Le renforcement de l'obligation de dématérialisation en matière de paiement des prélèvements sociaux

● Si l'obligation de dématérialisation est désormais totale en matière de déclaration sociale comme fiscale pour les professionnels, il en va autrement du paiement des cotisations et contributions sociales : en dessous d'un certain seuil, un paiement par chèque ou en espèces demeure possible (article L. 133-5-5 du code de la sécurité sociale). L'article D. 133-10 du code de la sécurité sociale fixe ce seuil à 20 000 euros.

En 2018, d'après l'étude d'impact, 7 millions d'opérations de paiement seraient encore réalisées par chèque pour un montant de 5,2 milliards d'euros (soit un peu plus de 10 % des cotisations et contributions recouvrées) et 50 000 opérations en espèces pour 7 millions d'euros.

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Ces sommes sont à mettre en regard :

– de coûts importants de gestion (21 millions d’euros pour le traitement des chèques, 300 000 euros pour les montants en espèces, gérés par un partenaire bancaire) ;

– du coût pour les cotisants qui choisissent de passer par ces moyens, alors que des portails avec systèmes de paiement sécurisés sont mis à disposition par le réseau de recouvrement ;

– des risques de fraude ou de non-recouvrement liés à la nature de ces opérations, notamment par chèque.

● Le 3° du I supprime toute mention d’un seuil à l’article L. 133-5-5, afin de généraliser à tous les cotisants l’obligation de dématérialisation des paiements.

Cette extension de l’obligation ne devrait pas poser de problèmes d’application aux entreprises, dans la mesure où elles sont déjà tenues de procéder par voie dématérialisée sur le volet déclaratif. Elle devrait permettre d’économiser un peu plus de 21 millions d’euros en 2020.

Les cotisants pourront recourir à plusieurs outils pour procéder à ce paiement dématérialisé via le portail « net-entreprises » : carte bancaire, télépaiement, virement, prélèvement.

*

* *

Article 14

Mesures de lutte contre la fraude

Adopté par la commission sans modification

L'article 14 vise à renforcer la capacité des agents chargés du contrôle dans le champ du régime général comme du régime agricole à lutter contre la fraude aux cotisations sociales, et notamment la fraude au faux détachement.

Il permet également d'améliorer les modalités de contrôle des entreprises de travail temporaire (ETT) en soumettant la délivrance d'une attestation de vigilance à l'obtention d'une garantie financière et, partant, au contrôle du paiement effectif des cotisations sociales et des salaires.

Outre des dispositions de rectification d'erreur matérielle et de précision des mesures relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude, il permet à l'ensemble des agents chargés du contrôle d'étendre leur champ d'activité à de nouvelles personnes morales et d'exploiter les procès-verbaux établis par les corps de contrôle partenaires.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. LE RENFORCEMENT RÉCENT DE L'ARSENAL DE LUTTE CONTRE LE FAUX DÉTACHEMENT

● La fraude aux cotisations sociales consiste à en éluder le paiement par des actions de dissimulation de travail ou de carence volontaire dans les données transmises concernant la situation de l'entreprise.

La dissimulation intentionnelle d'un emploi salarié prend souvent, dans le cas du travail détaché, la forme de travail dissimulé, de prêt illicite de main-d'œuvre ou de marchandage. La complexité du dispositif du travail détaché ainsi que la possibilité de mener des activités dans différents États membres de l'Union européenne font du travail détaché un mode privilégié de fraude aux cotisations sociales.

● Le recours croissant au travail détaché a conduit la France à se doter récemment d'un cadre juridique permettant de lutter véritablement contre la fraude au détachement.

– la loi du 10 juillet 2014 ⁽¹⁾ a mis en place un dispositif par lequel l'entreprise qui détache des salariés adresse au préalable une déclaration à l'inspection du travail du lieu de détachement. L'entreprise d'origine doit également désigner un représentant en France ;

– la loi du 6 août 2015 permet à un agent de contrôle de l'inspection du travail, s'il constate un manquement grave commis par une entreprise étrangère détachant des salariés en France, relatif aux conditions de vie, à la rémunération ou

(1) Loi n° 2014-790 du 10 juillet 2014 visant à lutter contre la concurrence sociale déloyale.

aux droits des salariés détachés, d'enjoindre à l'employeur de faire cesser la situation. À défaut de correction de la carence, l'employeur peut être contraint de suspendre son activité pour une durée ne pouvant excéder un mois ⁽¹⁾ ;

– la loi du 8 août 2016 met en place un régime de responsabilité du maître d'ouvrage, à qui il incombe, avant le début de tout détachement, de vérifier que l'ensemble des sous-traitants avec lesquels il a signé un contrat respecte les conditions mentionnées *supra*. La même loi protège également mieux les salariés détachés en cas d'accident du travail et confère aux entreprises des obligations d'affichage des droits des salariés sur les lieux de travail ⁽²⁾.

L'ensemble de ces mesures aboutit à un vaste panel de sanctions, allant de l'interdiction de percevoir des aides publiques pour une durée de cinq ans (article 131-39 du code pénal) à la possibilité pour le préfet, sur la base d'un rapport établi par un agent de contrôle, de fermer un établissement ayant servi à commettre l'infraction de travail illégal (article L. 8252-2 du code du travail).

• La loi du 5 septembre 2018 ⁽³⁾ a renforcé les sanctions et le contrôle en doublant le plafond de l'amende encourue pour défaut de déclaration préalable d'un salarié détaché et en étendant les obligations pesant sur le donneur d'ordres au paiement des amendes pour le compte du prestataire.

Enfin, la loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude a élargi l'accès des inspecteurs du travail et des agents de contrôle de la sécurité sociale à divers fichiers, en particulier détenus par l'administration fiscale.

• Le cadre juridique français se double d'une modernisation du régime européen du détachement, issu d'une directive de 1996 ⁽⁴⁾ et récemment réformé sous l'impulsion de l'actuel Gouvernement ⁽⁵⁾. En particulier, cette révision a permis de fixer une durée maximale du détachement à douze mois, renouvelable de six mois supplémentaires, à l'exception du secteur du transport routier.

Cette évolution, que la majorité a accompagnée ⁽⁶⁾, s'est inscrite dans une perspective de renforcement du contrôle et de lutte contre la fraude à l'échelle européenne. Celle-ci passe notamment par la modernisation des directives

(1) Loi n° 2015-990 du 6 août 2015 pour la croissance, l'activité et l'égalité des chances économiques.

(2) Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

(3) Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

(4) Directive 96/71/CE du 16 décembre 1996 du Parlement européen et du Conseil concernant le détachement des travailleurs effectué dans le cadre d'une prestation de services.

(5) Directive (UE) 2018/957 du Parlement européen et du Conseil du 28 juin 2018 modifiant la directive 96/71/CE concernant le détachement de travailleurs effectué dans le cadre d'une prestation de services.

(6) Mme Typhanie Degois, Rapport d'information déposé par la commission des affaires européennes de l'Assemblée nationale sur le détachement des travailleurs au sein de l'Union européenne, 19 octobre 2017.

d'exécution pour harmoniser les procédures d'identification et de sanction des fraudeurs, dont la dernière en date a été votée en 2014 ⁽¹⁾.

- L'application de l'ensemble de ces dispositifs suppose toutefois l'action coordonnée des services de contrôle, notamment dans des secteurs professionnels particulièrement exposés au risque de fraude, comme le secteur agricole.

B. UNE FORTE PRÉGNANCE DE LA FRAUDE AU DÉTACHEMENT DANS LE SECTEUR AGRICOLE

Le secteur industriel constitue le premier employeur en France de travailleurs détachés, puisque 137 707 salariés détachés, en augmentation de 182 % par rapport à 2015, y sont employés ⁽²⁾. Le secteur agricole constitue toutefois le troisième secteur d'activité au nombre de salariés détachés, dont le nombre connaît une croissance exponentielle (+ 255 % par rapport à 2015). 13 % des travailleurs dans ce secteur sont actuellement des travailleurs détachés.

- L'agriculture se distingue par ailleurs des secteurs du BTP et de l'industrie par la part importante que prend l'intérim pour le détachement des travailleurs. La Cour des comptes, qui y a consacré un chapitre de son rapport public annuel pour 2019, estime ainsi qu'il représente 21,9 % du total de l'emploi dans l'agriculture, contre 5,7 % pour le BTP et 2,2 % dans l'industrie ⁽³⁾. Ce constat s'explique notamment par le recours à des travailleurs détachés pour des emplois saisonniers dans des secteurs spécifiques (viticulture, sylviculture, maraîchage).

Cependant, le recours à des entreprises de travail temporaire (ETT) établies hors de France facilite la mise en place de fraudes de type « coquilles vides », soit la création par une société mère, établie en France ou dans un autre État membre de l'Union européenne, de filiales à l'étranger permettant de fournir des salariés à moindre coût.

- L'action des agents de contrôle de la Mutualité sociale agricole (MSA) a certes permis de diligenter en 2018 5 400 actions de contrôle, ayant permis le recouvrement de 10 millions d'euros. Les handicaps qui entravent l'action des agents chargés du contrôle à la fois dans le champ du régime général et celui du régime agricole justifient toutefois l'intervention du législateur en faveur d'une plus grande efficacité du contrôle, notamment concernant les cas où une ETT relevant du régime général met des salariés détachés à disposition d'une exploitation agricole.

(1) Directive 2014/67/UE du Parlement Européen et du Conseil du 15 mai 2014 relative à l'exécution de la directive 96/71/CE concernant le détachement de travailleurs effectué dans le cadre d'une prestation de services et modifiant le règlement (UE) n° 1024/2012 concernant la coopération administrative par l'intermédiaire du système d'information du marché intérieur (« règlement IMI »).

(2) Étude d'impact.

(3) Cour des comptes, Rapport public annuel, « La lutte contre la fraude au travail détaché : un cadre juridique renforcé, des lacunes dans les sanctions », 6 février 2019.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article permet de renforcer les moyens de contrôle à différents titres.

A. RENFORCER LES CONTRÔLES PORTANT SUR LE TRAVAIL DÉTACHÉ ET L'ACTIVITÉ DES ENTREPRISES DE TRAVAIL TEMPORAIRE

- Le **I** scinde l'actuel article L. 144-10 du code de la sécurité sociale pour créer un nouvel article L. 144-10-1 consacré aux pouvoirs des agents chargés du contrôle. En particulier, le **a** du **1°** du **I** crée une possibilité, pour les agents chargés du contrôle relevant du régime général ou de la MSA, d'agir indifféremment pour mener à bien leurs missions.

Ce nouveau dispositif vise à éviter le déni de contrôle issu de la superposition entre des activités relevant du régime général et celles qui relèvent du régime agricole. Cela pourra notamment permettre aux agents de contrôle de la MSA d'émettre des constats qui pourront ensuite être utilisés par les URSSAF, et réciproquement. Cet instrument pourra être utilisé pour lutter contre la fraude au détachement, auquel le secteur agricole, compte tenu de ses spécificités exposées *supra*, est particulièrement exposé.

La possibilité pour les agents chargés du contrôle d'intervenir dans un domaine qui n'est pas le leur, pour les besoins de leur mission, pourrait se traduire, selon l'étude d'impact, par une montée en charge progressive du taux de détection des situations frauduleuses ⁽¹⁾. L'actuelle interaction entre les agents du régime général et de la MSA, qui se maintient au stade de la coopération, avec l'inspection du travail, permet un taux de détection de 10 %, soit un redressement d'un montant total de 1,7 million d'euros en 2018. L'application des nouvelles dispositions permettrait de doubler ce taux, pour atteindre, en année pleine, soit 2021 et 2022, un montant de recouvrement de 3,4 millions d'euros.

- Le **6°** du **I** vise à renforcer le contrôle en ce qui concerne le travail temporaire, en conditionnant la délivrance de l'attestation de vigilance aux ETT à l'obtention de la garantie financière, prévue à l'article L. 1251-49 du code du travail. La garantie financière constitue l'assurance du bon paiement des salaires et des cotisations aux salariés de l'ETT, ce conditionnement doit donc permettre d'éviter les « coquilles vides » ou les montages juridiques complexes et transnationaux visant à obtenir les attestations de vigilance sans payer de cotisations sociales pour autant.

- En complément, le **III** prévoit d'étendre la saisine du juge judiciaire, actuellement réservée à l'inspecteur du travail, aux agents chargés du contrôle au titre du régime général ou du régime agricole, en cas d'exercice professionnel sans garantie financière. Une éventuelle fermeture prononcée par le juge, qui ne peut

(1) Étude d'impact.

excéder deux mois, pourra donc se fonder sur le procès-verbal de manquement établi par les agents de contrôle.

La pleine application du dispositif de la garantie financière permettra de diminuer l'ouverture de fausses ETT et de se retourner contre le garant en cas de manquement aux obligations de paiement des cotisations, ainsi que des salaires eux-mêmes.

B. DES DISPOSITIONS D'AMÉLIORATION DES PROCÉDURES DE CONTRÔLE ET DE CORRECTION DU DROIT EXISTANT

- Les autres dispositions du présent article visent à fluidifier les opérations de contrôle et à réparer des erreurs matérielles. À ce titre, le 3° du **I** modifie l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, consacré aux modalités de contrôle du paiement des cotisations sociales, afin de remplacer le terme restrictif d'« inspecteurs » par celui d'« agents chargés du contrôle ». En effet, par dérogation aux autres dispositions du même article L. 243-7, seuls des inspecteurs sont habilités à effectuer un contrôle chez une personne morale non inscrite à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en qualité d'employeur. Ce monopole s'applique quand il est présumé que cette personne morale verse à des salariés d'un employeur contrôlé antérieurement des revenus d'activité, tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

L'extension à l'ensemble des agents chargés du contrôle reflète la réalité du travail de contrôle de la branche recouvrement et correspond aux termes utilisés par ailleurs au chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale. Cette modification évitera par ailleurs de bloquer des missions de contrôle au motif qu'elles ne sont pas assurées par des inspecteurs.

- En cohérence, les **a** et **b** du 2° du **I** réservent aux agents chargés du contrôle la possibilité, après l'établissement d'un procès-verbal de travail dissimulé, de remettre à la personne contrôlée un document qui résume l'évaluation du montant des cotisations et contributions éludées ainsi que les majorations et pénalités afférentes et le montant des réductions et exonérations de cotisation annulées.

- Le **II** prévoit un alignement des modalités de sanction du travail dissimulé sur celles qui s'appliquent pour le régime général, en modifiant l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime. Outre le renvoi adéquat aux dispositions contenues dans la sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, un tel alignement permet de traiter de manière similaire les cas de travail dissimulé au sein des activités qui relèvent du régime général et de celles qui relèvent du régime agricole.

- Le 7° du **I** permet de corriger une erreur matérielle dans la rédaction e, vigueur de l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale. Cette correction permet

d'assurer le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle et la participation des organismes de complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération, dans les conditions de droit commun applicables au régime général.

● Le 4° et le 5° du I adaptent également les dispositions du code de la sécurité sociale à la modernisation du recouvrement. Alors qu'il portait historiquement sur des cotisations et contributions dues notamment par les employeurs, il s'étend désormais à d'autres ressources d'ordre fiscal, elles-mêmes détachées de l'existence d'effectifs salariés. Pour assurer la qualité des renvois et la précision du champ du contrôle, le terme « employeurs » est donc remplacé par le terme « cotisants » aux articles L. 243-7-6 et L. 243-11 du code de la sécurité sociale.

*

* *

CHAPITRE III Réguler le secteur des produits de santé

Article 15 Clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Adopté par la commission avec modifications

L'article 15 crée une clause de sauvegarde nouvelle pour les dispositifs médicaux, pris en charge sur la « liste en sus » à l'hôpital. Reproduisant, pour l'essentiel, celle qui existe dans le domaine du médicament, la clause doit se déclencher si l'évolution de la dépense effectivement remboursée dépasse + 3 % en 2020.

1. Le secteur du dispositif médical : une dépense dynamique, notamment à l'hôpital

● Deuxième grande catégorie des produits de santé, avec les médicaments, les dispositifs médicaux constituent un poste important de dépenses remboursés par l'assurance maladie, comme le rappelait la récente mission d'information conduite par MM. Julien Borowczyk et Pierre Dharréville⁽¹⁾ qui, tout en constatant des dépenses importantes (5,2 milliards d'euros en 2017 en « ville » et 1,9 milliard d'euros la même année à l'hôpital), soulignait aussi une documentation imparfaite.

Indépendamment du volume de ces dépenses, c'est aussi leur dynamisme qui est pointé : la mission conduite par les inspections générales des affaires sociales et des finances⁽²⁾ sur cette question avait pointé dès 2015 une croissance moyenne de 5,3 % sur la période 2009-2013, très au-dessus de l'ONDAM sur la même période. Cette situation semble se confirmer sur une période plus récente puisque l'étude d'impact du Gouvernement estime que sur la période 2012-2018, cette croissance serait de plus de 4 %.

● La régulation du dispositif est assurée différemment selon qu'on se trouve en ville ou à l'hôpital.

En ville, lorsque le fabricant souhaite que son dispositif soit inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, il doit en faire la demande, en vue de l'inscription sur un des titres de la liste :

– le titre I^{er} de la LPPR concerne les traitements à domicile, aides à la vie, aliments et pansements ;

(1) Le rapport d'information (n° 1734), présenté le 6 mars dernier à la commission des affaires sociales, portait principalement sur les enjeux de sécurité sanitaire et est disponible ici : <http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i1734.pdf>

(2) IGAS-IGF, Revue de dépenses La régulation du secteur des dispositifs médicaux, juin 2015, disponible ici : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RD2015_dispositifs_medicaux.pdf

- le titre II les orthèses et prothèses ;
- le titre III les dispositifs médicaux implantables, implants et greffons tissulaires d'origine humaine ;
- le titre IV les véhicules pour personnes en situation de handicap physique ;
- le titre V les dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III.

Cette inscription sur la LPPR intervient après évaluation de la Haute Autorité de santé, et plus précisément de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et technologies de santé (CNEDIMTS), prévue à l'article R. 165-1 du code de la sécurité sociale. C'est elle qui définit si le service attendu du dispositif est « suffisant » pour pouvoir être remboursé. Elle rend également un avis sur le niveau d'amélioration du service attendu (ASA) de I à V, qui sert de critère à la détermination du prix par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

À l'hôpital, l'utilisation des dispositifs médicaux est en principe intégrée dans les groupements homogènes de séjour (GHS) qui servent de base à la tarification à l'activité. Néanmoins, certains dispositifs médicaux inscrits aux titres III et V de la LPPR peuvent bénéficier d'un financement spécifique, prévu à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, en plus de la tarification à l'activité, d'où le terme communément utilisé de « liste en sus ».

• La régulation des prix est assurée par le CEPS, organisme interministériel placé auprès du ministre chargé de la santé comme de celui de l'économie. C'est lui qui fixe le tarif de responsabilité des dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR, ou sur la « liste en sus », c'est-à-dire le tarif qui sert de base au remboursement. Ces tarifs sont fixés en principe par voie conventionnelle, avec les acteurs les plus importants du secteur, une convention devant nécessairement être signée par des cocontractants représentant au moins un tiers des montants qui pourraient être remboursés (article L. 165-3-3). Faute de convention, le prix est fixé de manière unilatérale par le CEPS.

Si le CEPS tient compte de l'ASA dans la négociation, comme dans la fixation unilatérale du tarif de responsabilité, il intègre également les économies que souhaite réaliser le Gouvernement dans le cadre de l'objectif national d'assurance maladie.

La mission d'information précitée faisait le constat, déjà formulé par l'IGAS et l'IGF dans la mission précitée, mais aussi par la Cour des comptes⁽¹⁾, que le CEPS ne pouvait atteindre aisément ses objectifs en raison :

(1) Rapports sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale 2014 et 2017, publiés en septembre de ces deux années.

– d’une part, des moyens modestes dont il dispose pour assurer ses missions (cinq équivalents temps plein, à l’heure actuelle) ;

– d’autre part, de la complexité inhérente à ce secteur caractérisé par la multiplicité des acteurs, des réalités économiques, des critères de tarification, qui se traduit notamment par une absence de « cartographie » précise des postes de dépenses.

Le champ des dispositifs médicaux n’est en revanche pas soumis, contrairement à celui du médicament, à un mécanisme de clause de sauvegarde, qui déclencherait une taxation très dissuasive en cas de dépassement du volume de dépenses que le Gouvernement estimerait compatibles avec ses objectifs de maîtrise de la dépense.

2. L’article 15 crée une clause de sauvegarde, pour les dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus »

a. La nouvelle clause de sauvegarde

La nouvelle clause, tout en s’inspirant très clairement de ce qui existe pour le médicament avec le taux M, possède quelques caractéristiques spécifiques.

- *Le dispositif juridique*

Le **A** du **I** crée une nouvelle section comprenant six nouveaux articles relatifs à une nouvelle clause de sauvegarde applicable aux dispositifs médicaux de la liste en sus.

- Le premier article, L. 138-19-8 nouveau, pose les grands principes de la clause :

- elle s’applique à la dépense remboursée par l’assurance maladie au titre de la « liste en sus », nette des remises que pourrait accorder le fabricant dans un accord avec le CEPS ; la « liste en sus » étant par construction limitée aux dispositifs médicaux inscrits aux titres III et V de la LPPR, il s’agira donc notamment de cardiologie implantable et d’orthopédie, à 90 % d’après les informations qu’a pu obtenir le rapporteur général auprès de la direction de la sécurité sociale ;

- elle se déclenche lorsque cette dépense dépasse un montant « Z » fixé par le législateur pour une année civile ;

- elle s’applique, outre la dépense effectuée France métropolitaine, à celle de l’ensemble des départements d’outre-mer ainsi qu’à Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

Le dernier alinéa de cet article précise que le remboursement de ces dispositifs médicaux est conditionné à « l’assujettissement » des dépenses remboursées à la clause. Même si c’est un outil de régulation des dépenses, il s’agit donc, comme pour le médicament, d’une imposition de toute nature, au sens

de l'article 34 de la Constitution, dont l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement doivent être précisés par détermination législative, ce à quoi procèdent les articles suivants.

- Ainsi, l'article L. 138-19-9 nouveau précise que l'assiette de la contribution, lorsque la clause est déclenchée, correspond au montant remboursé par l'assurance maladie, minorée des remises accordées au CEPS. Il y a donc identité du montant qui entraîne le déclenchement de la clause, et du montant auquel s'applique la contribution.

S'agissant de remboursement effectué par l'assurance maladie, ce même article précise que cette assiette sera communiquée à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), chargée du recouvrement, par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH), qui disposent de toutes les données nécessaires à son établissement. Les modalités de cette transmission ont vocation à être précisées par un décret simple.

De même pour le calcul des montants déductibles, le CEPS doit transmettre le montant des remises qu'il a obtenues auprès des fabricants.

- L'article L. 138-19-10 précise les modalités de calcul de la contribution, qui correspond à la totalité de la différence entre le montant effectivement remboursé et le montant Z. La contribution n'est évidemment pas due, quand ce moment est négatif.

Elle est ensuite répartie entre les fabricants à hauteur du montant qui lui a été remboursé et ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires lié aux dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus ».

- L'article L. 138-19-11 précise qu'en cas de scission ou de fusion des entreprises, ce qui peut arriver en cours d'année, le champ des éléments est défini à périmètre constant.

- L'article L. 138-19-12 précise les modalités de recouvrement de cette contribution versée au plus tard le 1^{er} juillet de l'année suivant l'exercice considéré. Elle est précédée d'une déclaration de chiffre d'affaires transmise à l'URSSAF au plus tard le 1^{er} avril de l'année suivant l'exercice considéré.

- Enfin, l'article L. 138-19-13 précise que le produit de cette contribution est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie, par cohérence avec son objet.

- Le **II** prévoit une entrée en vigueur du dispositif le 1^{er} janvier 2020 et précise que pour la première année d'application, le montant Z sera fixé à 1,03 fois le montant remboursé de l'année 2019, soit une clause se déclenchant si les remboursements de la « liste en sus » augmentent de plus de 3 % en 2020.

La croissance spontanée de ces dépenses étant supérieure (4 à 5 %), son non-déclenchement nécessitera soit des négociations importantes avec le CEPS sur les prix, soit des remises importantes, celles-ci permettant de minorer le montant de remboursement pris en compte dans le déclenchement.

- *Les différences avec la clause de sauvegarde en matière de médicaments*

Si elle s'inspire très largement des mécanismes de la clause de sauvegarde M, la contribution proposée au présent article s'en distingue sur deux principaux points :

– l'assiette ne vise pas le chiffre d'affaires lié à des médicaments remboursés, mais les dépenses effectivement remboursées, ce qui permet une parfaite adéquation de la mesure avec son objectif de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie ;

– en cas de dépassement, l'intégralité du montant est reversée à l'assurance maladie, et non 50 à 70 % en fonction du niveau du dépassement comme pour le médicament ; les « vases » sont donc parfaitement « communicants ».

b. La clarification de la notion d'exploitant d'un produit de santé

Sans lien apparent avec le reste de l'article, le **B** du **I** crée un nouvel article L. 165-1-1-1 précisant ce que le code de la sécurité sociale entend par « exploitant » par rapport à la notion de « fabricant » de dispositif médical.

L'exploitant peut ainsi être un fabricant ou un distributeur. L'exploitation peut être la commercialisation ou la cession à titre gratuit du produit. Lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant, il lui appartient de déclarer aux autorités toute information permettant d'identifier le produit.

Ces dispositions aussi énigmatiques que l'étude d'impact, muette à ce sujet, ou encore que leur positionnement dans cet article, en partie « recettes » de la loi de financement, ont conduit le rapporteur général à se tourner vers la direction de la sécurité sociale, qui lui a précisé que la disposition était rendue nécessaire en raison « *d'une difficulté de lecture du code de la sécurité sociale au regard du règlement européen sur les dispositifs médicaux* », introduisant une confusion entre « fabricant » et « exploitant », ce dernier étant parfois l'interlocuteur privilégié de l'administration en France. L'exploitant se distinguerait ainsi du fabricant, qui aurait obtenu le « marquage CE » (c'est-à-dire l'autorisation de commercialiser son produit sur le marché européen). Des conséquences en sont tirées à l'article 28 du projet de loi de financement.

Sans être certain d'avoir identifié la même difficulté juridique que l'administration, il s'en remet à sa compréhension s'agissant de ce point particulièrement subtil.

*

* *

Article 16
Fixation du taux M pour 2020

Adopté par la commission sans modification

L'article 16 fixe le taux M, seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde sur le médicament, à 1,005 fois le chiffre d'affaires de l'année précédente, soit une hausse annuelle de 0,5 %.

● Les mécanismes des clauses de sauvegarde ayant déjà fait l'objet de commentaires à l'article 4, à l'article 15 ainsi que le rapport sur le précédent projet de loi de financement, la valeur ajoutée du commentaire du présent article ne peut résider que dans la seule analyse du taux retenu pour l'année 2020.

● Composé d'un unique alinéa, l'article 16 propose de fixer le montant M, qui déclenche la clause de sauvegarde applicable en matière de médicaments remboursés, à 1,005 fois le chiffre d'affaires lié aux médicaments remboursés de l'année précédente, soit une hausse possible de 0,5 % de celui-ci avant que la contribution fiscale ne s'applique.

Si le taux retenu est conforme aux engagements du Gouvernement devant le Conseil stratégique des industries de santé⁽¹⁾, il interroge dans son mode de fonctionnement puisque M sera à nouveau fixé en lien avec le chiffre d'affaires de l'année précédente, pouvant nécessiter des rectifications à l'instar de ce qui a dû être fait à l'article 4.

Si la période de transition pouvait nécessiter un peu de recul sur la nouvelle assiette induite la réforme de l'année dernière, le rapporteur général souhaite donc que le montant M puisse devenir rapidement un seuil clair, lisible et stable pour les industries du secteur, conformément à l'intention initiale du législateur.

*

* *

(1) Le Premier ministre s'était engagé à un plancher minimal de + 0,5 % du chiffre d'affaires sur trois ans. Le dossier du Gouvernement est disponible ici :

https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/07/dossier_de_presse_-_conseil_strategique_des_industries_de_sante_-_10.07.2018.pdf

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

Article 17

Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

Adopté par la commission avec modifications

L'article 17 propose pour l'exercice 2020 des mesures très diverses, ayant un lien plus ou moins direct avec les relations entre l'État et la sécurité sociale, d'une part, et entre régimes de sécurité sociale, d'autre part :

- la réaffectation des recettes de la sécurité sociale, afin de tenir compte d'éléments exogènes, constitués de l'ajustement du « tuyau » de taxe sur la valeur ajoutée transféré en loi de finances, des mesures de non-compensation ou encore l'annulation des transferts vers la CADES ;
- des mesures permettant de « finaliser » le transfert du Régime social des indépendants vers le régime général ;
- un principe de compensation, partiel, entre le régime des personnels de la SNCF, d'une part, et les régimes de retraite de droit commun pour les salariés (CNAV, AGIRC-ARRCO), afin de tirer les conséquences de la réforme des retraites ;
- une prise en charge par l'État des charges de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) par l'État à compter de 2021 ;
- le financement par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 50 millions d'euros en faveur des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), comme en 2019.

Cet article, judicieusement limité cette année à quatre pages de dispositif, procède à des transferts entre la sécurité sociale et l'État, d'une part, et entre régimes de sécurité sociale, d'autre part. Comme pour les exercices précédents, il faut donc commencer par les précautions d'usage, en rappelant que la diversité des organismes concernés par cet article ⁽¹⁾, la multiplicité des recettes dont le régime ou l'affectation sont modifiés et la complexité des flux financiers retracés, interdisent bien évidemment d'entrer dans le détail et l'historique de chacune de ces recettes ou de chacun de ces organismes. Ce commentaire essaie néanmoins, autant que possible, de présenter les conséquences financières des dispositions de la « tuyauterie » nouvelle dont bénéficiera l'exercice 2020.

Sa première partie présente ce qui constitue chaque année le cœur de cet article récurrent de transferts, à savoir les évolutions spontanées des recettes de la sécurité sociale du fait des mesures contenues dans ce projet de loi mais également dans le projet de loi de finances (PLF) pour 2020. Il résulte de ces mesures des

(1) Diversité renforcée par l'ajout aux interactions habituelles entre État et sécurité sociale de celles entre cette dernière et les régimes d'assurance chômage (Unédic) et de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO).

mouvements financiers entre la sécurité sociale et l'État, d'importance moindre que les années précédentes, qui appellent à leur tour des mécanismes de compensation internes à la sécurité sociale, poursuivant des logiques aussi subtiles que diverses.

Après cet aperçu financier aussi complet que les délais d'examen du texte le permettent, le commentaire détaille les dispositions juridiques de l'article, classées en deux grands blocs par souci de clarté : mesures liées à l'équilibre financier d'ensemble, et mesures plus spécifiques.

I. LES DÉSÉQUILIBRES « SPONTANÉS » PROVOQUÉS PAR LES MESURES DES TEXTES FINANCIERS

Contrairement aux années précédentes, les principaux facteurs de déséquilibre se trouvent au sein de dispositions juridiques du présent article. Ils seront néanmoins rangés dans cette première partie, dans le souci de ne pas les confondre avec les mesures d'ajustement des équilibres financiers.

A. L'AJUSTEMENT DU « TUYAU DE TVA » 2020, RÉVÉLATEUR DES PRINCIPALES ÉVOLUTIONS DES RELATIONS FINANCIÈRES ENTRE ÉTAT ET SÉCURITÉ SOCIALE

- L'analyse du présent article oblige préalablement à se tourner vers l'affectation de taxe sur la valeur ajoutée (TVA), qui joue désormais depuis plusieurs années la principale variable d'ajustement financière entre l'État et les régimes obligatoires de sécurité sociale et le FSV. La TVA demeurant, malgré ces transferts, principalement une ressource de l'État, le montant de cette fraction de TVA affectée à la sécurité sociale est décidé chaque année en projet de loi de finances, et en l'espèce, à l'article 35 du projet de loi de finances pour 2020.

Sans revenir dans le détail sur le dispositif de cet article, commenté par le rapporteur général de la commission des finances⁽¹⁾, il s'agit ici de rappeler le volume et l'affectation de cette ressource « TVA ».

- S'agissant de son volume, il serait en nette augmentation, puisque la sécurité sociale se verrait affecter tout d'abord une fraction de TVA supplémentaire de 1,75 point par rapport à 2019 (27,75 % au lieu de 26 %) : cette hausse de 3,2 milliards d'euros serait répartie de la façon suivante entre les différents affectataires :

– 2,7 milliards versés à l'ACOSS pour compenser le renforcement des allègements généraux sur les cotisations patronales d'assurance chômage, qui n'étaient applicables que depuis le 1^{er} octobre 2019 (1 milliard d'euros de TVA

(1) Rapport (n° 2301) de M. Joël Giraud sur le projet de loi de finances pour 2020, tome II : examen de la première partie du projet de loi de finances ; conditions générales de l'équilibre financier (p. 974).

avaient déjà été affectés à ce titre en 2019) ; cette ressource supplémentaire en 2020 compense donc l'effet « année pleine » ;

– la compensation à l'euro près du transfert de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), prévu à l'article 31 du projet de loi, pour 269 millions d'euros ;

– la compensation à la sécurité sociale de la perte de la taxe sur les huiles destinées à l'alimentation, décidée en loi de finances 2019 pour le 1^{er} janvier 2020, pour 130 millions d'euros ;

– l'intégration de la part de « bandeau maladie » ⁽¹⁾ (allègement de 6 points des cotisations patronales d'assurance maladie) applicable aux travailleurs occasionnels – demandeurs d'emplois (TO-DE), qui était jusqu'ici compensée par un montant forfaitaire de TVA, et non par une fraction de TVA (95 millions d'euros) ;

– enfin, plusieurs mesures, d'ampleur plus modeste, qui conduisent également à réduire la fraction de TVA confiée à la sécurité sociale :

- le financement des groupements hospitaliers de territoire dans le cadre du programme PHARE par crédits budgétaires (2 millions d'euros) ;
- le transfert croissant d'agents de la sécurité sociale vers les tribunaux de grande instance, dans le cadre de la réforme des juridictions sociales (6 millions d'euros) ;
- la fin de la dotation exceptionnelle en faveur de l'Établissement français du sang, prévue uniquement en 2019 (40 millions d'euros).

S'y ajoute un montant de 356 millions d'euros de TVA correspondant à la compensation du maintien d'un dispositif spécifique d'exonérations sur ces TO-DE, issu des débats sur la dernière loi de financement. Ce montant est en diminution de 189 millions d'euros par rapport à ce qui était prévu par l'article 96 de la loi de finances pour 2019, ce qui correspond notamment à la réintégration de la partie relative au « bandeau maladie » ainsi qu'à la prise en compte de la fin de la « suraffectation » prévue en 2019, pour compenser les pertes de recettes intervenues en 2018 ⁽²⁾.

● La minoration croissante de ce transfert de TVA prévu lors de la dernière loi de finances (1,5 milliard d'euros en 2020, 3,5 milliards d'euros en

(1) Le terme de « bandeau » régulièrement utilisé pour évoquer des réductions relativement uniformes de taux de cotisations fait allusion à la forme rectangulaire que prend cette mesure lorsqu'on la représente sur une échelle ayant en abscisses le niveau de rémunération et en ordonnées le taux de cotisations sociales patronales applicables.

(2) La fraction de TVA avait été sous-estimée en 2018 en raison des différences de règles comptables entre l'État (comptabilité de caisse) et la sécurité sociale (comptabilité en droits constatés).

2021 et 5 milliards d'euros en 2022) est supprimée, au bénéfice de la branche maladie. Cette rétrocession progressive, prévue dans un contexte d'excédents anticipés de la sécurité sociale, avait en effet perdu son objet, dès lors que la sécurité sociale revenait à des déficits.

• Cette hausse aurait « spontanément » abouti à une hausse des ressources de l'assurance maladie et de l'ACOSS, à destination de l'Unédic.

EFFET SPONTANÉ « TUYAU DE TVA »

État	Maladie	ACOSS (Unédic)
- 3,2	+ 2,0	+ 2,7

B. DES MESURES DE NON-COMPENSATION SANS EFFET SIGNIFICATIF SUR LES SOLDES

1. La non-compensation du forfait social et des indemnités de rupture conventionnelle des fonctionnaires

Le 2° du I réécrit le dernier alinéa de l'article L. 131-7, notamment en vue d'ajouter deux nouvelles dérogations au principe général de compensation des exonérations et réduction de cotisations ou contributions sociales :

– l'exonération de cotisations et contributions sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle des fonctionnaires, prévue à l'article 9 du présent projet de loi ;

– l'exonération du forfait social, dans sa nouvelle rédaction applicable au 1^{er} janvier 2020.

S'agissant de la première non-compensation, elle est complètement nouvelle pour un montant de 13 millions d'euros. Elle semble résulter d'une lecture particulièrement extensive du rapport relatif aux relations entre l'État et la sécurité sociale, qui distingue désormais en matière de compensations allègements généraux (non compensés) et allègements ciblés (compensés). La mesure concerne en effet les seuls fonctionnaires par construction, et ne constitue aucunement un allègement général au sens communément admis de ce terme. Il semblerait toutefois que, dans une vision particulièrement constructive de la notion de généralité, le Gouvernement estime qu'il s'agit d'un alignement sur le droit commun des salariés, dont les indemnités de rupture conventionnelle sont également exonérées.

Il convient toutefois de rappeler que la création d'une rupture conventionnelle en faveur des fonctionnaires constitue un choix politique, assumé et parfaitement justifié au demeurant, concernant une catégorie spécifique de travailleurs, et par ailleurs d'un montant, tel qu'évalué par l'étude d'impact du présent projet de loi, suffisamment raisonnable pour qu'elle soit portée par le ministère concerné.

Bien que d'un montant suffisamment raisonnable, cette non-compensation constitue un précédent, qui pourrait ouvrir la voie à la déresponsabilisation de nombreux ministères souhaitant ouvrir des dispositifs d'exonérations sociales en faveur de certains statuts, ou de certaines professions, en partant du principe que de tels allègements doivent peser sur la sécurité sociale au titre qu'ils seraient « généraux », parce qu'ils ressembleraient à des mesures déjà non compensées ou encore à des exonérations ouvertes aux salariés de droit privé.

La seconde est en revanche le prolongement de la non-compensation du forfait social, non inscrite dans la dernière loi de financement, mais qui était intégrée dans les tableaux d'équilibre votés par le Parlement. Clarifiée par l'article 3 du présent projet de loi, cette non-compensation « implicite explicitée » pose une nouvelle fois la question de la portée juridique de l'article L. 131-7, dont le Gouvernement semble avoir une interprétation évolutive. Cette mesure était nécessaire en raison de l'évolution « programmée » de la rédaction de l'article L. 131-15 sur le forfait social, à compter du 1^{er} janvier 2020. Déjà intégrée dans les comptes, elle n'a pas d'effet financier nouveau en 2020, même si le coût de la non-compensation peut être estimé à 600 millions d'euros.

2. La forfaitisation de la compensation du dispositif « jeunes entreprises innovantes »

Le V prévoit une compensation forfaitaire de l'exonération des jeunes entreprises innovantes (JEI). Cette mesure tout à fait inédite est, de l'aveu même de l'étude d'impact, une « dérogation » aux règles que le Gouvernement souhaite suivre en matière de relations entre État et sécurité sociale. Elle constitue par ailleurs un transfert financier tout à fait modeste (26 millions d'euros en 2020, 20 millions d'euros en 2021), au bénéfice de la mission budgétaire qui finance cette exonération depuis sa création en 2003.

On peut rappeler que, d'après l'étude d'impact, le dispositif JEI représentera en 2020 un coût de 223 millions d'euros et en 2021 de 233 millions d'euros.

Le rapporteur général s'étonne de cette moindre compensation pour la sécurité sociale de cette exonération incontestablement ciblée, dans la mesure où elle déroge à la fois au principe fixé à l'article L. 131-7 et à la doctrine que souhaite appliquée le Gouvernement.

Les non-compensations nouvelles (indemnités de rupture conventionnelle pour les fonctionnaires et jeunes entreprises innovantes) représentent donc un total de 39 millions d'euros.

C. L'ANNULATION DU TRANSFERT VERS LA CADES

1. Les transferts initialement prévus dans un contexte d'excédents attendus sur la période 2019-2022 pour la sécurité sociale, compromis par les nouvelles perspectives financières

a. Le projet initial : le transfert des « excédents » de la sécurité sociale

● En début de législature, la construction des perspectives financières pour le champ des lois de financement semblait particulièrement favorable : les hypothèses retenues alors pour la croissance de la richesse nationale (+ 1,7 % chaque année), et plus encore, la masse salariale (de + 3,1 % en 2018 à + 3,8 % en 2021) sur la période 2018-2021, dont dépendent les ressources de la sécurité sociale pour une très large partie ⁽¹⁾, laissaient entrevoir des excédents conséquents dès 2020, dont témoignait par exemple l'annexe B de la LFSS 2018.

Ces excédents étaient la résultante « mathématique » d'une croissance des ressources plus rapide que celle de ses dépenses, structurellement située entre 2,1 et 2,4 % ⁽²⁾.

Ces perspectives ne tenaient pas compte de l'écurement prévu des administrations de la sécurité sociale (ASSO) dans la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 à 0,8 point de PIB, soit à peu près le niveau des ressources de la CADES. Cette trajectoire impliquait donc un « pilotage à zéro » des ASSO hors CADES.

DÉCOMPOSITION DU SOLDE PUBLIC PAR SOUS-SECTEUR D'ADMINISTRATION

(en % de PIB)

Année	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Solde effectif	- 2,9	- 2,6	- 3,0	- 1,5	- 0,9	- 0,2
Dont :						
Administrations publiques centrales	- 3,3	- 3,3	- 4,0	- 2,7	- 2,4	- 1,9
Administrations publiques locales	0,1	0,1	0,2	0,3	0,6	0,8
Administrations de sécurité sociale	0,2	0,5	0,8	0,8	0,8	0,8

Source : article 3 de la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques 2018-2022

● Cet « écretement » s'est traduit dans le champ des lois de financement par un certain nombre de non-compensations en 2018 et 2019 (cf. *supra*), avant d'ailleurs que celui-ci ne revienne à l'équilibre.

(1) 85 % de l'assiette des ressources de la sécurité sociale en 2018 était constituée des revenus d'activité, et 76 % en 2019. Chiffre rappelé par les documents techniques transmis par le secrétariat de la Commission des comptes de la sécurité sociale en juillet dernier pour 2019.

(2) Ces perspectives intégraient notamment en dépense un ONDAM à 2,3 % tenu sur l'ensemble de la législature, ainsi qu'une augmentation relativement modérée des dépenses d'assurance vieillesse entre 2,5 et 2,9 % sur la période.

C'est toutefois la LFSS 2019 qui a « bâti » un mécanisme d'écrêtement pluriannuel et global. Son annexe B a en effet prévu un « pilotage à zéro » de la sécurité sociale, à travers deux transferts quasiment symétriques dans leur volume :

– la diminution progressive de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale dans les proportions suivantes :

EFFET DU TRANSFERT SUR LE SOLDE ROBSS + FSV

(en milliards d'euros)

2020	2021	2022
- 1,3	- 3,6	- 5,0

– l'augmentation de la fraction de CSG affectée à la CADES en vue que celle-ci puisse reprendre 15 milliards d'euros supplémentaires, sans allonger sa durée d'amortissement, dans les proportions suivantes :

EFFET DU TRANSFERT SUR LE SOLDE ROBSS + FSV

(en milliards d'euros)

2020	2021	2022	2023
- 1,6	- 3,4	- 5,1	- 6,5

Au total, l'ensemble des excédents « spontanés » dans le champ des lois de financement étaient donc réaffectés à l'État et au remboursement de la dette sociale, quasiment à parts égales, plaçant la sécurité sociale dans un équilibre précaire :

SOLDE ROBSS + FSV APRÈS TRANSFERTS

(en milliards d'euros)

Effet du transfert sur le solde ROBSS + FSV	2020	2021	2022
	0,4	0,0	- 0,6

Source : annexe B de la LFSS 2019.

b. Le « changement de circonstances » dû au contexte macro-économique et à la non-compensation des mesures issues de la loi « MUES »

La dégradation des hypothèses macroéconomiques comme la non-compensation des mesures issues de la loi « MUES » a considérablement détérioré les perspectives sur la période, la sécurité sociale ne devant renouer avec des excédents, hors mesures de transferts, qu'en 2023. Pour percevoir l'importance de ces modifications, on pourra utilement se référer à l'analyse du rapporteur général sur l'annexe B du projet de loi de financement, qui prévoit la trajectoire pluriannuelle de la sécurité sociale, dans le commentaire de l'article 23.

2. L'annulation du transfert vers la CADES

• Le **IV** supprime le **II septies** de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale qui autorisait le transfert de 15 milliards d'euros vers la CADES pour la couverture des déficits enregistrés entre les exercices 2014 et 2018.

Probablement contraire à la jurisprudence du Conseil constitutionnel ⁽¹⁾, ce transfert dans le contexte d'un retour d'un déficit de la sécurité sociale devenait en outre inopportun, pour le rapporteur général qui se félicite de ce choix réaliste et responsable.

• Le **VIII** supprime la réaffectation de ressources que nécessitait le transfert de 15 milliards d'euros de dettes vers la CADES, notamment de taxe sur les salaires en conséquence de la diminution de la part de CSG transférée. La fraction ayant vocation à être reprise à la branche maladie, cela représente un gain « spontané » d'1,5 milliard pour cette branche.

II. LES MESURES D'AJUSTEMENT PROPOSÉES PAR LE TEXTE

A. LA RÉAFFECTATION DES RECETTES ENTRE BRANCHES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. La réaffectation de la taxe sur les salaires

Le **a** du **3°** du **I** revoit à l'article L. 131-8 – siège de la « tuyauterie » fiscale de la sécurité sociale – l'affectation de la taxe sur les salaires, dont la répartition avait déjà été judicieusement revue en 2017, 2018 et 2019.

Cette réaffectation est la conséquence de deux préoccupations différentes.

• La première tient à une « rationalisation » des recettes affectées par l'ACOSS pour compenser les exonérations de cotisations d'assurance chômage et de retraites complémentaires : la fraction de 10,01 % de taxe sur les salaires affectée directement à l'ACOSS, afin de compenser les pertes de cotisations patronales à l'Unédic et à l'AGIRC-ARRCO, est supprimée, pour un montant de 1,5 milliard d'euros, la branche maladie sort gagnante de cette modification pour un montant équivalent (augmentation de la fraction de 9,79 à 19,06 points). Ces ressources de l'ACOSS sont compensées par un surplus de TVA, intégré dans le « tuyau » en loi de finances.

(1) *Décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Son commentaire par le Conseil lui-même rappelle ainsi que la « lecture combinée des dispositions nouvelles de l'ordonnance de 1996 et des dispositions existantes du code de la sécurité sociale interdit que le législateur puisse, dans les LFSS, transférer à la CADES de nouvelles ressources affectées jusqu'alors aux régimes de sécurité sociale et aux organismes qui les financent sans prévoir leur compensation pour ces régimes et organismes, afin de préserver les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ».*

- La seconde poursuit l'objectif de mieux réattribuer les ressources issues de la fin du transfert vers la CADES. La CSG revenant « spontanément » à la branche maladie, les mesures de compensation pour la perte de celle-ci en termes de taxe sur les salaires décidées lors du « tuyau » de l'année dernière deviennent sans objet, contribuant ainsi à augmenter la fraction de taxe sur les salaires des branches vieillesse et maladie.

2. La réaffectation « des » CSG

Le **b** du **3°** du **I** revoit, au même article, les ressources affectées à la branche famille.

- Celle-ci conserve la fraction de 0,95 point de CSG, à l'exception de la CSG « patrimoine et placements » et de la CSG à taux réduit de 3,8 %, et s'y voit ajouter une fraction de 0,68 point de cette dernière. Interrogée sur cette rédaction, la direction de la sécurité sociale a fait savoir qu'il s'agit d'une simple mesure de coordination en 2020 avec l'article 3 du projet de loi.

- La loi pour la croissance et la transformation des entreprises, dite « PACTE », a modifié la fiscalité applicable aux jeux de tirage, en substituant au prélèvement au taux de 8,6 % sur 25,5 % des « mises » un prélèvement de 6,2 % sur une assiette plus large, la totalité du produit brut des jeux de loterie.

Dans un souci de coordination, ce même **b** réduit également la fraction de CSG « jeux » : affectée à la branche maladie de 2,05 point, pour tenir compte de cette diminution du taux ; le rendement ne devrait pas varier ;

- Il supprime par ailleurs la fraction affectée par erreur à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 0,08 point.

3. Les réaffectations de recettes au sein du régime des exploitants agricoles

a. La réaffectation des droits à l'alcool

Le régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles était l'affectataire de la taxe sur les huiles, pour 130 millions d'euros, supprimée en loi de finances pour 2019 à compter de 2020. La mesure étant compensée pour la sécurité sociale par le « tuyau » de TVA directement vers l'assurance maladie, cette neutralisation passe par un rééquilibrage entre assurance maladie et RCO.

Le **II** modifie le code rural et de la pêche maritime :

- le **1°** du **II** diminue de 6,48 points de la fraction du produit de consommation sur les alcools affectée à la branche maladie du régime des exploitants agricoles, prévue au **5°** de l'article L. 731-2 de ce code. Les régimes maladie étant intégrés financièrement depuis la mise en place de la protection

maladie universelle (PUMA) en 2016, c'est le régime général qui compensera à l'euro près cette perte, et financera donc *in fine* cette réaffectation ;

– le 2° du II diminue de 0,6 point la fraction de ce même produit pour la branche vieillesse de ce même régime, telle qu'elle est prévue à l'article L. 731-3 ;

– enfin, le 3° du II augmente 6,94 points la fraction de ces mêmes droits pour le régime d'assurance vieillesse complémentaire, telle que prévue à l'article L. 732-58, transférant ainsi les 130 millions d'euros perdus.

b. La clarification de la quote-part de ressources attribuées au régime complémentaire obligatoire (RCO)

La réaffectation opérée devrait normalement mettre fin aux interactions financières qui depuis 2014 supposent que le RCO est financé sur l'extension des cotisations aux dividendes, parfois qualifié de « surplus ». Chaque année, il était procédé à une avance par les autres régimes sur la base de critères objectifs.

Le VI modifie le V de l'article 9 de la LFSS 2014 ⁽¹⁾ en vue de prévoir l'attribution au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire d'une quote-part des droits sur l'alcool. Ces dispositions font disparaître le mode de calcul de cette quote-part qui correspond, dans le droit existant, à la prévision annuelle du surplus de recettes résultant du « présent article ». Il devrait en ressortir une plus grande lisibilité des ressources du régime RCO.

III. LES AUTRES DISPOSITIONS

A. LES MESURES RELATIVES À L'ABSORPTION DU RSI PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL

L'article 15 de la LFSS pour 2018 a prévu la suppression du Régime social des indépendants (RSI), au profit d'un transfert de cette population vers le régime général. Entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, elle avait néanmoins prévu une période de transition durant laquelle l'existence des caisses nationale et locales du RSI était maintenue. Au terme de cette période courant jusqu'au 1^{er} janvier 2020, les personnels comme le patrimoine du régime doivent être transférés au régime général.

Les systèmes spécifiques aux travailleurs indépendants (régime d'assurance vieillesse complémentaire et régime d'invalidité-décès) continuent d'être gérés, au sein du régime général, par une gouvernance spécifique confiée à un Conseil de la protection des travailleurs indépendants (CPSTI).

Malgré un « article fleuve », ayant donné lieu à un très grand nombre de mesures réglementaires, diverses mesures d'adaptation se révèlent nécessaires pour « finaliser » la réforme.

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

1. Les mesures relatives à la disparition du RSI

● Le **III** substitue, à l'article 4 de la loi du 31 décembre 1989⁽¹⁾ relatif aux aides de l'État aux opérations visant la sauvegarde et la modernisation des entreprises artisanales ou commerciales, l'Agence de services et de paiement à la caisse nationale du Régime social des indépendants.

Le **VII** procède à plusieurs modifications des dispositions non codifiées de l'article 15 de la LFSS pour 2018⁽²⁾ :

– le **1°** prévoit la mise en liquidation des caisses déléguées pour la sécurité sociale des travailleurs indépendants, dans des conditions fixées par décret ; cette précision permettra un liquidateur pour réaliser les ultimes opérations des caisses disparues « *au début de l'année 2021* » ;

– le **a** du **2°** modifie l'article en faisant passer la date de transfert du patrimoine des régimes d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès vers le conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants du 1^{er} janvier 2020 au 31 décembre 2019 ;

– les **b** et **c** du **2°** précisent quant à eux l'étendue du patrimoine transféré puisqu'ils ajoutent respectivement les « immobilisations » à celui-ci ainsi que les immeubles acquis dans le cadre de la mise en œuvre de l'action sanitaire et sociale ;

– le **3°** fait de même pour les caisses locales en prévoyant le transfert de tous les « biens mobiliers et immobiliers », en sus des « droits et obligations » ;

– le **4°** prévoit une exception à ces transferts de plein droit vers le régime général pour les « actifs informatiques » qui, pour des raisons aisément compréhensibles, trouveront mieux leur place auprès du groupement d'intérêt économique « Système d'information Sécu-indépendants ». Tel n'est pas le cas du matériel informatique, qui est bien transféré au régime général ;

– le **5°** précise également que ces transferts sont exonérés de la contribution de sécurité immobilière.

2. Les mesures relatives aux modalités de fonctionnement du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants

● Le **1°** du **I** modifie l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale en vue d'exempter les comptes du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants de la certification par des commissaires aux comptes.

Le **4°** du **I** crée un article L. 612-5-1 qui prévoit la certification des comptes annuels du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants,

(1) Loi n° 89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et social

(2) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

ainsi que ceux du régime complémentaire d'assurance vieillesse obligatoire et du régime invalidité-décès des travailleurs indépendants par la Cour des comptes. Il s'agit d'une mesure de cohérence avec l'ensemble du régime général, dont la certification appartient à cette dernière.

Le 5° du I modifie l'article L. 622-2 du code de la sécurité sociale relatif au versement des prestations supplémentaires versées aux travailleurs indépendants. Tout en procédant à la réécriture de l'alinéa relatif au service de ces prestations, en vue de transformer la simple délégation par le CPSTI en missions de versement définies par la loi, il donne également un fondement législatif à une intervention du pouvoir réglementaire afin de fixer les « modalités de financement des coûts afférents » par les CPAM et le réseau de la MSA.

Le 6° du I procède exactement à la même modification à l'article L. 632-2 relatif s'agissant des prestations « invalidité-décès », servies par les mêmes organismes de sécurité sociale.

Le 7° du I fait de même, à l'article L. 635-4-1, pour les prestations d'assurance vieillesse complémentaire. Il précise également le rôle à jouer pour d'autres organismes du régime général :

– la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) mènerait les « travaux et études nécessaires à la détermination de la politique de pilotage » de ce régime d'assurance vieillesse complémentaire ;

– l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) assurerait à travers un « mandat général » consacré par la loi la gestion financière des placements, des biens meubles et immeubles constitutifs des réserves de ce régime, ainsi que la passation des marchés qui en découlent.

Les relations avec ces organismes seraient formalisées dans des « protocoles » approuvés par l'État, précisant les modalités d'information et d'échange liés à ces missions. C'est en revanche un décret simple qui prévoirait le financement des coûts « afférents », soit selon toute vraisemblance, ceux qui sont liés à ces « travaux et études » conduits par la CNAV et à ce « mandat général » de gestion des réserves pour l'ACOSS.

B. UNE COMPENSATION DE LA CNAV ET DE L'AGIRC-ARRCO AUX CONSÉQUENCES DE LA FIN DU STATUT DES PERSONNELS DE LA SNCF

• L'article 3 de la loi du 27 juin 2018 ⁽¹⁾ pour un nouveau pacte ferroviaire met fin au recrutement sous statut des personnels de la SNCF le 31 décembre 2019. À compter de cette date, les personnels recrutés comme salariés dans les conditions de droit commun prévues par le code du travail, en l'absence de disposition contraire, seront donc automatiquement affiliés au régime général d'assurance vieillesse, ainsi qu'aux régimes complémentaires des travailleurs salariés, qui devraient bénéficier d'un accroissement du nombre de leurs cotisants. À l'inverse, le régime de la SNCF, mis en extinction par la réforme, devrait connaître une baisse importante de son nombre de cotisants.

Neutraliser ces effets de transferts suppose par conséquent de permettre une contribution de la CNAV au financement du régime de la SNCF, à hauteur de ces pertes de recettes induites par la réforme.

• Le IX prévoit que la CNAV et les régimes de retraite complémentaire compensent au régime de la SNCF les pertes de ressources résultant de l'arrêt du recrutement des personnels sous statut, comme le permet la réforme précitée.

Les conditions de cette compensation seront prises par conventions entre ces régimes, approuvées par arrêté ministériel. À défaut de convention avant le 1^{er} juillet 2020, un décret publié au plus tard le 31 décembre 2020 se substituerait à cette convention.

D'après l'étude d'impact, le calcul devrait prendre en compte l'évolution des ressources et des charges constatées *ex post* en distinguant cadres et non cadres, afin de tenir compte des niveaux de cotisations différenciés à l'AGIRC-ARRCO.

Cette compensation ne serait pas intégrale, car l'État prendrait en charge le différentiel entre le taux de cotisations au sein du régime de la SNCF et celui applicable aux salariés du privé pour les assurances de base.

L'étude d'impact résume ces effets dans les deux tableaux suivants :

TRANSFERTS ENTRE LES RÉGIMES DE RETRAITE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS ET LE RÉGIME DE LA SNCF

(en millions d'euros)

	2020	2021	2022	2023
CNAV/AGIRC-ARRCO	- 14	31	51	- 73
CPRP SNCF	+ 14	+ 31	+ 51	+ 73

Source : étude d'impact du Gouvernement

(1) Loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

EFFET DE LA RÉFORME EN INTÉGRANT LA COMPENSATION PAR LES RÉGIMES DE RETRAITE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS

(en millions d'euros)

	2020	2021	2022	2023
Perte de cotisations pour le régime spécial SNCF	- 27	- 61	- 100	- 141
Compensation de la perte de cotisations par un transfert des régimes de droit commun	14	31	51	73
Compensation au titre de compensation inter-régimes	5	12	19	25
Surcoût net pour le régime SNCF	- 8	- 18	- 30	- 43

C. LA PRISE EN CHARGE PAR L'ÉTAT DE LA COUR NATIONALE DE L'INCAPACITÉ ET DE LA TARIFICATION DE L'ASSURANCE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL EN 2021

● Créée en 1994⁽¹⁾ en remplacement de la commission nationale technique de la sécurité sociale, la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance et des accidents du travail (CNITAAT) constitue la juridiction du second degré des tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI), lesquels tranchent des différends d'ordre médical entre les assurés qui prétendent à des droits en matière d'invalidité ou d'accidents du travail – maladies professionnelles⁽²⁾.

Initialement supprimée par la loi du 18 novembre 2016⁽³⁾ dite « justice du XXI^e siècle » à compter du 1^{er} janvier 2019, la CNITAAT a finalement été prolongée par l'article 7 de l'ordonnance n° 2018-358 du 16 mai 2018 relative au traitement du contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale jusqu'au 31 décembre 2020, afin de continuer à juger les affaires pendantes dont elle a été saisie avant le 1^{er} janvier 2019. Le pouvoir réglementaire est même en mesure, en application du même article de l'ordonnance, de la prolonger une nouvelle fois jusqu'au 31 décembre 2022.

Au terme de ce délai, la Cour, qui comprend quatre magistrats, quatre fonctionnaires, soixante-six salariés et quarante assesseurs, pour un budget

(1) IV de l'article 80 de la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.

(2) L'étendue de ce contentieux dit « technique » est fixée aux articles L. 143-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

(3) Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

d'environ 4 millions d'euros, devrait être remplacée par des formations spécialisées au sein des cours d'appel.

La période transitoire, plus longue que prévue, nécessite cependant une clarification financière puisque la CNITAAT, comme l'ensemble des juridictions sociales, était prise en charge par la branche maladie du régime général.

• Le X prévoit la prise en charge par l'État à compter du 1^{er} janvier 2021 des dépenses de la CNITAAT, qui relevait jusqu'ici de la sécurité sociale, comme juridiction spécialisée dans le contentieux social. La date retenue correspond à celle qui a été prévue par l'ordonnance précitée pour finaliser le transfert de l'ensemble des juridictions sociales à l'État. Cette prise en charge aura probablement vocation à être répercutée sur le programme 166 de la mission *Justice* au sein du budget de l'État.

Le rapporteur général souligne l'opportunité de ce choix, la sécurité sociale n'ayant pas à supporter le coût du « retard » enregistré dans ces opérations de transfert par rapport au calendrier initialement prévu.

D. LE FINANCEMENT PAR LA CAISSE NATIONALE DE SOLIDARITÉ POUR L'AUTONOMIE DU SOUTIEN AUX SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

Comme en 2019, le XI prévoit la prise en charge par la CNSA de la réforme du financement des services d'aide à domicile (SAAD) de 50 millions d'euros de soutien, pris dans la section V du FSV et dans ses fonds propres.

Ces mesures constituent un modeste palliatif, aux difficultés reconnues par le Gouvernement dans l'étude d'impact (« *rigidité du système de tarification horaire* », « *complexité* », « *système peu lisible* »).

Alerté de la gravité de la situation par les professionnels du secteur, le rapporteur général souhaite que des mesures plus structurelles prennent rapidement le relais de cette solution modeste et transitoire.

IV. LES EFFETS FINANCIERS DE L'ENSEMBLE DE L'ARTICLE

Le tableau suivant, directement issu de l'étude d'impact du Gouvernement, indique les principales conséquences financières de l'article 17. Les éléments touchant au transfert de la CNITAAT ne sont pas intégrés, en raison du caractère éventuel de la prise en charge par l'État à compter du 1^{er} janvier 2021. La plupart des éléments présentés peuvent être retrouvés dans le tableau d'équilibre financier de l'annexe 4, reproduit dans le commentaire des articles 19 et 20, avec toutefois un chiffrage moins précis.

BILAN DU « CIRCUIT FINANCIER » 2020

(en millions d'euros)

Régimes concernés	Impact financier en droits constatés			
	2020	2021	2022	2023
CNAM				
Affectation de TVA (PLF)	- 1 012	- 1 012	- 1 012	- 1 012
Réaffectation de TS	+ 1 459	+ 1 459	+ 1 459	+ 1 459
Transfert de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)	- 140	- 140	- 140	- 140
Annulation des transferts État et CADES	+ 1 635	+ 4 268	+ 6 778	+ 6 816
CNAV				
Annulation des transferts État et CADES	+ 239	+ 331	+ 377	+ 390
CNAF				
Annulation des transferts État et CADES	+ 1 208	+ 2 314	+ 2 891	+ 2 990
ACOSS				
Affectation de TVA (PLF)	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173	+ 4 173
Perte de TS	- 1 459	- 1 459	- 1 459	- 1 459
FSV				
Annulation des transferts État et CADES	+ 20	+ 25	+ 26	+ 24
Branche vieillesse des non-salariés agricoles				
Transferts de droits sur les alcools (simplification des recettes affectées au RCO exploitants)	- 10	- 10	- 10	- 10
Total ROBSS + FSV	+ 6 112	+ 9 949	+ 13 083	+ 13 231
CNSA				
Financement des SAAD	- 50	-	-	-
RCO des exploitants agricoles				
Suppression de la taxe sur les huiles (PLF 2019)	- 130	- 130	- 130	- 130
Suppression de l'affectation des recettes de cotisations des autres risques	- 20	- 20	- 20	- 20
Transferts de droits sur les alcools	+ 150	+ 150	+ 150	+ 150

Source : étude d'impact du Gouvernement

L'ensemble des régimes obligatoires sortent « gagnants » de ces modifications, principalement en raison de l'annulation des transferts. L'effet s'accroît chaque année, puisque le montant de ces transferts était lui-même croissant.

La branche maladie est ainsi globalement bénéficiaire de ces mouvements à hauteur de 2 milliards d'euros en 2020, la branche famille de 1,2 milliard d'euros, la branche vieillesse de 200 millions d'euros. L'ACOSS est « virtuellement » bénéficiaire puisque l'ensemble de ces ressources a vocation à financer des régimes en dehors du champ de la sécurité sociale (Unédic, AGIRC-ARRCO).

V. LES DISPOSITIONS D'ENTRÉE EN VIGUEUR

Le XII prévoit l'entrée en vigueur de l'ensemble de ces dispositions au 1^{er} janvier 2020, à l'exception de la mesure sur la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail, qui doit entrer en vigueur en 2022.

*

* *

Article 18

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 18 approuve le montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 du projet de loi. Prévues par l'article 2 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), cette annexe garantit l'information du Parlement sur l'ensemble des mesures d'exonération de cotisations ou contributions et leur compensation.

Au total, le montant de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale s'élèvera, aux termes de l'annexe 5, à 5,1 milliards d'euros en 2020.

**I. LA NÉCESSITÉ URGENTE D'UNE RÉFLEXION GLOBALE SUR LES
MÉCANISMES DE COMPENSATION ENTRE L'ÉTAT ET LA SÉCURITÉ
SOCIALE**

Le rapporteur général souhaitait profiter de ce que la Cour des comptes a consacré une partie de son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2019 à la question des « niches sociales » pour évoquer des pistes de réflexion quant à leur compensation, objet de l'annexe 5 du présent projet de loi.

**A. LES DISPOSITIFS DÉROGATOIRES À L'ASSUJETTISSEMENT AUX
PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX ONT CONNU RÉCEMMENT UNE
AUGMENTATION IMPORTANTE**

1. Des outils destinés à alléger le coût du travail

Lancée en 1993 par une réduction de la part des cotisations d'allocations familiales portant sur les salaires jusqu'à 1,2 SMIC, la politique d'exonération et de réduction ⁽¹⁾ des cotisations sociales s'est poursuivie en 2003 par la fusion de l'ensemble des dispositifs dans une réduction dégressive, couramment désignée sous le terme d' « allègements Fillon » et codifiée à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

Cet allègement concentré sur les salaires avoisinant le SMIC – réduction dégressive de 1 à 1,6 SMIC – a été renforcé sous l'impulsion du Gouvernement, dans le cadre de la LFSS pour 2019 ⁽²⁾. Celle-ci a mis en œuvre la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (CITS) en allègements généraux pérennes, qui dépassent le

(1) Les termes d'exonération et de réduction de cotisations sociales sont souvent utilisés de manière identique, convention reprise pour les besoins de ce commentaire.

(2) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

champ strict des « cotisations de sécurité sociale ». Un employeur versant un salaire au voisinage du SMIC ne paye ainsi plus de cotisations patronales dues au titre de l'assurance chômage et de la retraite complémentaire AGIRC-ARRCO.

Ce dispositif vient s'ajouter aux réductions pérennes de cotisations sociales, que sont :

– la réduction de 1,8 point de cotisations « famille » sur les salaires entre 1 et 3,5 SMIC, mise en place à la suite du « Pacte de responsabilité et de solidarité », en 2014 ⁽¹⁾ ;

– la réduction de 6 points de cotisations patronales « maladie » sur les salaires entre 1 et 2,5 SMIC, décidée en LFSS 2019 ⁽²⁾ dans le cadre de la « bascule » entre CICE-CITS et allègements généraux de cotisations sociales.

Dans l'ensemble, les comptes sociaux enregistreraient une augmentation des « niches sociales » de 25,9 milliards d'euros, toutes exonérations confondues. Selon le recensement effectué par l'annexe 5 au présent projet de loi, les allègements généraux représentent 52 milliards d'euros, dont 19,6 milliards au titre de l'allègement « Fillon », 22,2 milliards au titre de la réduction des cotisations maladie et 7,8 milliards au titre de la réduction de 1,8 point de cotisations famille.

L'ensemble du coût des « niches sociales » pour 2019 est retracé dans le tableau ci-dessous. Le recensement inclut également ici les exemptions d'assiette, qui font l'objet d'une prise en compte à part au sein de l'annexe 5.

(1) Article 2 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

(2) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

COÛT DES « NICHES SOCIALES » POUR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LE FSV POUR 2020

(en milliards d'euros)

Dispositifs	Montant issu de l'annexe corrigée d'erreurs matérielles
Allégements généraux	52
Allègement général dégressif	19,6
Réduction de 6 points des cotisations maladie	22,2
Réduction de 1,8 point de cotisations famille	7,8
Application des réductions maladie et famille aux régimes créateurs	0,5
Baisse de taux de cotisations des travailleurs indépendants	2
Exonérations ciblées	6,8
Exemptions d'assiette	7,6
Total	66,4

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2019.

2. Une insuffisante maîtrise qui se traduit par le maintien de dispositifs inefficaces

La majeure partie de l'effort porté par la dépense publique s'attache aux allégements généraux, qui représentent 79 % de l'ensemble des « niches sociales ». Il demeure toutefois de nombreux dispositifs d'exonérations ciblées, qui ont fait l'objet, selon la Cour, de deux travaux uniques d'évaluation sur les dix dernières années : un rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales, rendu en juin 2011 ⁽¹⁾ et un rapport de l'IGAS et de l'IGF, rendu en juin 2015 ⁽²⁾. Malgré ces revues de dépenses, 48 dispositifs, dont 10 représentent un coût supérieur à 100 millions d'euros, n'ont fait l'objet d'aucune évaluation permettant d'attester de leur efficacité. Parmi les « niches sociales » ayant fait l'objet d'une évaluation approfondie, un certain nombre de dispositifs évalués négativement ont été maintenus.

Ce constat appelle *a minima* un renforcement des dispositifs d'évaluation des « niches sociales », qui pourrait utilement intervenir dans le nouveau cadre du « Printemps de l'évaluation » des lois de financement, avant éventuelles corrections dès le prochain PLFSS.

(1) Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, juin 2011.

(2) Rapport n° 2015-M-016-01, Revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques, juin 2015.

B. UN EFFORT DE SINCÉRITÉ APPRÉCIABLE MAIS ENCORE LACUNAIRE

Issue d'une obligation organique, en vertu de l'article 1^{er} de la loi organique du 2 août 2005, l'annexe 5 doit assurer au Parlement une information complète sur l'ensemble des mécanismes d'exonération de cotisations ou contributions, ainsi que sur les modalités de leur compensation.

Cette annexe a fait l'objet d'améliorations notables depuis sa première inscription dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006. La « norme de référence », ajoutée depuis le PLFSS 2014, qui constitue la notion de droit commun à laquelle l'ensemble des « niches sociales » dérogent, a été affinée et ce sont désormais, pour ce projet de loi, 97 dispositifs distincts qui sont recensés. Cette annexe est donc essentielle pour assurer une information sincère du Parlement sur l'état des comptes sociaux et analyser l'impact de ces réductions de recettes sur l'objectif de politique publique qu'elles doivent permettre d'atteindre.

Or, la Cour relève un certain nombre de lacunes et d'incohérences qui demeurent. Le champ de la norme de référence fluctue d'un exercice à l'autre – la réduction de 2,15 points du taux de cotisation famille des travailleurs non salariés a ainsi d'abord été considérée comme une « niche », en PLFSS 2018, avant d'être intégrée à la norme de référence dans le présent PLFSS.

La Cour déplore enfin que, pour des raisons de comptabilité interne aux branches de la sécurité sociale, d'absence de chiffrage ou de minoration des coûts dans la présentation de l'annexe, le coût total des « niches sociales » devrait être majoré de 25 milliards d'euros. Le recensement effectué par la Cour aboutit en effet à un coût total en 2019 de 91,3 milliards d'euros.

C. UNE PRATIQUE FLUCTUANTE ET PARFOIS OBSCURE DE LA COMPENSATION DE CES DISPOSITIFS PAR L'ÉTAT

L'augmentation substantielle de ces « niches sociales » et la difficulté d'en recenser à la fois le nombre et le montant total engagé pèsent sur la lisibilité des comptes sociaux, et ce d'autant plus que ceux-ci sont également soumis à des modalités de compensation peu lisibles.

1. Une obligation de compensation de niveau législatif

L'obligation de compensation par l'État des exonérations de cotisations de sécurité sociale a été instituée au moment même où ont été mis en place les dispositifs d'allègement sur le coût du travail. Inscrit dans la « loi Veil »⁽¹⁾ en 1994, et désormais codifié à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, ce principe a été renforcé et porté au niveau organique en 2005 avec l'adoption de la

(1) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)⁽¹⁾. La lettre de la loi prévoit, en son article 1^{er}, codifié à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, que « *seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

Les dérogations au principe de compensation des exonérations de cotisations relèvent donc désormais du domaine exclusif des LFSS, renforçant ainsi la lisibilité des relations entre l'État et la sécurité sociale.

2. Une pratique fluctuante, au détriment de la lisibilité des comptes sociaux

Malgré le renforcement du cadre juridique, l'application concrète des compensations d'exonérations de cotisations a varié en raison d'un nombre toujours plus grand d'exceptions au principe, et d'une pratique variable.

Les exceptions au principe de compensation ont été progressivement ajoutées en complément du dernier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent désormais l'ensemble des « allégements Fillon », la réduction de 1,8 point de cotisations famille, les réductions de cotisations pour les travailleurs indépendants, l'abattement sur la contribution sociale de solidarité des sociétés ainsi que les exonérations sur les heures supplémentaires. Le mitage du principe de compensation s'est accompagné d'une pratique parfois incohérente.

Le Gouvernement a engagé une réflexion à ce sujet et demandé un rapport dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022⁽²⁾. Ce rapport, confié à MM. Christian Charpy et Julien Dubertret, a été remis le 8 octobre 2018. Outre la simplification et la stabilisation de la structure des recettes affectées à la sécurité sociale, il préconisait la redéfinition des règles de compensation, compte tenu de leur inadéquation avec un moment où la sécurité sociale devait produire des excédents.

Cette redéfinition devrait notamment suivre les principes suivants :

– faire supporter les allégements futurs de prélèvements obligatoires à la sphère publique concernée (État ou sécurité sociale selon le cas), principe vulgarisé par l'expression de « chacun chez soi » ;

– instaurer un principe d'exception permanent pour les allégements généraux applicables aux rémunérations comprises entre 1 et 1,6 SMIC, afin qu'État et sécurité sociale en partagent le coût tout en maintenant une trajectoire compatible avec le remboursement de l'ensemble de la dette sociale à 2024 ;

(1) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Article 27 de la loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

– maintenir une règle de compensation intégrale des exonérations ciblées, afin de continuer de responsabiliser les ministères porteurs des politiques publiques concernées.

Le présent projet de loi, qui présente un déficit du régime général et du FSV de 5,4 milliards d’euros pour 2019, ne prévoit un retour à l’équilibre des comptes sociaux qu’en 2023. Les hypothèses qui ont présidé aux réflexions présentées par MM. Charpy et Dubertret semblent donc obsolètes en l’état.

3. Engager une réflexion globale sur l’amélioration de la prévisibilité, de la cohérence et de la lisibilité des compensations d’exonération

Compte tenu des masses financières concernées, des lacunes dans le recensement de l’information et de l’impact que le pilotage annuel des compensations peut avoir sur la présentation des comptes sociaux, le rapporteur général estime qu’une mission parlementaire, associant les rapporteurs généraux de l’Assemblée nationale et du Sénat, qui partagent un intérêt commun sur la préservation des recettes de la sécurité sociale, pourrait utilement prolonger les réflexions présentées *supra* afin de :

– définir un corpus de règles stables et lisibles, susceptibles de s’appliquer à n’importe quel moment du cycle économique et, partant, dans les situations d’excédent comme de déficit des comptes sociaux ;

– évaluer prioritairement l’efficacité des « niches sociales » dont le coût est le plus élevé par rapport à l’objectif de politique publique poursuivi ;

– améliorer les modalités d’information du Parlement et des citoyens sur l’ensemble du champ des « niches sociales ».

II. LE CHAMP DES EXONÉRATIONS ET DE LEURS COMPENSATIONS POUR 2020

En application des obligations organiques mentionnées *supra*, et notamment du 5° du III de l’article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, l’annexe 5 du présent projet de loi recense l’ensemble des exonérations, ainsi que leur compensation et le détail des crédits budgétaires de l’État qui y sont affectés.

Poursuivant les principes appliqués en LFSS 2019, l’annexe rappelle que le projet de loi de financement pour 2020 prévoit la non-compensation des mesures issues de la loi portant mesures d’urgence économiques et sociales et de la réduction du forfait social sur l’intéressement et la participation depuis 2019. La suppression de la taxe sur les huiles donne en revanche lieu à une majoration de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale à due concurrence.

Le montant des exonérations pour 2020 devrait donc frôler les 60 milliards d’euros, ce qui constitue une stabilisation après la croissance de 49 % en 2019,

cette dernière s'expliquant principalement par la montée en charge des allègements généraux. Les exonérations ciblées, compensées et non compensées ne représentent ainsi plus que 12 % de l'ensemble.

L'évolution prévue pour 2020 des exonérations se présente ainsi :

	2018	2019 (P)		2020 (P)	
	Coût	Coût	Evolution	Coût	Evolution
TOTAL	39 644	58 979	49%	59 856	1%
(1) dont allègements généraux et mesures de modulation des taux	32 433	51 101	58%	52 265	2%
(2) dont mesures d'exonération compensées	6 348	5 708	-10%	5 445	-5%
(3) dont mesures d'exonération non compensées	864	2 170	151%	2 146	-1%

Champ ROBSS, montants en droits constatés et en M€

Source : Annexe 5 du PLFSS pour 2020.

L'ensemble des mesures d'exonération non compensées, pour les années 2019 et 2020 sont résumées dans le tableau suivant.

MESURES NON COMPENSÉES EN 2019 ET 2020

Mesure	Véhicule de la mesure	Véhicule de la non compensation
Crédit d'impôt de taxe sur les salaires pour 2018	Article 5 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2019
Exonérations de cotisations salariales sur les heures supplémentaires	Article 7 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2019
Exonérations de prélèvements sociaux sur le capital et le patrimoine	Article 26 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2019
Minoration des prélèvements sociaux sur les plus-values immobilières	Article 26 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2019
Suppression du forfait social au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés et au titre de la participation pour les entreprises de moins de 50 salariés	Article 16 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2020
Lissage du franchissement du seuil de CSG	Article 14 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2020
Avancement de l'exonération des cotisations sociales sur les heures supplémentaires au 1^{er} janvier 2019	Article 2 de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales	LFSS pour 2020
Création d'un taux intermédiaire de CSG à 6,6 %	Article 3 de la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales	LFSS pour 2020
Exonération de cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique	Article 9 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2020
Plafonnement de la compensation JEI	Article 17 de la LFSS pour 2019	LFSS pour 2020

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données de l'annexe 5 du PLFSS pour 2020.

*

* *

Articles 19 et 20
**Approbation des tableaux d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV
pour 2020**

Adoptés par la commission sans modification

Les articles 19 et 20 portent respectivement approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir de l'ensemble des régimes obligatoires et du régime général. Ils font état d'un déficit de 5,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, et de 5,1 milliards pour le régime général, en intégrant le Fonds de solidarité vieillesse.

I. LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV EN 2020 : DES DÉFICITS QUI RESTERAIENT IMPORTANTS

L'article 19 vise à approuver l'annexe C du projet de loi, qui retrace, conformément ce que prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche sous la forme d'un tableau pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾

« C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin :

« a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ; »

Ces dispositions sont évidemment déterminantes au sein de la loi de financement puisqu'elles établissent les conditions générales de l'équilibre financier pour l'année à venir, en intégrant les tendances, les mesures nouvelles et les transferts sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer.

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS), comme du reste l'ensemble des dispositions organiques définissant le cadre des LFSS.

A. UNE PRÉVISION TRÈS ÉLOIGNÉE DE LA TRAJECTOIRE PRÉVUE L'ANNÉE DERNIÈRE

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2020 avec les prévisions de 2019, telles qu'elles figuraient à l'annexe B :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2020 AVEC LA PRÉVISION DE LA LFSS 2019

(en milliards d'euros)

	Prévisions « annexe B » pour 2020 (LFSS 2019)			Prévisions initiales 2020 (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	246,2	245,7	0,5	244,1	247,3	- 3,2
Maladie	222,6	222,6	0	220,8	223,8	- 3,0
Famille	50,5	50,5	0	51,0	50,3	0,7
AT-MP	14,4	13,6	0,9	15,0	13,6	1,4
Total*	519,7	518,3	1,3	517,1	521,3	- 4,2
Total incluant le FSV*	519,2	518,8	0,4	516,2	521,8	- 5,6

Sources : LFSS 2019 et PLFSS 2020.

Cette comparaison permet d'illustrer, comme pour l'arrêt des comptes 2018 ou la rectification des comptes 2019, l'évolution des prévisions sur l'année écoulée. Il faut souligner toutefois un « biais » comparatif, puisque les prévisions de l'annexe B n'intègrent pas de mesures nouvelles pour l'année N+2 autres que la « tenue » de l'ONDAM et les mesures aux effets pluriannuels votées lors de l'examen en fin d'année N de la loi de financement pour l'année N+1 (par exemple, la revalorisation maîtrisée des prestations sociales pour 2020, qui n'a été censurée par le Conseil constitutionnel qu'*a posteriori*).

La reconstruction de la « clef de passage » entre ces prévisions vieilles d'une petite année et l'équilibre prévu par le Gouvernement pour 2020 (6 milliards d'euros) nécessite de se pencher tant sur le changement de contexte macroéconomique que sur les mesures nouvelles que contient le présent projet de loi.

1. Le changement d'hypothèses macroéconomiques

- Dans l'annexe B de la LFSS 2019, le Gouvernement « tablait » sur une croissance du PIB de 1,7 %, une croissance de la masse salariale de 3,7 % et une inflation hors tabac de 1,4 % en 2020.

- Appuyée sur les « prévisions d'automne » de la direction générale du Trésor, partagées avec le projet de loi de finances initiale, la construction du présent PLFSS s'est faite sur une base profondément différente, puisque sont désormais retenues une croissance du PIB de 1,3 %, une croissance de la masse salariale de 2,8 % et une inflation hors tabac de 1,0 %.

Trois effets doivent donc être distingués :

– une diminution de 0,4 point de la croissance du PIB, fortement corrélée à la croissance globale des recettes fiscales non assises sur la masse salariale ;

– une baisse de 0,9 point de la croissance de la masse salariale, qui devrait correspondre à une baisse de 1,8 milliard d’euros des recettes assises sur cette assiette ;

– enfin, une inflation moins forte de 0,3 point par rapport à ce qui était prévu en 2019, qui aurait un effet « positif » sur le solde de l’ordre de 500 millions d’euros de moindre revalorisation des prestations légales.

Ces hypothèses « conventionnelles »⁽¹⁾ sont néanmoins fortement perturbées, comme en 2019, par plusieurs éléments :

– l’évolution de l’assiette « capital » qui ne suit pas nécessairement le niveau de la croissance à court terme ;

– la part plus importante de la masse salariale qui n’est pas soumise à cotisations et/ou contributions, en raison des exonérations renforcées au niveau du SMIC mais aussi sur les heures supplémentaires ainsi que celle de la prime exceptionnelle de pouvoir d’achat (PEPA) ; le rapport remis à la Commission des comptes en septembre estime ainsi que les cotisations croîtraient moins vite que la masse salariale (+ 2,4 %) ;

– enfin, la revalorisation maîtrisée d’un volume important de prestations à + 0,3 % en 2020, qui était intégrée dans la trajectoire de l’annexe B, limite l’effet de l’inflation en matière d’évolution des prestations légales.

● La croissance des dépenses semble également avoir été sous-estimée pour les branches vieillesse et maladie, avant mesures nouvelles et sans modification notable de périmètre.

● L’effet « macroéconomique » expliquerait ainsi environ 2,4 milliards d’euros d’écart à la trajectoire initialement fixée, sur un écart de quasiment 6 milliards d’euros⁽²⁾.

2. Les mesures nouvelles par rapport à cette trajectoire

Afin d’identifier les sources de l’écart hors corrections des prévisions, plusieurs types de mesures nouvelles doivent être distingués.

(1) Elles reprennent les hypothèses de sensibilité retenues dans les rapports remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale, à savoir 2 milliards d’euros de recettes pour 1 point de masse salariale, et 1,65 milliard d’euros de coût en prestations pour 1 point d’inflation hors tabac.

(2) Faute de données plus précises, le rapporteur général a dû procéder à cette estimation en retranchant l’effet des mesures nouvelles.

● Plusieurs mesures avaient déjà été intégrées au calcul et ne nécessitent pas d’être réintégrées, sauf modification profonde des prévisions :

– la non-compensation de l’exonération en année pleine des heures supplémentaires, actée dès la LFSS pour 2019 et logiquement intégrée à la trajectoire de l’annexe B ;

– les mesures d’économies sur l’ONDAM fixé à 2,3 % comme prévu par la trajectoire initiale.

● Certaines mesures n’ont été que partiellement intégrées par la trajectoire initiale comme la revalorisation maîtrisée à 0,3 % des prestations sociales, dont les effets étaient initialement prévus à hauteur de 2,2 milliards d’euros, dont il faut déduire :

– la ré-indexation des pensions au-dessus de 2 000 euros ;

– une inflation moindre que prévu qui limite l’effet de la mesure ;

Au total, cette mesure est de moindre ampleur que prévu à hauteur de 1,6 milliard d’euros (0,6 milliard au lieu de 2,2).

● Enfin, les mesures nouvelles qui résultent directement du texte du projet de loi, en dehors de l’ONDAM, telles qu’elles figurent notamment dans le tableau d’équilibre financier présenté à l’annexe 4 :

MESURES « TOTALEMENT » NOUVELLES EN 2020

(en milliards d’euros)

Annulation du transfert de CSG vers la CADES	+ 1,6
Annulation de la baisse de la fraction de TVA en faveur de l’État	+ 1,5
Non-compensation de la loi « MUES »	– 1,6
Limitation du coût de certaines niches sociales	+ 0,2
Économie de gestion	+ 0,1
Transfert ANSM/ANSP	– 0,3
Baisse de la prise en charge de la prime d’activité	– 0,1
Transformation du mode de compensation de TODE	– 0,1
Ajustement de la fraction TVA	– 1,0
Perte de droits sur l’alcool en faveur du régime RCO	– 0,1
Changement d’affectation de taxe sur les salaires	+ 1,5
Effet de ces mesures nouvelles	+ 2

B. UN « EFFORT » CONSÉQUENT PAR RAPPORT AU DÉFICIT SPONTANÉ DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Une autre approche consiste à comparer le tableau d’équilibre soumis au vote du Parlement au niveau qui aurait été spontanément le sien si aucune mesure nouvelle n’avait été prise. C’est la comparaison « classique » entre le solde présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre et du solde proposé par le Gouvernement. Cet « effort » en recettes, comme en dépenses

est retracé de manière exhaustive dans le tableau d'équilibre financier, qui constitue le « cœur » de l'information mise à disposition du Parlement à l'annexe 4.

- Outre les mesures retracées dans le tableau ci-dessus, on compte également les 4,2 milliards d'euros de mesures d'économies dans le champ de l'ONDAM. À parti d'un déficit « spontané » de 11,8 milliards d'euros, on compte donc :

- + 1,7 milliard de mesures en recettes (annulation des transferts, minorée des non-compensations) ;

- + 4,7 milliards d'euros de mesures en dépenses, dont 4,2 milliards d'euros sur l'ONDAM et 500 millions d'euros de revalorisation maîtrisée, qui constituent comme en 2019 les leviers principaux ;

- – 0,2 milliard d'euros de transferts avec les autres périmètres financiers, la récupération de la taxe sur les salaires de l'ACOSS par les branches (+1,5 milliard d'euros), étant légèrement surcompensée par la diminution de la fraction de TVA de la branche maladie (– 1 milliard d'euros), le transfert de droits sur l'alcool supplémentaires au RCO (– 0,1 milliard d'euros) et par celui des deux agences de santé à la sécurité sociale (– 0,3 milliard d'euros).

- En reprenant ces éléments par branche, on peut observer :

- une rectification du déficit spontané de la branche maladie (- 7,2 milliards d'euros) qui correspond entièrement aux économies sur l'ONDAM, sans surprise puisque les effets en recettes ont été neutralisés ;

- un solde « final » de la branche AT-MP quasiment au niveau de son solde « spontané », même s'il bénéficierait à hauteur de 100 millions d'euros des mesures d'économies dans le champ de l'ONDAM ;

- un solde de la branche vieillesse bénéficiant de mesures en recettes (récupération de la taxe sur les salaires pour 200 millions d'euros) et en dépenses (revalorisation maîtrisée pour 400 millions d'euros, tous régimes confondus) ;

- une amélioration du solde de la branche famille qui correspond, à peu de choses près, à la récupération d'une fraction de taxe sur les salaires (+ 1,2 milliard d'euros).

Tableau d'équilibre financier pour 2020 (en Mde)

	Régime général															
	Maladie	AT-MP	Vielliesse	Famille	Toutes branches	FSV	RG+FSV	Autres ROBSS	ROBSS+FSV	CNSA	ACOSS	UNEDIC	AGIRC-ARRCO	CADES	RCO	ASSO
Soldes tendanciels CCSS (avant mesures nouvelles)	-7,2	1,3	-3,4	-0,6	-9,9	-1,4	-11,3	-0,5	-11,8							
Annulation des transferts prévus à la CADES et à l'Etat	3,1				3,1	0,0	3,1		3,1					-1,6		1,5
Annulation de la reprise de dette CADES (annulation transferts de CSG)	1,6				1,6	0,0	1,6		1,6					-1,6		0,0
Annulation de la rétrocession de la TVA à l'Etat	1,5				1,5		1,5		1,5							1,5
Mesures en recettes	-1,5	0,0	0,1	0,0	-1,4		-1,4	0,0	-1,4			0,0	0,1		-0,1	-1,4
Non compensation de la loi MUES (effet 2020 : annulation de la hausse de CSG)	-1,6				-1,6		-1,6		-1,6							-1,6
Limitation du coût de certaines niches sociales (dont DFS)	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2		0,2		0,2			0,0	0,1			0,3
Piaffonnement de la compensation JEI	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0		0,0							0,0
Renforcement de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques					0,0		0,0	0,0	0,0							0,0
Suppression de la taxe sur les huiles					0,0		0,0		0,0						-0,1	-0,1
Mesures en dépenses	4,1	0,1	0,3	0,1	4,6		4,6	0,0	4,7	-0,3						4,4
Economies ONDAM	4,1	0,1			4,2		4,2		4,2	-0,2						3,9
Suppression du dispositif de versement de rentes AT en capital		0,0			0,0		0,0		0,0							0,0
Revalorisation différenciée des prestations		0,0	0,3	0,1	0,5		0,5	0,1	0,5							0,5
Création du service public des pensions alimentaires				0,0	0,0		0,0		0,0							0,0
Economie de gestion	0,1				0,1		0,1		0,1							0,1
Création d'un fonds d'indemnisation pour les victimes des pesticides					0,0		0,0	0,0	0,0							0,0
Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée	0,0				0,0		0,0		0,0							0,0
Indemnisation du congé proche aidant			0,0		0,0		0,0		0,0	0,0						0,0
Amélioration de l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants				0,0	0,0		0,0		0,0							0,0
Transferts entre l'Etat et la sécurité sociale	-1,4			-0,1	-1,5		-1,5		-1,5		1,5	0,0				-0,1
Transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP	-0,3				-0,3		-0,3		-0,3							-0,3
Baisse de la prise en charge des frais de gestion au titre de la prime d'activité				-0,1	-0,1		-0,1		-0,1							-0,1
Effet en année pleine du renforcement des allègements généraux à l'UNEDIC					0,0		0,0		0,0			-2,7				-2,7
Compensation à l'UNEDIC de la perte de cotisations patronales liée au renforcement des allègements généraux					0,0		0,0		0,0		-2,7	2,7				0,0
Transformation du mode de compensation de TODÉ en TVA	-0,1				-0,1		-0,1		-0,1							-0,1
Ajustement de la fraction de TVA	-1,0				-1,0		-1,0		-1,0			4,2				3,2
Transferts de recettes au sein des ASSO	-0,1		0,2	1,2	1,3		1,3		1,3		-1,5				0,1	0,0
Compensation au RCD de la perte de la taxe sur les huiles (via droits alcool)	-0,1				-0,1		-0,1		-0,1						0,1	0,0
Changement d'affectation de la taxe sur les salaires consécutif à l'annulation des transferts vers l'Etat et la CADES	-1,4		0,2	1,2	0,0		0,0		0,0							0,0
Autres changements d'affectation de la taxe sur les salaires	1,5				1,5		1,5		1,5		-1,5					0,0
Total mesures	4,2	0,1	0,6	1,2	6,1	0,0	6,1	0,1	6,2	-0,3	0,0	0,0	0,1	-1,6	0,0	4,4
Soldes PLFSS 2020 (après mesures nouvelles)	-3,0	1,4	-2,7	0,7	-3,8	-1,4	-5,1	-0,5	-5,6	-0,3						

Source : annexe 4 du PLFSS 2020.

C. UN DÉFICIT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES QUASIMENT STABLE EN 2020 PAR RAPPORT À 2019

Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2020 aux prévisions rectifiées pour 2019 par l'article 5.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2020 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Prévisions rectifiées 2019 (PLFSS 2020)			Prévisions initiales 2020 (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	239,5	241,5	- 2,3	244,1	247,3	- 3,2
Maladie	215,8	218,8	- 3,0	220,8	223,8	- 3,0
Famille	51,1	50,2	0,8	51,0	50,3	0,7
AT-MP	14,6	13,5	1,2	15,0	13,6	1,4
Total*	507,0	510,3	- 3,3	517,1	521,3	- 4,2
Total incluant le FSV*	505,2	510,7	- 5,5	516,2	521,8	- 5,6

Source : PLFSS 2020.

Cette comparaison témoigne d'une grande stabilité, les déterminants, conjoncturels comme structurels, des recettes et de la dépense n'ayant pas fondamentalement changé entre 2019 et 2020. On peut relever toutefois une détérioration de l'ensemble des régimes obligatoires de 0,9 milliard d'euros, tirés très largement par la branche vieillesse, compensée par l'amélioration du solde du Fonds de solidarité vieillesse, qui continuerait à bénéficier d'une conjoncture favorable en recettes comme en dépenses.

II. UNE SITUATION LÉGÈREMENT MEILLEURE DU RÉGIME GÉNÉRAL

L'article 20 vise à approuver le tableau d'équilibre du régime général, figurant dans l'annexe C du projet de loi, qui présente pour chaque branche les recettes et les dépenses. Celui-ci est mis en regard des prévisions rectifiées pour 2019 dans le tableau suivant :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2019 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

	Prévisions rectifiées 2019 (PLFSS 2020)			Prévisions initiales 2020 (PLFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	135,5	137,5	- 2,1	139,0	141,7	- 2,7
Maladie	214,3	217,2	- 3,0	220,8	223,8	- 3,0
Famille	51,1	50,2	0,8	51,0	50,3	0,7
AT-MP	13,2	12,1	1,1	13,5	12,2	1,4
Total*	400,9	403,9	- 3,1	409,5	413,2	- 3,8
Total incluant le FSV*	400,2	405,6	- 5,4	409,7	414,8	- 5,1

Sources : PLFSS 2020.

● Comme pour l'analyse des deux exercices précédents, le volume financier du régime général et les mécanismes d'intégration conduisent à de nombreuses évolutions congruentes avec celles du solde de l'ensemble des régimes, conduisant à se pencher plus précisément sur les comptes des branches vieillesse et accidents du travail-maladies professionnelles.

S'agissant de la branche vieillesse du régime général, son résultat est moins détérioré que celui de l'ensemble des régimes de base, pour environ 500 millions d'euros. Cet écart favorable au régime général est à mettre en regard de la situation d'un régime de base particulier, celui de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), dont le déficit croît de ce montant chaque année sur la période pour des raisons structurelles ⁽¹⁾.

S'agissant de la branche AT-MP du régime général, elle aurait le même excédent que pour l'ensemble des régimes de base.

*
* *

(1) Le régime d'assurance vieillesse fait ainsi face à une baisse importante de ses recettes, « gelées » comme le point d'indice des fonctionnaires, et à un fort dynamisme de ses dépenses de prestations. Pour davantage de détail sur cette caisse de retraite, on pourra se référer au tome II du rapport remis à la Commission des comptes en septembre dernier, disponible ici : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-SEPT2019-tome%202.pdf

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 21 permet l'approbation de l'annexe C qui présente l'état des recettes pour chacune des branches, ainsi que l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2020, fixé à 16 milliards d'euros, et enfin les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), nulles les unes comme les autres comme chaque année depuis 2011.

Figurant obligatoirement dans les lois de financement, cet article permet d'approuver tour à tour :

- l'annexe C ;
- l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2020 ;
- les prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites ;
- les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

1. L'approbation de l'annexe C

● S'agissant de l'annexe C, prévue par le *a* du 2^o du C du I de l'article L.O. 111-3 qui définit le contenu des lois de financement, elle prévoit conformément aux prescriptions organiques l'évaluation des « *recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes* ». Ce faisant, elle présente quelques redondances avec l'annexe 4 au présent projet de loi, qui consiste en une adaptation du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, intégrant les mesures nouvelles proposées par le Gouvernement dans le projet de loi de financement.

Le I propose l'approbation des prévisions de recettes, telles qu'elles ressortent de cette annexe, en parallèle du vote des objectifs de dépenses en troisième partie.

Il s'agit toutefois de l'occasion de faire le point sur la nature des ressources des régimes obligatoires de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (517,1 milliards d'euros en 2020).

Les cotisations « effectives », au sens où ce sont celles qui sont effectivement versées aux organismes de recouvrement après prise en compte des allègements, continuent comme en 2019 et malgré les profondes transformations

du financement de la sécurité sociale ces deux dernières années, à constituer la ressource majoritaire des régimes (50,4 % contre 50,3 %).

Les ressources fiscales (192,9 milliards d'euros), dominées par la contribution sociale généralisée (102 milliards d'euros), constituent quant à elles 37 % des recettes.

Ces ressources sont complétées par des cotisations prises en charge par l'État (5,2 milliards d'euros), des cotisations fictives d'employeurs (41,9 milliards d'euros)⁽¹⁾, les produits financiers (0,2 milliard d'euros) et les autres produits (6,9 milliards d'euros), mais diminuées des charges pour non-recouvrement (1,5 milliard d'euros à l'échelle des régimes de base).

● À l'échelle des branches, on peut relever, sans attribuer ce constat au seul exercice 2020, que les parts respectives de cotisations et de ressources fiscales n'ont pas de lien avec le caractère contributif ou non des prestations de la branche à laquelle elles sont affectées.

Ainsi, la branche famille est majoritairement financée par des cotisations (61 % de cotisations effectives), alors que les prestations qu'elle sert ne sont que peu, voire pas contributives.

Deux branches, la branche vieillesse assez contributive et la branche maladie devenue à 99 % non contributive avec la mise en place de la PUMA, sont financées par un « *mix* » plus ou moins cohérent : 58 % pour la première et 34 % pour la seconde.

Enfin, une certaine cohérence caractérise le financement à 93 % de la branche AT-MP, traditionnellement très « assurantielle », par des cotisations effectives et le financement entièrement fiscal du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement de prestations de solidarité.

2. L'objectif d'amortissement de la dette sociale en 2020

Le **II** fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour 2020 à 16 milliards d'euros. Cette prévision correspond :

– à l'actualisation de ses prévisions de recettes, constituées de CSG et de sa ressource propre, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), selon un rythme de croissance assez homogène (respectivement + 2,3 % et + 2,1 %) ;

– à l'actualisation des conditions d'endettement en 2020, avec des charges financières qui devraient diminuer de 19,1 % d'après l'annexe 4 ;

(1) Ces cotisations correspondent en réalité à des prestations versées sans contrepartie par les employeurs publics.

– au versement de 2,1 milliards d’euros qu’opère le Fonds de réserve pour les retraites depuis 2013, jusqu’à extinction de la caisse.

Dans ces conditions, il ne resterait plus que 72,5 milliards d’euros à amortir fin 2020, contre 89 milliards d’euros fin 2019.

3. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** affecte un montant nul de recettes au FRR, dont la vocation n’est plus d’être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la CADES.

4. Les recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **IV** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse, qui n’a plus vocation à constituer des réserves, même s’il a pu exercer cette mission dans le passé.

*

* *

Article 22

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Adopté par la commission sans modification

L'article 22 habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2020 et fixe les plafonds de ces encours.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes, sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme (douze mois maximum).

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'ACOSS est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources.

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de pouvoir couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice.

Comme en 2019, six organismes bénéficieront d'une telle habilitation en 2020, en application du I :

- l'ACOSS pour le régime général ;
- la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;
- la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF ;

- la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;
- la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) ;
- la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le commentaire du présent article est l’occasion de présenter, sans prétendre à l’exhaustivité sur cette question touchant à la gestion financière infra-annuelle, les besoins de trésorerie de ces six organismes. Son contenu, très proche dans sa structure et dans ses constats de celui de l’année précédente, s’appuie notamment sur l’annexe 4 du projet de loi ⁽¹⁾.

1. L’ACOSS et le régime des exploitants agricoles doivent assurer les besoins de trésorerie de régimes déficitaires

- Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le **régime général** reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles.

Compte tenu de ces éléments, la variation annuelle de trésorerie de l’ACOSS serait de – 1,7 milliard d’euros. Le solde au 31 décembre 2019 s’établirait à – 23,5 milliards d’euros, et au 31 décembre 2020 à – 25,2 milliards d’euros.

Le solde moyen net prévisionnel serait de – 23,5 milliards d’euros, avec un besoin de financement maximal net de 35,8 milliards d’euros le 28 avril 2020, comprenant notamment les avances aux organismes partenaires.

Compte tenu de ces différents éléments, le présent article propose de fixer le plafond d’emprunt de l’ACOSS à hauteur de 39 milliards d’euros pour l’ensemble de l’année 2020, soit un niveau relevé de 1 milliard d’euros par rapport à 2019, permettant de tenir compte du prolongement d’un déficit significatif en 2020.

Ce plafond permettra à l’ACOSS, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines, ainsi que du régime d’assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Il conserve une marge, compte tenu du point bas prévisionnel, pour faire face aux aléas conjoncturels.

(1) Annexe 4 qui reproduit souvent les analyses des années précédentes sur les déterminants de ces besoins de trésorerie.

• Depuis 2009, la **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, qui a renoué seulement en 2018 avec l'équilibre financier.

Comme les années précédentes, le régime agricole devra donc recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2020, tout en respectant un plafond, fixé par le présent article à 4,1 milliards d'euros, identique au montant fixé dans la précédente loi de financement, correspondant au point bas qui devrait être atteint à deux reprises, en mars et juillet.

Depuis 2016 ⁽¹⁾, les besoins de trésorerie de la CCMSA sont en principe intégralement financés par l'ACOSS (article L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale), même si une ligne de tirage a été conservée auprès d'un partenaire bancaire pour un maximum de 500 millions d'euros, soumis à l'accord préalable des ministères de tutelle.

2. Les autres organismes gèrent des problèmes de trésorerie significatifs liés à des règles spécifiques

• Le profil de trésorerie de la **Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF** (CPRP SNCF) était traditionnellement caractérisé par un décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2015-539 du 15 mai 2015 relatif au régime spécial de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2020, le solde moyen de trésorerie sur l'année est prévu à + 37,4 milliards d'euros avec un point bas entre le 3 et le 5 janvier à - 382 millions d'euros. En effet, comme en 2019, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel ne peut avoir lieu plus tôt que le 6 janvier pour des raisons techniques.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 400 millions d'euros pour la période du 1^{er} au 31 janvier, puis un second plafond de 150 millions d'euros pour le reste de l'année, en nette baisse par

(1) Il de l'article. 42 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

rapport à 2019 (respectivement 600 et 330 millions d'euros). Ces plafonds laissent une marge significative, permettant de faire face à des aléas.

• **La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)**, chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

Les recettes de la caisse sont constituées à 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée vieillesse, et subvention de l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2020, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de - 382,4 millions d'euros, en légère hausse par rapport à 2019 (- 325,3 millions), le point bas étant atteint autour du 1^{er} janvier avec - 494,5 millions d'euros, à un niveau là encore supérieur à 2019. Par conséquent, le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 515 millions d'euros, logiquement en légère augmentation par rapport à 2019 (470 millions d'euros).

Le besoin en ressources non permanentes du régime continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'ACOSS.

• **La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)** présentait ces dernières années un besoin constant en fonds de roulement, son profil de trésorerie étant rythmé par un versement trimestriel des retraites. La Caisse devait ainsi recourir à des montants d'emprunts bancaires importants pour financer ses décalages de trésorerie.

Afin de réduire fortement les décalages en trésorerie entre les encaissements des cotisations et les décaissements des pensions de retraite – lesquels conduisaient à un besoin de financement dont les modalités de couverture paraissaient problématiques dans un contexte de raréfaction des concours bancaires – une réforme plus structurelle a été mise en œuvre à partir d'avril 2013 avec la mensualisation du versement des pensions.

L'amélioration de la gestion de la trésorerie du régime a donc permis au régime de limiter ses besoins de court terme. Il dégage d'ailleurs des excédents ponctuels qui sont placés à l'ACOSS et donnent lieu à une rémunération. En contrepartie, le régime recourt à des avances de trésorerie de l'ACOSS.

L'année 2020 serait légèrement moins « favorable » que l'année 2019, en raison du versement anticipé de deux trimestres d'avance fin 2018 des cotisations relatives aux droits spécifiques passés afférents aux activités non régulées (DSNR).

De ce fait, le solde moyen de trésorerie pour 2020 serait en baisse à + 85 millions d'euros, avec un point bas prévu à - 198 millions d'euros début mars 2020.

Le présent article propose donc de retenir un plafond d'emprunt à 250 millions d'euros, laissant une marge suffisante pour faire face aux aléas.

• La **Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales** (CNRACL) a renoué avec un besoin de recourir à des ressources non permanentes pour la première fois depuis 2013 en 2019.

Cette situation résulte d'une nouvelle dégradation de sa situation financière, les mesures de redressement mises en place entre 2013 et 2015 ayant fini de produire leurs effets.

En 2020, le régime pourrait avoir un résultat, prévisionnel, dégradé par rapport à 2019, de - 1,4 milliard d'euros, avec une variation annuelle de son solde de trésorerie de - 1,5 milliard d'euros, un solde moyen positif de - 710 millions d'euros et un point bas de - 2,3 milliards d'euros début décembre.

La Caisse est donc à nouveau habilitée par le présent article à recourir à des ressources non permanentes à hauteur de 4,7 milliards d'euros, contre « seulement » 2 milliards d'euros en 2019, dont 2 milliards pour la période courant du 1^{er} janvier au 31 juillet et 2,7 milliards d'euros pour celle courant du 1^{er} août au 31 décembre.

3. La précision des conditions dans lesquelles l'ACOSS accorde des avances à certains organismes

Le II complète le 3^o de l'article L. 225-1-4, en prévoyant que les avances de l'ACOSS, en faveur d'organismes, extérieurs à la sécurité sociale par construction, dont la liste est fixée par arrêté ministériel ⁽¹⁾ et d'une durée inférieure à un mois, sont accordées dans les conditions suivantes :

– le taux de ces avances correspondrait au taux interbancaire (0 % si celui-ci est négatif), adapté à la durée de l'avance accordée et majoré d'une marge de 0,2 point (200 points de base) ;

– cette marge peut être relevée, sans dépasser 0,4 point, lorsque plusieurs avances sont accordées dans l'année ;

(1) L'arrêté du 11 mars 2019 fixant la liste des organismes, dont l'ACOSS centralise des recettes ou pour le compte desquels elle assure le recouvrement de tout ou partie des cotisations et contributions, autorisés à percevoir des avances de sa part, a ainsi ouvert cette possibilité au fonds d'assurance formation des chefs d'entreprise artisanale (FAFCEA) ou aux conseils de la formation auprès des chambres régionales de métiers et de l'artisanat.

– les taux de référence, niveaux de marge retenus, niveaux de marge majorés le cas échéant ainsi que l’encours maximal pour chaque avance sont fixés par arrêté ministériel.

Il s’agit donc de préciser la faculté nouvelle ouverte par l’article 25 de la loi de financement pour 2019 qui, d’après les informations que le rapporteur général a pu obtenir auprès de la direction de la sécurité sociale, avait pu conduire à quelques abus en l’absence de règles claires.

*

* *

Article 23

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 fixe la trajectoire financière pour les quatre années à venir, qui se caractérise à la fois par d'importants déficits, mais aussi par une réduction constante de ceux-ci sur la période avant un retour à l'équilibre du champ « régime général et Fonds de solidarité vieillesse » en 2023.

● En application du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte chaque année un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport – prévu par le I de l'article L.O. 111-4 – décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse – FSV), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2020 à 2023).

Cette démarche s'inscrivant dans le cadre plus général de la pluriannualité des finances publiques, le rapport de l'annexe B est théoriquement construit en cohérence avec, du plus récent au plus ancien :

– les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques, présentées dans le *Rapport économique, social et financier* joint au projet de loi de finances (PLF) de l'année ⁽¹⁾ ;

– le programme de stabilité de la France, transmis chaque année à la Commission européenne en application des règles d'encadrement des déficits et des dettes des administrations publiques nationales ⁽²⁾ ;

– les lois de programmation pluriannuelle des finances publiques ⁽³⁾, qui sont le support juridique national permettant de définir la stratégie de redressement des comptes publics.

S'agissant de ces deux derniers documents, ils apparaissent au stade de l'examen de ce projet de loi en partie dépassés, en raison de l'obsolescence des prévisions macro-économiques qui les sous-tendaient.

(1) Ce rapport est disponible ici : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/913ca061-93bb-44c7-a860-04468507d5bb/files/b1ac7248-60bc-4094-9029-1761bae604c2>

(2) Programme de stabilité 2019-2022, disponible ici : https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance_publique/files/files/documents/actualites/PSTAB2019-2022/PSTAB-2019-web.pdf

(3) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Il faut par ailleurs signaler qu'outre les rapports parlementaires, plusieurs publications commentent, à des degrés divers, les perspectives pluriannuelles des finances publiques, et notamment sociales :

- le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des LFSS ⁽¹⁾ ;
- le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾ ;
- l'avis du Haut Conseil des finances publiques relatif aux PLF et PLFSS de l'année ⁽³⁾.

Ce commentaire n'a pas l'ambition de résumer les analyses macroéconomiques produites dans ces différentes publications, auxquelles on pourra toutefois se référer pour davantage d'éclairages sur les principales perspectives dressées dans l'annexe B. On relèvera que, comme l'année dernière, celle-ci consacre d'assez longs développements à la présentation de mesures contenues dans le texte pour l'année 2020, sur lesquelles il est par construction inutile de s'attarder ici, les commentaires des autres articles pourvoyant au besoin d'information du Parlement.

Cette trajectoire mérite néanmoins une attention renforcée dans le cadre de la réflexion plus globale sur les relations financières entre l'État et la sécurité sociale et dont elle tire d'ores et déjà les leçons. Il n'est pas non plus indifférent que cette annexe dresse pour la première fois la trajectoire financière jusqu'à la fin de la législature et pour l'ensemble des exercices pour lesquels la majorité aura pu exercer pleinement son pouvoir budgétaire.

1. Une trajectoire consolidée entièrement revue à l'aune de la réforme des relations entre l'État et la sécurité sociale

La trajectoire budgétaire dessinée dans l'annexe B du présent PLFSS se distingue très nettement de son équivalent de l'année précédente, pour la période 2019-2022 seule à permettre la comparaison, comme en témoigne le graphique suivant :

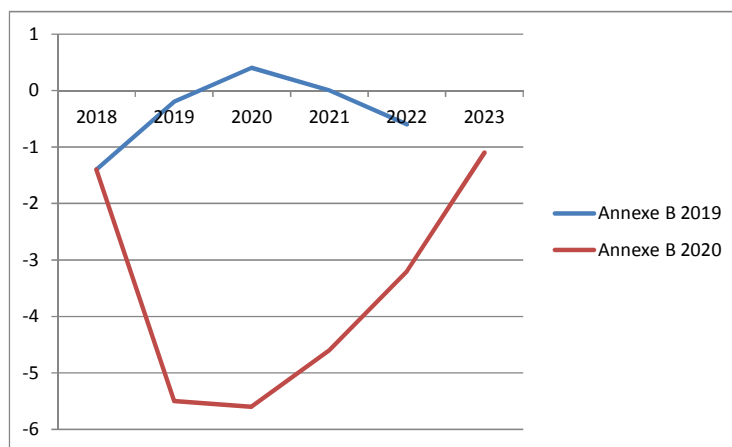
(1) Pour 2020 : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/20191008-rapport-securite-sociale-2019.pdf>

(2) Pour septembre 2019 (tome I, présentant les principales perspectives financières pour la sécurité sociale) : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-SEPT2019-tome%20I.pdf

(3) Pour les projets de lois financières pour 2020 : https://www.hcftp.fr/sites/default/files/2019-09/Avis%20n%C2%B02019-3%20PLF-PLFSS%202020_2.pdf

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV

(en milliards d'euros)



Sources : Commission des affaires sociales, à partir des annexes B des LFSS 2019 et PLFSS 2020.

Ces « courbes » inverses témoignent de la profonde modification des perspectives financières au-delà des exercices 2019 et 2020, commentés de manière détaillée dans les articles d'équilibre afférents. Les développements suivants proposent quelques éléments d'explication sur cette nouvelle trajectoire.

a. Des corrections importantes des hypothèses macro-économiques, en début de période

Cet écart, visuellement considérable, résulte pour une part significative des changements d'hypothèses macro-économiques.

- En recettes, d'abord, les prévisions économiques, faiblement modifiées, dessinent un contexte plus favorable que prévu :

- les prévisions de croissance pour la période commune aux deux trajectoires sont fortement revues à la baisse (+ 1,35 % en moyenne sur la période au lieu d'1,7 %) ;

- les prévisions d'évolution de la masse salariale ont été logiquement revues à la baisse également (environ 3,1 % sur la période, au lieu de 3,6 %) ;

- En dépenses, certains indicateurs pourraient conduire à un « ressaut » en début de période, mais dans des proportions limitées :

- les prévisions d'inflation ont été revues à la baisse en 2019 et 2020 avant de retrouver à peu près le rythme prévu entre 2021 et 2023 ;

- l'ONDAM n'a pas été modifié, conformément aux engagements d'un niveau minimal à + 2,3 % sur la législature ; on peut d'ailleurs observer que cette

hypothèse, dont les économies sous-jacentes sont intégrées à la trajectoire pluriannuelle, se prolongerait en 2023.

**EFFET DES CHANGEMENTS D'HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES
SUR LA TRAJECTOIRE***

	Prévisions LFSS 2019				Prévisions LFSS 2020*			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Croissance du PIB	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,7 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,4 %
Croissance de la masse salariale	3,5 %	3,5 %	3,7 %	3,8 %	2,8 %	3,0 %	3,3 %	3,4 %
ONDAM	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,5 %	2,3 %	2,3 %	2,3 %
Inflation hors tabac	1,6 %	1,3 %	1,4 %	1,8 %	1,0 %	1,0 %	1,3 %	1,6 %

**Pour faciliter la lisibilité de la comparaison, seule la période commune aux deux annexes B (2019-2022) a été conservée dans le tableau.*

● Cette comparaison des prévisions permet donc de comprendre :

– d’une part, une partie du fort décalage « vers le bas » de la pente, avec des prévisions dégradées en 2019 et plus encore en 2020 ;

– d’autre part, une relative amélioration du solde en seconde partie de la période, puisque les déterminants macro-économiques, sans rejoindre les niveaux initialement prévus, convergent de manière assez favorable.

b. L'importance des « mesures nouvelles » dans le changement de profil de la trajectoire

La trajectoire a également été déformée par les mesures nouvelles de deux manières distinctes :

– d’abord, l’autre part du décalage « vers le bas » est due à la non-compensation des mesures issues de la loi « MUES », dans des proportions toutefois différentes en 2019 et en 2020 (environ la moitié en 2019, un quart en 2020) ;

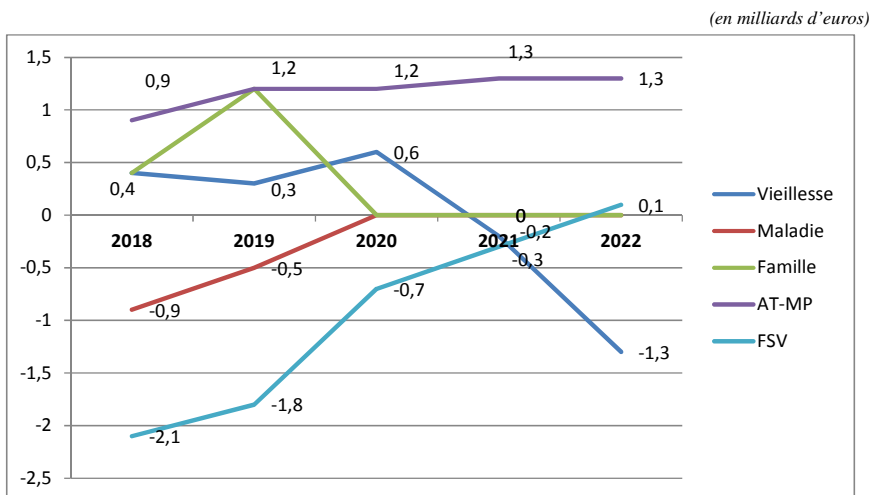
– le retour à un profil « ascendant », qui n’est pas sans ressembler à ce que prévoyait la LFSS pour 2018 alors sous la forme d’excédents croissants, s’explique par l’annulation des transferts de CSG vers la CADES et de TVA vers l’État, laissant les soldes être « portés » par le relèvement progressif de la hausse de la masse salariale.

2. Des tendances divergentes en fonction des branches

Au-delà des rapports avec les autres périmètres, l’annexe B dessine également des trajectoires pour chaque branche et le FSV. Pour les raisons déjà évoquées dans le commentaire de l’article 1^{er}, nous retiendrons le périmètre des régimes obligatoires de sécurité sociale.

● L'annexe B de la LFSS pour 2019 dessinait déjà des évolutions très contrastées des soldes des différentes branches et du FSV :

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (PLFSS 2019)



Source : Annexe B PLFSS 2019.

Deux branches étaient pilotées « à zéro » (famille et maladie), tandis que la branche AT-MP bénéficiait d'une certaine autonomie, préservant ses excédents. Le FSV, très sensible à l'amélioration de la conjoncture tant en recettes qu'en dépenses, devait poursuivre son retour en l'équilibre, prévu alors à 2022. Enfin, la trajectoire pour la branche famille était relativement défavorable, en raison d'une tendance à la hausse des dépenses.

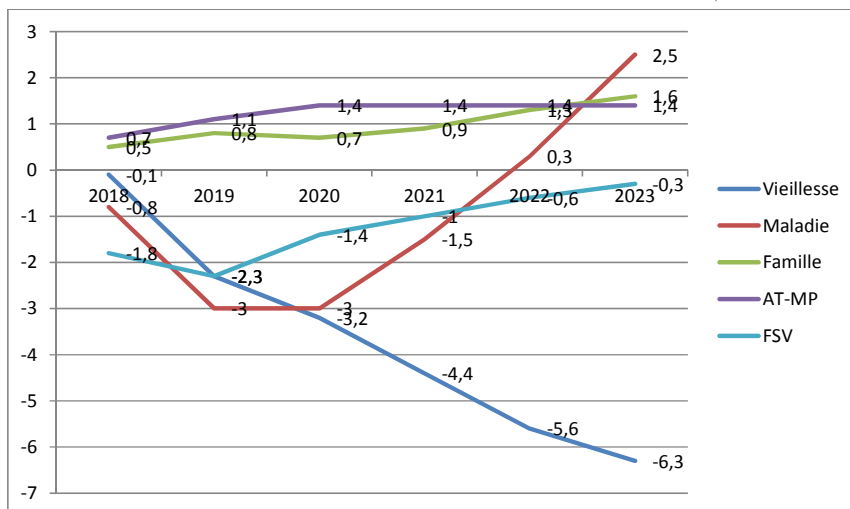
● La situation est à la fois très similaire et très différente dans la nouvelle trajectoire que dessine l'annexe B au présent projet de loi :

– très similaire, d'abord parce que les profils de soldes pour chaque branche sont très semblables à ce qui était prévu en LFSS 2019, mais aussi parce que certaines tendances sont similaires, qu'il s'agisse de la branche AT-MP, du FSV ou encore de la branche vieillesse avec une dégradation continue, partant toutefois d'un point de départ en 2019 beaucoup plus bas.

– très différente, car précisément, beaucoup de branches sont à un niveau beaucoup plus faible que prévu, comme en témoigne l'élargissement de l'échelle nécessaire à la bonne présentation du graphique suivant :

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (PLFSS 2020)

(en milliards d'euros)



De manière plus précise, on peut observer :

- que la branche vieillesse voit ses comptes se dégrader violemment en raison, d'une part, de la croissance soutenue des dépenses, les effets du report de l'âge légal en 2010 ayant totalement pris fin, tandis que les déterminants sociodémographiques continuent d'augmenter ses charges ;

- que la branche maladie connaît une pente très proche de celle de l'ensemble des soldes, très dégradée en 2019 et 2020 avant de renouer avec une amélioration dans la seconde partie de la période ; cette situation résulte de la dynamique des recettes rapportée à une croissance des dépenses maîtrisée par l'ONDAM à 2,3 % ;

- que la branche famille verrait ses excédents croître progressivement, comme cela aurait dû être le cas spontanément sans le transfert de recettes vers l'État et la CADES.

- Ce retour à des divergences « spontanées » de situation financière entre les branches illustre, en creux le caractère très déformant des transferts qui avaient été prévus par la LFSS pour 2019.

Il n'invalide en revanche pas le constat déjà fait par le rapporteur général l'année dernière que la forte interaction des ressources de l'État et de la sécurité sociale rend l'interprétation des soldes de cette dernière particulièrement malaisée.

Ce nouveau paradigme appellera probablement une nouvelle approche dans le pilotage et l'analyse des comptes sociaux qui se recentreraient vers les relations financières avec les autres champs en recettes, d'une part, et vers des normes de dépenses, d'autre part, au-delà du seul champ maladie.

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020**

**TITRE I^{ER}
POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS**

**CHAPITRE I^{ER}
Réformer le financement de notre système de santé**

Article 24
Réforme du financement des hôpitaux de proximité

Adopté par la commission avec modifications

L'article 24 rénove en profondeur le financement des hôpitaux de proximité, dans la continuité de la redéfinition de leurs missions opérée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Aujourd'hui, ce financement prend la forme d'un financement mixte composé :

- d'une dotation forfaitaire annuelle garantie, construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi ;
- d'un complément de financement fondé sur l'activité produite.

La réforme prévoit que ces hôpitaux de proximité seront désormais financés :

- par une garantie pluriannuelle de financement, qui concernera uniquement l'activité de médecine, et donnera une meilleure visibilité aux établissements. Cette garantie prendra en compte les recettes et le volume d'activité historiques de l'établissement, ainsi que la qualité des prises en charge. Les établissements bénéficieront d'un complément de recettes issues de l'activité si cette activité est supérieure au niveau garanti ;
- par une dotation de responsabilité territoriale, permettant de financer les missions optionnelles et partagées des hôpitaux de proximité, par le biais d'une contractualisation. Cette dotation permettra notamment d'indemniser les médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux participant aux missions des hôpitaux de proximité.

Annoncée dans le cadre de la stratégie « Ma Santé 2022 » présentée en septembre 2018 par la ministre des solidarités et de la santé, la réforme des hôpitaux de proximité est un axe fort de la recomposition de l'offre de soins lancée par le Gouvernement.

Ces hôpitaux de proximité ont été dotés de nouvelles missions par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ils seront désormais amenés à jouer un rôle essentiel dans l'offre de premier recours, à la fois en assurant le premier niveau de soins avant d'orienter si nécessaire les patients vers des structures adaptées, mais aussi en organisant la

prise en charge des patients en coopération avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire, en premier lieu les professionnels de santé libéraux.

La présente mesure constitue le deuxième acte, crucial, de cette évolution législative des hôpitaux de proximité, dans l'attente de la publication des ordonnances relatives à leur statut juridique et à leur gouvernance, actuellement en cours d'élaboration.

I. UN FINANCEMENT DÉROGATOIRE DÉFINI PAR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2015

Le statut d'hôpital de proximité a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2015⁽¹⁾, en s'appuyant sur la catégorie préexistante des anciens hôpitaux locaux, elle-même supprimée par la loi du 21 juillet 2009 relative à l'hôpital, aux patients à la santé et aux territoires (dite « HPST »).

Elle a ainsi défini *ad hoc* les critères permettant à certains établissements d'être qualifiés d'hôpitaux de proximité, et donc de bénéficier des modalités de financement associées, dérogatoires à la tarification à l'activité (T2A). En effet, alors que les anciens hôpitaux locaux – financés par des reconductions de dotations historiques – devaient passer à la tarification à l'activité en 2015, la LFSS pour 2015 a permis de mettre en place un système de financement dérogatoire pour ces hôpitaux, permettant de mieux prendre en compte leur situation et leur place dans l'offre de soins.

Ce financement dérogatoire des activités de médecine et de soins de suite et de réadaptation des hôpitaux de proximité prend actuellement la forme d'un financement mixte composé :

– d'une dotation forfaitaire annuelle garantie construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi ;

– d'un éventuel complément de financement fondé sur l'activité produite.

Le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement précise qu'au moins la moitié de la dotation garantie correspond à une fraction des recettes historiques de l'établissement, cette fraction étant arrêtée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Les ministres arrêtent également chaque année le montant de l'enveloppe affectée à cette dotation répartie par région, puis le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) arrête pour chaque établissement de la région le montant de cette dotation.

(1) Article 52 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Aujourd'hui, cette garantie de financement de l'activité de médecine des hôpitaux de proximité est de 90 % de la moyenne des recettes des deux années précédentes au niveau macro-économique. Elle se compose d'une part « socle » correspondant à une part des recettes historiques et d'une part calculée en fonction des critères du territoire que l'ARS peut moduler pour tenir compte des réalités locales (depuis 2017, la part socle correspond à 70 % des recettes historiques des deux années précédentes).

Quant à la part « activité », un bilan de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) produit en 2018 indique que 60 % des hôpitaux de proximité labellisés ont perçu le complément de recettes issu de leur activité : leur viabilité financière ne dépend donc pas de l'existence de ce modèle de financement particulier. Selon les données transmises par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) au rapporteur général, le surcoût de ce financement dual par rapport à un financement à l'activité sur la base de la T2A est estimé à 21 millions d'euros.

II. UNE REDÉFINITION DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DANS LA LOI SANTÉ DE 2019

La loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a initié une importante réforme des hôpitaux de proximité, conformément à l'un des objectifs du plan « Ma Santé 2022 », qui prévoit « *la labellisation des premiers "Hôpitaux de proximité" en 2020, avec l'objectif de 500 à 600 d'ici 2022* ».

L'article 35 de cette loi prévoit une transformation profonde du statut des hôpitaux de proximité. Initialement prévue sous la forme d'une habilitation unique à légiférer par ordonnances sur ce sujet, un amendement gouvernemental adopté à l'Assemblée nationale a permis d'inscrire d'ores et déjà les nouvelles missions de ces hôpitaux de proximité dans la loi.

Cet article définit les missions des hôpitaux de proximité à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique. Il en fait des acteurs au cœur de l'offre de soins sur les territoires, chargés à la fois d'assurer le premier niveau de soins avant de réorienter les patients si nécessaires, et d'apporter un appui aux autres acteurs du territoire.

Ce nouvel article définit les hôpitaux de proximité comme des établissements de santé publics ou privés, ou des sites identifiés de ces établissements.

Il énonce les missions des hôpitaux de proximité qui doivent :

– assurer le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers, et contribuer à la prise en charge des patients, dès lors que le cadre hospitalier est nécessaire et pertinent ;

– orienter les patients vers des établissements plus spécialisés lorsque leur état de santé le nécessite ;

– assurer leurs missions dans le cadre d’une responsabilité territoriale et d’un exercice partagé avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

Ils sont également chargés :

– d’apporter un appui aux professionnels de santé de ville et aux autres acteurs de l’offre de soins pour répondre aux besoins de la population, notamment le cadre hospitalier nécessaire à ces acteurs pour y poursuivre la prise en charge de leurs patients lorsque leur état le nécessite ;

– de contribuer à la prise en charge et au maintien des personnes vulnérables dans leur milieu de vie ;

– de participer à la prévention et à la mise en place d’actions de promotion de la santé sur le territoire :

– de contribuer, en fonction de l’offre présente sur le territoire, à la permanence des soins et à la continuité des prises en charge en complémentarité avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire.

Le même article précise les activités exercées par les hôpitaux de proximité. Ainsi, ils devront obligatoirement exercer une activité de médecine, offrir des consultations de diverses spécialités, disposer de ou donner accès à des plateaux techniques d’imagerie et de biologie médicale. En revanche, ils ne pourront pas exercer d’activité de chirurgie ni d’obstétrique.

En fonction des besoins de la population et de l’offre de soins sur les territoires sur lesquels ils sont implantés, les hôpitaux de proximité pourront exercer de façon facultative d’autres activités, notamment la médecine d’urgence, les activités prénatales et postnatales et les soins de suite et de réadaptation, les activités de soins palliatifs, et apporter leur expertise aux autres acteurs par le biais d’équipes mobiles.

RÉSUMÉ DES MODIFICATIONS APPORTÉES PAR L'ARTICLE 35 DE LA LOI RELATIVE À L'ORGANISATION ET À LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

	Définition avant le 1 ^{er} janvier 2021	Définition après le 1 ^{er} janvier 2021
	<i>Art. L.6111-3-1 + R. 6111-26</i>	<i>Art. L.6111-3-1</i>
Statuts	Établissements de santé publics ou privés	Établissements de santé publics ou privés <i>ou sites identifiés de ces établissements</i>
Missions		<i>Premier niveau de la gradation des soins hospitaliers</i>
	Contributeur par des coopérations avec les professionnels de santé du territoire à l'offre de soins <i>de premier recours</i> (le cas échéant par le biais de convention précisant les modalités de continuité médiale)	Apportent un appui aux professionnels de santé de ville et autres acteurs quand la prise en charge de leurs patients nécessite un cadre hospitalier
	Assurent au besoin l'orientation des patients vers des structures de <i>second recours</i> , avec lesquelles ils développent des partenariats	Orientent les patients qui le nécessitent vers les établissements de <i>recours</i> ou de <i>référence</i> ou vers les autres structures adaptées à leurs besoins
	Participent à la coordination et à la continuité des parcours de santé	Favorisent la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité et leur maintien dans leur lieu de vie
Activités	Médecine <i>ou</i> SSR, dans la limite d'un seuil réglementaire	Activités <i>obligatoires</i> : - médecine (et actes techniques) - consultations de spécialités
	Accès à des consultations spécialisées <i>dans le cadre de coopérations</i>	- présence ou accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie
	Pas de chirurgie ou d'obstétrique	Pas de chirurgie ou d'obstétrique <i>Mais dérogation possible pour une liste limitative d'actes chirurgicaux (sur décision ARS)</i>
		Missions <i>optionnelles</i> (en fonction des besoins et de l'offre de soins) : - médecine d'urgence - activités pré et post-natales - SSR - soins palliatifs - équipes mobiles, etc.
Modalités de désignation	Liste fixée par arrêté ministériel, sur proposition pour chaque région du directeur de l'ARS, au regard de l'analyse des besoins de la population et de l'offre de soins	<i>Renvoi à future ordonnance</i>

Source : Sénat, rapport n° 524 de M. Alain Milon sur le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 22 mai 2019.

● En ce qui concerne le financement de ces hôpitaux de proximité, le projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé initialement déposé prévoyait une habilitation à légiférer par ordonnance. L'étude d'impact annexée précisait que ce financement devrait être cohérent avec les évolutions globales de la tarification hospitalière conduites parallèlement sur d'autres champs, et notamment les soins de suite et réadaptation, l'hospitalisation à domicile, et le financement au parcours.

Un amendement adopté à l'Assemblée nationale a retiré le financement des futurs hôpitaux de proximité du champ de l'habilitation, afin de garantir que ce débat fondamental aurait bien lieu au Parlement au moment de la discussion du présent PLFSS.

● Des ordonnances doivent encore être publiées avant le 24 janvier 2021 afin de :

– déterminer les modalités selon lesquelles la liste des établissements de santé de proximité est établie ;

– définir les modalités d'organisation, de fonctionnement et de gouvernance de ces établissements ;

– déterminer dans quelles conditions ces dispositions peuvent être applicables à une structure dépourvue de la personnalité morale et partie d'une entité juridique.

Par cohérence, l'entrée en vigueur de la définition des hôpitaux de proximité interviendra le 1^{er} janvier 2021.

III. LE DROIT PROPOSÉ : UN FINANCEMENT ADAPTÉ AUX MISSIONS DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

La LFSS pour 2015 avait défini le modèle de financement des hôpitaux de proximité avant de définir les missions de ceux-ci. Plus logiquement, le présent projet de loi propose au contraire un modèle financier découlant directement de la définition élaborée par le législateur en juillet dernier.

Il permet de sortir entièrement de la logique de la tarification à l'activité pour les hôpitaux, même partielle telle qu'elle existe actuellement, afin de s'orienter vers un financement pleinement adapté à leurs missions et à la responsabilité territoriale qui leur est désormais dévolue.

Ce nouveau modèle de financement doit également favoriser le développement de l'exercice partagé avec les structures et les professionnels de la médecine ambulatoire, inclus dans les nouvelles missions des hôpitaux de proximité.

A. UN FINANCEMENT ADAPTÉ AUX MISSIONS

Le I réécrit entièrement l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale relatif au financement des hôpitaux de proximité, qui confirme leur inscription dans un régime dérogatoire à la tarification à l'activité.

Ce financement sera réparti en deux compartiments : une **garantie pluriannuelle de financement** et une **dotation de responsabilité territoriale**. Ces deux dotations valoriseront la qualité des prises en charge proposées.

• La **garantie pluriannuelle de financement** permettra de financer les activités de médecine des hôpitaux de proximité.

Les modalités de fixation, la durée et les modalités de révision de cette garantie seront fixées par décret en Conseil d'État, par dérogation à l'article L. 162-22-6 relatif à la tarification à l'activité pour les activités de médecine. Le montant de cette garantie sera déterminé en tenant compte du volume d'activité de médecine et des recettes perçues antérieurement par l'établissement au titre de cette activité, ainsi que des besoins de santé du territoire et de la qualité de la prise en charge du patient (en plus de la dotation « incitation financière à l'amélioration de la qualité » de droit commun).

Cette garantie doit permettre de libérer les hôpitaux de proximité des potentiels effets pervers de la tarification à l'acte, afin de les inviter à développer leurs actions de prévention et de coordination des parcours de soins. Elle doit permettre, selon les termes de l'article, « *d'inciter à la mise en place de prises en charges coordonnées des patients entraînant un moindre recours à l'hospitalisation* ».

Selon les informations transmises au rapporteur général par la DGOS, cette garantie sera fixée sur la base de 100 % des recettes des deux années antérieures, et sera valable pour une période de trois ans, à la suite desquels la garantie sera révisée, notamment sur la base des recettes effectivement perçues sur les trois années.

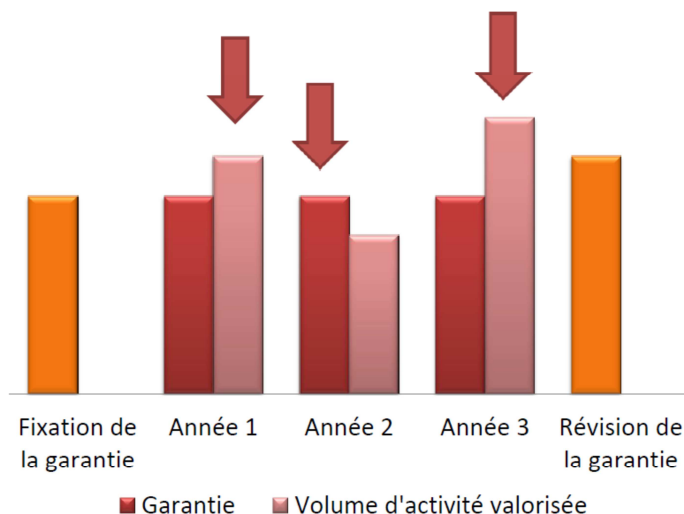
Comme le souligne l'étude d'impact, le principe d'une garantie de financement pluriannuelle doit prémunir de toute baisse, sur un cycle donné (ici envisagé à trois ans), du niveau de financement des activités obligatoires. Ainsi, « *afin de donner de la visibilité aux établissements, le montant de la garantie pourrait être ajusté tous les trois ans, sur la base de l'activité effectivement réalisée (ou de la file active) et de critères de qualité des prises en charge. Des modalités de suivi de la réalisation du projet d'établissement par les ARS pourraient être mises en place durant ce cycle.* »

Lors de son audition par le rapporteur général, la DGOS a indiqué que lors de la révision de la garantie, celle-ci ne devrait pas être systématiquement revue à la baisse si l'activité a baissé pendant le cycle, afin de prendre en compte les efforts faits par les établissements pour moins hospitaliser, dans le cadre du virage ambulatoire.

Comme dans l'ancien modèle de financement des hôpitaux de proximité, ils bénéficieront également d'un **complément de recettes issues de leur activité** si celles-ci sont supérieures au montant du niveau garanti pour l'année considérée. Concrètement, cette garantie sera comparée chaque mois aux recettes qui auraient

résulté d'une valorisation de l'activité de médecine par la T2A : si ces recettes sont supérieures à la garantie, l'hôpital percevra le montant de ces recettes, et si elles sont inférieures, il recevra le montant de la garantie.

GARANTIE PLURIANNUELLE DE FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE : UN EXEMPLE



Source : commission des affaires sociales, d'après les données de l'étude d'impact.

En ce qui concerne l'impact financier de cette garantie, l'étude d'impact estime que la garantie de ne pas subir une perte de recettes sur l'activité de médecine pour les établissements actuellement éligibles au modèle de financement dérogatoire induira un surcoût de 15 millions d'euros, puisque les recettes historiques seront garanties à 100 % et non plus à 90 %. Parallèlement, l'élargissement du dispositif à d'autres établissements induira, selon l'étude d'impact, un surcoût de 20 millions d'euros dès 2020.

• La « **dotation de responsabilité territoriale** » sera déterminée en tenant compte de l'organisation et de la réalisation des missions de l'établissement, et de la qualité de la prise en charge des patients.

Elle permettra de financer les autres activités de l'établissement, et notamment la mise en place d'une offre de consultations de spécialités, d'une activité de biologie, d'imagerie et de télésanté, ou de mettre en place des actions spécifiques visant à mieux répondre aux besoins de soins de proximité du territoire.

Cette dotation permettra principalement de financer les missions optionnelles et partagées avec les autres professionnels du territoire dévolues aux hôpitaux de proximité. Aux termes de l'étude d'impact, ses modalités d'allocation seront notamment définies par contractualisation « *avec les acteurs du territoire et les tutelles* ».

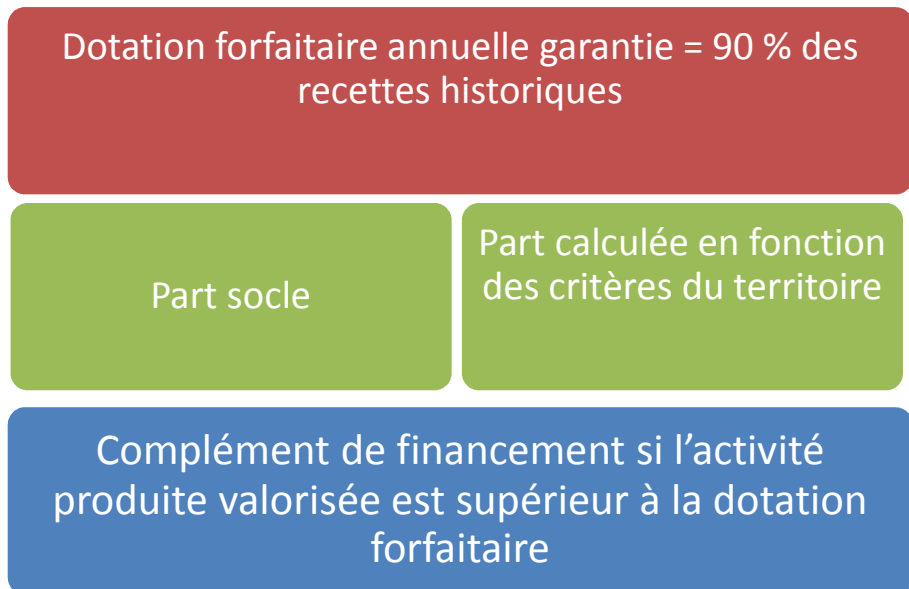
Selon les précisions apportées au rapporteur général par la direction générale de l'offre de soins, la dotation de responsabilité territoriale a vocation à financer les projets de coopérations engagés par les établissements avec les acteurs du territoire et en premier lieu les communautés professionnelles territoriales de santé.

Elle permettra également d'indemniser les professionnels libéraux participant à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité ou aux professionnels de santé libéraux exerçant dans un hôpital de proximité privé (*cf. infra*). Selon les informations transmises au rapporteur général par la DGOS, cette indemnité, qui ne constitue pas une majoration des tarifs conventionnels, permettra de rémunérer les professionnels libéraux pour leurs activités hospitalières « non cliniques », et notamment le temps de coordination avec les équipes soignantes.

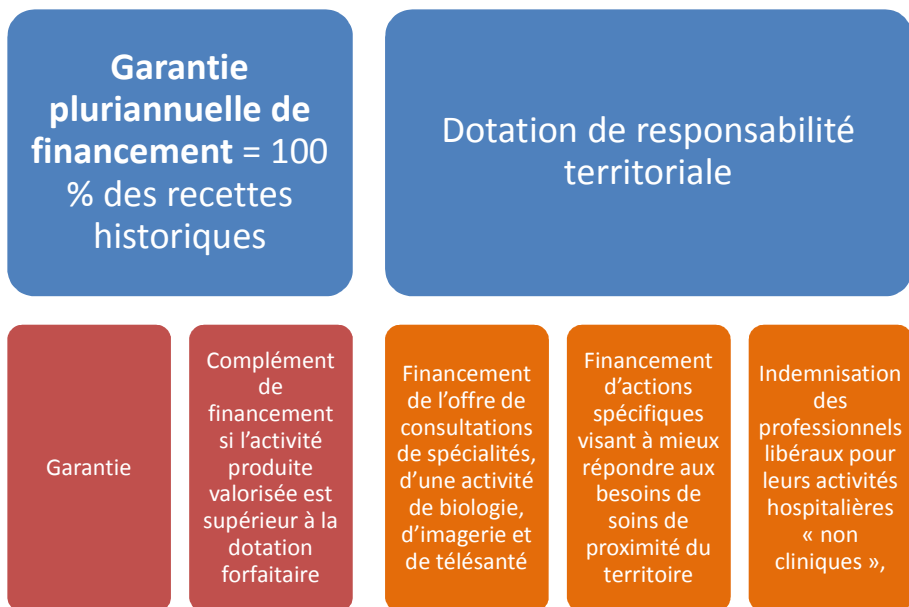
Le montant de cette seconde enveloppe s'élèverait à 15 millions d'euros en 2020, et serait versée dès 2020. Au total, le coût de cette mesure est donc estimé à 40 millions d'euros pour 2020, et 60 millions d'euros pour 2021, en fonction du nombre de nouveaux hôpitaux de proximité intégrant le dispositif.

Les modalités d'application de cet article seront déterminées par un décret en Conseil d'État, qui devrait notamment préciser les modalités de fixation de cette garantie, sa durée et ses modalités de révision.

MODÈLE DE FINANCEMENT ACTUEL DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



MODÈLE DE FINANCEMENT FUTUR DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ



Source : commission des affaires sociales.

B. FAVORISER L'EXERCICE PARTAGÉ ENTRE LE LIBÉRAL ET L'HÔPITAL DE PROXIMITÉ

Le **III** du présent article modifie l'article L. 6146-2 du code de la santé publique relatif à l'exercice des professionnels de santé libéraux au sein des établissements publics de santé.

Aux termes de cet article, le directeur d'un établissement public de santé peut, sur proposition du chef de pôle, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, admettre des médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral à participer aux missions dévolues au service public hospitalier. Dans ce cas, l'établissement public de santé verse directement aux professionnels concernés les honoraires, le cas échéant minorés d'une redevance.

Selon l'étude d'impact, « ces modalités de rémunération, essentiellement basées sur la tarification conventionnelle à l'acte, ne sont pas suffisamment attractives pour les professionnels de santé [...]. En effet, les pratiques qu'impliquent le suivi des patients hospitalisés ne correspondent pas nécessairement aux actes dont les tarifs ont été fixés par les partenaires conventionnels. »

Le présent article complète donc l'article L. 6146-2 du code de la santé publique pour préciser que les médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral et admis à participer à l'exercice des missions des hôpitaux de proximité publics peuvent être indemnisés selon des modalités prévues par voie réglementaire. Cette indemnité s'ajoutera aux honoraires déjà prévus.

C. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le **II** du présent article prévoit qu'à l'entrée en vigueur de l'article L. 6111-3-1 tel qu'issu de la loi de du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, l'article L. 162-23-16 nouveau fasse référence aux missions partagées avec les acteurs du territoire attribuées aux hôpitaux de proximité par ce dernier.

L'article entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2020, mais ne pourra s'appliquer aux nouveaux hôpitaux de proximité qu'une fois les textes d'application publiés.

Toutefois, selon les informations transmises par la DGOS au rapporteur général, les établissements déjà considérés comme des hôpitaux de proximité en 2020 bénéficieront d'un accompagnement financier constituant une préfiguration du nouveau modèle, envisageable à droit constant.

*

* *

Article 25

Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

Adopté par la commission avec modifications

Dans la continuité des annonces faites par le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », le présent article modifie la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), et refond le financement de la psychiatrie.

En ce qui concerne les SSR, l'article simplifie le modèle cible défini par la LFSS 2016, qui apparaît aujourd'hui complexe à mettre en œuvre. Il prévoit que les activités de SSR bénéficient d'un financement mixte, sous la forme de recettes directement issues de l'activité, et d'une dotation forfaitaire permettant de sécuriser leur financement de manière pluriannuelle. Il décale également l'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement, qui produira pleinement ses effets en 2026 au lieu de 2022.

En ce qui concerne la psychiatrie, l'article transforme entièrement le système de financement actuel. Ce financement se caractérise aujourd'hui par son caractère dual, entre, d'une part, le financement à la dotation annuelle de financement, enveloppe fermée, finançant les établissements publics et certains établissements privés non lucratifs, et, d'autre part, le financement au « prix de journée » des cliniques privées. La réforme proposée permet d'unifier les modalités de financement des acteurs publics et privés de la psychiatrie, en proposant un modèle de financement commun. Les établissements de psychiatrie seront désormais financés par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant notamment en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge proposée et la recherche.

Le Gouvernement a engagé une transformation profonde du financement des établissements de santé, dont le présent article constitue une déclinaison majeure dans deux secteurs : les soins de suite et de réadaptation (SSR) et la psychiatrie.

Ces deux secteurs se caractérisent par un financement historiquement différent entre le secteur public et le secteur privé. Le financement historique du secteur public et de la majeure partie du secteur privé non lucratif est en effet assis sur une « dotation globale », enveloppe fermée, tandis que le secteur privé est financé par une tarification au « prix de journée », aux effets potentiellement inflationnistes, et qui explique une plus grande dynamique de l'activité pour ce secteur.

Une réforme du financement des activités de SSR a été engagée dès la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016⁽¹⁾ : le dispositif retenu s'est avéré complexe, tant dans sa conception que dans sa mise en œuvre, comme en témoignent les révisions de ces dispositions en LFSS 2017⁽²⁾ et 2018.

(1) Article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Article 82 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

En ce qui concerne le financement de la psychiatrie, le modèle actuel apparaît à bout de souffle, et inadapté aux besoins des établissements, publics comme privés.

Le présent article simplifie la réforme en cours du financement des activités de SSR et reporte son application (I). Il refond également entièrement le financement des activités de psychiatrie (II). Dans les deux cas, l'esprit de la réforme est le même : introduire des financements forfaitaires, et mettre l'accent sur la qualité des soins plutôt que sur la quantité de soins.

I. RÉFORME DU FINANCEMENT DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

A. LE DROIT EXISTANT

L'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) a « *pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion* »⁽¹⁾.

Le rôle de ces activités se renforce avec le développement des maladies chroniques et le vieillissement de la population. De plus, dans un contexte de diminution des durées moyennes de séjour, elles constituent également une étape de plus en plus importante pour la prise en charge des patients après une hospitalisation en médecine ou en chirurgie.

Les établissements de santé, publics comme privés, sont pleinement conscients des perspectives de développement de ce secteur. Ceux-ci font toutefois face à des situations inégales, liées à des modalités de financement historiques différentes. En effet, pour pallier la baisse des tarifs liés aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), les établissements privés ont ouvert beaucoup de lits de SSR, incités en cela par le mécanisme du financement au prix de journée. En revanche, les établissements financés par la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), enveloppe fermée et peu évolutive, ne peuvent pas bénéficier des mêmes perspectives⁽²⁾.

(1) Article R. 6123-118 du code de la santé publique.

(2) Ainsi, entre 2004 et 2014, 5 531 lits ont été créés dans les établissements publics, soit une augmentation de 15 %. Dans le même temps, le secteur privé en a créé le double (10 944 soit 50 % de lits supplémentaires). Exprimée en journées, l'évolution des trois secteurs entre 2010 et 2014 est de 2 % pour le privé non lucratif, de 6 % pour le public et de 14 % pour le privé lucratif.

LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS SSR AVANT LA RÉFORME PRÉVUE EN LFSS POUR 2016

Dotation annuelle de financement (DAF)	Objectif quantifié national
<ul style="list-style-type: none">• Établissements publics et privés non lucratifs• Enveloppe fermée, soumise à une évolution très encadrée ; couvrant les prestations d'hospitalisation, les molécules onéreuses ainsi que les actes et consultations externes• ONDAM hospitalier	<ul style="list-style-type: none">• Établissements privés lucratifs et une partie des établissements privés non lucratifs• Tarification au prix de journée• ONDAM hospitalier (prestations d'hospitalisation qui bénéficient d'un financement assis sur l'activité) // ONDAM soins de ville (actes et consultations externes des médecins libéraux exerçant dans ces établissements + molécules onéreuses)

Afin de répondre à cette problématique, le financement des SSR, complexe, a ainsi donné lieu à une importante réforme dans la LFSS 2016, modifiée par les LFSS 2017 et 2018.

1. La réforme de 2016

La LFSS 2016 a profondément rénové le cadre du financement des activités de SSR, en introduisant, à son article 78, un **nouveau modèle de financement, commun aux trois secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif**, et reposant sur une **dotation modulée à l'activité**.

a. Les bases du financement : une dotation modulée à l'activité

La tarification SSR adoptée en 2016 prend appui sur la mise en place d'une dotation modulée à l'activité composée :

- d'une **part fixe**, assise sur les recettes historiques de l'établissement ;
- d'une **part variable** permettant de prendre en compte son activité.

Cette réforme s'applique aussi bien aux établissements publics et privés non lucratifs qui relevaient de la DAF qu'aux établissements privés qui relevaient de l'objectif quantifié national (OQN).

Le principe retenu pour le financement de l'activité SSR repose sur des groupes médico-économiques permettant de servir de base à la valorisation de l'activité des établissements et à leur tarification.

Des coefficients (« fractions ») ont été affectés à chacune de ces deux parts de la dotation modulée à l'activité : leur niveau devait être progressivement modifié pour tenir compte des taux cibles définis par la réforme.

b. Les financements complémentaires

Des financements complémentaires sont également prévus :

- le remboursement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur une nouvelle liste en sus SSR (molécules onéreuses) ;
- le remboursement des frais liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés (dotation PTS) ;
- la dotation relative au financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- la dotation complémentaire versée au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (dotation IFAQ).

c. La mise en place d'un objectif de dépenses en SSR

Comme pour les activités de MCO, un objectif de dépense spécifique aux activités de SSR a été mis en place. Il est fixé en fonction du niveau de l'ONDAM.

À la différence de l'objectif de dépenses MCO, l'objectif de dépenses SSR distingue deux enveloppes : une enveloppe couvrant le financement des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste en sus de la tarification SSR et une enveloppe consacrée à la dotation MIGAC.

2. Le dispositif transitoire instauré par la LFSS 2017

a. L'instauration d'une période transitoire par la LFSS 2017

Le texte issu de la LFSS 2016 prévoyait une application de la réforme dès 2017 et un déploiement progressif jusqu'en 2022, dans le cadre d'un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme sur les recettes des établissements de santé.

L'année 2016 devait être mise à profit afin de fixer les premiers éléments de classification des groupes médico-économiques et de déterminer une première échelle de tarifs.

L'article 82 de la LFSS 2017 a reporté la phase de déploiement (montée en charge) du nouveau modèle de financement du 1^{er} mars 2017 au 1^{er} mars 2018, et mis en place un mécanisme de financement transitoire couvrant la période allant du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018.

b. Les modalités de calcul du financement transitoire

Le financement transitoire associé à cette période combine les modalités pré et post-LFSS pour 2016. Ce mécanisme prévoit :

- une première source de financement correspondant à une fraction des recettes calculées selon les anciennes règles de financement ;
- une seconde source de financement paramétrée sur la dotation modulée à l'activité.

Dans le cas particulier des établissements privés qui relevaient de l'OQN, la fraction des recettes calculées selon les anciennes règles de financement, assise sur le prix de journée, est affectée d'un coefficient.

Par ailleurs, un coefficient de transition doit permettre de limiter les pertes de revenus liés à la mise en place de ce financement dérogatoire.

Parallèlement, la LFSS 2017 a mis en place un coefficient de majoration du financement des établissements permettant de tenir compte du poids des actes de rééducation et de réadaptation des établissements, pour le moment mal valorisés au sein des groupes médico-économiques. Cette phase transitoire doit en effet être mise à profit pour améliorer les critères de classification et permettre *in fine* un financement assis sur un codage aussi fidèle que possible des actes de rééducation-réadaptation. Le décret d'application prévoit que ce coefficient est déterminé par le directeur de l'ARS, et doit prendre en compte non seulement le nombre mais aussi l'intensité des actes de rééducation et de réadaptation réalisés par chaque établissement l'année précédant l'application du coefficient⁽¹⁾. La loi prévoit la réduction progressive de ce coefficient chaque année, afin d'atteindre une valeur neutre au 1^{er} mars 2022.

En ce qui concerne le financement des actes et consultations externes, pour les établissements sous OQN, les actes et consultations externes font déjà l'objet d'une facturation en sus. En revanche, pour les établissements anciennement sous DAF, la LFSS 2017 prévoit que, à terme, cette facturation s'effectue en sus du versement de la dotation modulée à l'activité (au lieu d'un financement actuellement inclus dans la DAF). Le financement transitoire des actes et consultations externes pour les établissements sous DAF combine donc deux montants : l'un correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des anciennes modalités de financement antérieures, et l'autre correspondant, pour chaque établissement, à une fraction des recettes issues de l'application des nouvelles modalités de financement.

Le mécanisme issu de la LFSS 2017 prévoyait l'entrée en vigueur, à compter du 1^{er} janvier 2017, de deux des quatre compartiments « complémentaires » : la dotation MIGAC et la dotation d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. En revanche, le versement de la dotation liée aux molécules onéreuses ainsi que la dotation liée à l'utilisation des plateaux techniques spécialisés ne devaient être effectifs respectivement qu'aux 1^{er} mars et 1^{er} janvier 2018.

(1) Décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation.

c. Les modalités de facturation des établissements sous OQN durant la période de financement transitoire

La LFSS 2017 a institué une dérogation partielle aux modalités de facturation des établissements de santé privés sous OQN.

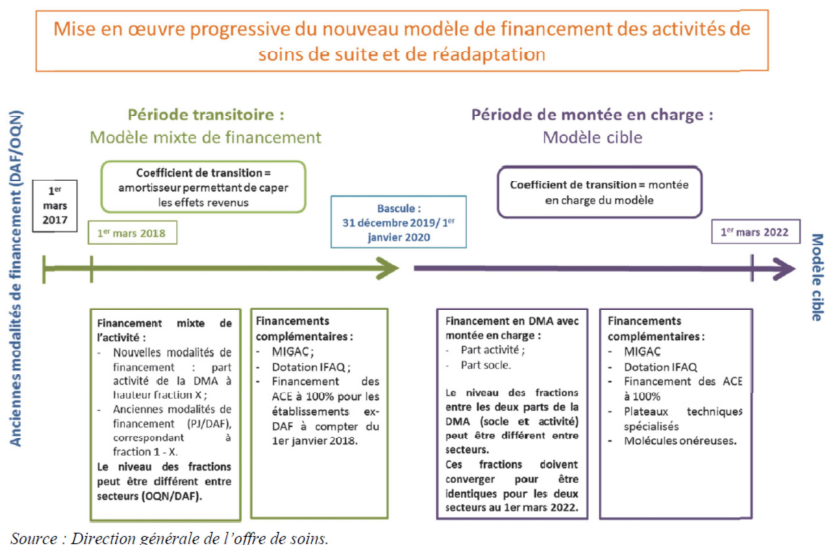
L'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale pose en effet le principe d'une caisse unique pour le versement aux cliniques privées des frais d'hospitalisation afférents aux soins pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Pour les établissements privés sous OQN, le montant de la part calculée sur les modalités actuelles de financement (prix de journée) continue à être versé dans le cadre de l'article L. 174-18. S'agissant de la seconde part, assise sur la dotation modulée à l'activité, le circuit de financement s'inscrit dans le cadre dérogatoire à cette organisation du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018. Le montant forfaitaire n'est pas facturé auprès de la caisse centralisatrice. Les établissements doivent remettre à l'ARS dont ils relèvent leurs données d'activité, et, après valorisation de ces données, le montant calculé par l'ARS est notifié à l'hôpital concerné ainsi qu'à la caisse de leur circonscription.

3. Les modifications apportées par la LFSS 2018

L'article 78 de la LFSS 2018 a prolongé la période transitoire jusqu'au 1^{er} janvier 2020 au lieu du 1^{er} mars 2018. Il a également reporté à l'horizon 2020 l'entrée en vigueur des financements complémentaires des molécules onéreuses et plateaux techniques spécialisés ainsi que les modalités de détermination de l'objectif de dépenses SSR.

Il a également prolongé la mise en œuvre du mécanisme de convergence permettant d'amortir, jusqu'en 2022, les effets de la réforme, et prévu plusieurs assouplissements au cadre législatif fixé pour la période transitoire.



B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Une redéfinition du modèle cible

Le présent article permet de considérablement simplifier le schéma cible de la réforme du financement du SSR.

En effet, ce modèle s'est révélé, comme le souligne l'étude d'impact « *complexe* » et « *peu lisible* » : le rapporteur général ne peut que partager cet euphémisme pour décrire le droit existant. Il conserve cependant à la fois l'idée d'un financement unique pour tous les statuts et l'objectif d'un financement mixte prenant en compte l'activité.

a. Un modèle plus simple de financement mixte mélangeant part forfaitaire et activité

Ainsi, le **I** du présent article modifie le code de la sécurité sociale.

Le **2°** modifie l'article L. 162-23-3. Il prévoit que les activités de SSR exercées par les établissements de santé, tous statuts juridiques confondus, bénéficient d'un financement mixte composé :

– de recettes issues directement de l'activité. Ces recettes seront déterminées sur la base de tarifs nationaux de prestations, des coefficients géographiques, d'un coefficient de minoration si nécessaire pour concourir au respect de l'objectif de dépense SSR ;

– d’une dotation forfaitaire permettant de sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités.

Lors de son audition, la direction générale de l’offre de soins (DGOS) a indiqué au rapporteur général que cette dotation forfaitaire avait vocation à être majoritaire dans ce nouveau modèle de financement.

Les orientations prévues par la loi restent donc très larges, et les effets et paramètres de cette réforme ne seront véritablement connus qu’une fois ses modalités définies par le décret en Conseil d’État qui doit préciser l’application de cet article.

Le **3°** modifie l’article L. 162-23-4, qui précise les éléments de calcul de cette dotation SSR devant être définis par arrêté ministériel.

Le **a** supprime la référence aux fractions prévues qui déterminaient la part fixe et la part variable de la dotation modulée à l’activité.

Le **b** procède à la renumérotation nécessaire.

Le **c** ajoute un nouvel élément devant être défini par arrêté : les modalités de calcul de la nouvelle dotation forfaitaire.

Le **7°** modifie l’article L. 162-23-10 afin de préciser que la dotation forfaitaire sera versée aux établissements par les caisses primaires d’assurance maladie dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Le **4°**, le **6° du I** et le **7° du II** effectuent les coordinations nécessaires.

b. Ouvrir l’accès précoce aux médicaments sous autorisation temporaire d’utilisation (ATU) aux établissements de SSR

Conformément aux engagements du Conseil stratégique des industries de santé de juillet 2018 ⁽¹⁾, le **5°** introduit un nouvel article L. 162-23-6 relatif à la prise en charge des médicaments sous autorisation temporaire d’utilisation (ATU) administrés au cours d’une hospitalisation, par parallélisme avec ce qui est déjà prévu à l’article L. 162-22-7-3 pour le MCO. Ces médicaments seront pris en charge en sus des tarifs d’hospitalisation. Pour chaque patient, la prise en charge de ces médicaments sera conditionnée à l’initiation du traitement dans un établissement de santé de médecine, chirurgie, obstétrique.

Cette disposition sera applicable à compter du 1^{er} janvier 2021 (**V**).

Le **1° du I** modifie l’article similaire dans le champ du MCO afin de faire référence aux différents dispositifs de prise en charge des médicaments sous ATU qui existent depuis la LFSS 2019.

(1) https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/document/document/2018/07/dossier_de_presse_-_conseil_strategique_des_industries_de_sante_-_10.07.2018.pdf

2. Le report du calendrier de la réforme SSR

Selon l'étude d'impact, un nouveau report du calendrier de la réforme est nécessaire afin de finaliser les travaux techniques engagés pour sa mise en œuvre. Le présent article prolonge donc la période transitoire et reporte la phase de montée en charge de la réforme du SSR.

Le **II** modifie ainsi les dispositions de l'article 78 de la LFSS 2016, modifié par les LFSS 2017 et 2018, relatives à la période transitoire.

Le **A** modifie les dispositions du **III** de cet article.

Le **1°** supprime le **A** relatif à la possibilité de différencier en fonction du statut juridique de l'établissement les fractions affectées à chaque part de la dotation modulée et l'activité (supprimées par le présent article).

Les **3°** et **4°** reportent la fin de la période transitoire, initialement prévue au 31 décembre 2019, au 31 décembre 2020. Selon l'étude d'impact, cette période d'un an sera mise à profit pour améliorer les outils de description et de valorisation de l'activité, et préparer l'évolution des systèmes d'information.

Concomitamment, les **5°** et **6°** décalent la mise en œuvre de la période de montée en charge du nouveau dispositif au 1^{er} janvier 2021, au lieu du 1^{er} janvier 2020. Cette période s'étendra jusqu'en 2026 et non plus 2022.

Ainsi :

– la mise en œuvre du mécanisme de convergence entrera donc en vigueur en 2021 permettant ainsi d'amortir jusqu'en 2026, grâce au coefficient de transition qui est maintenue, les effets de la réforme ;

– le coefficient de majoration du financement des établissements permettant de tenir compte du poids des actes de rééducation et de réadaptation des établissements, pour le moment mal valorisés au sein des groupes médico-économiques, est également prolongé jusqu'à 2026.

Les financements complémentaires relatifs aux plateaux techniques et aux molécules onéreuses entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2021 au lieu du 1^{er} janvier 2020.

En revanche, le dispositif transitoire de facturation des prestations d'hospitalisation, actes et consultations externes et molécules onéreuses des établissements pour les établissements de santé publics et privés non lucratifs (*cf. supra*) entrera en vigueur en 2022 comme prévu ⁽¹⁾.

Les dispositions relatives à la dérogation partielle aux modalités de facturation des établissements de santé privés sous OQN sont quant à elles

(1) Lié à la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES).

prolongées jusqu'au 28 février 2023, pour laisser davantage le temps à l'assurance maladie d'adapter son système d'information.

Le 8° créé un nouvel alinéa H instaurant une période transitoire pour la prise en compte des honoraires des praticiens (médicaux et paramédicaux) exerçant à titre libéral dans les établissements ex-OQN : pour ces établissements, les tarifs d'hospitalisation seront minorés du montant de ces honoraires, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État.

En effet, selon les informations transmises au rapporteur général, durant la phase transitoire précédant l'entrée en vigueur du modèle cible de financement introduit par l'article 78 de la LFSS 2016, il a été décidé de ne pas remettre en cause les pratiques historiques des professionnels de santé libéraux en SSR, ces derniers pouvant continuer de facturer leurs honoraires directement à l'assurance maladie (le périmètre des tarifs SSR comprenant, contrairement au MCO, l'ensemble des dépenses relatives aux prestations, dont les honoraires facturés aux patients pour des actes réalisés par des professionnels de santé libéraux au sein des établissements). Cette mesure de gestion plus souple a cependant dû être conditionnée par la mise en place d'un coefficient honoraire permettant d'éviter tout double paiement en faisant en sorte que la valorisation économique de l'activité par le tarif soit diminuée de la quote-part des honoraires facturée directement, à 100 %.

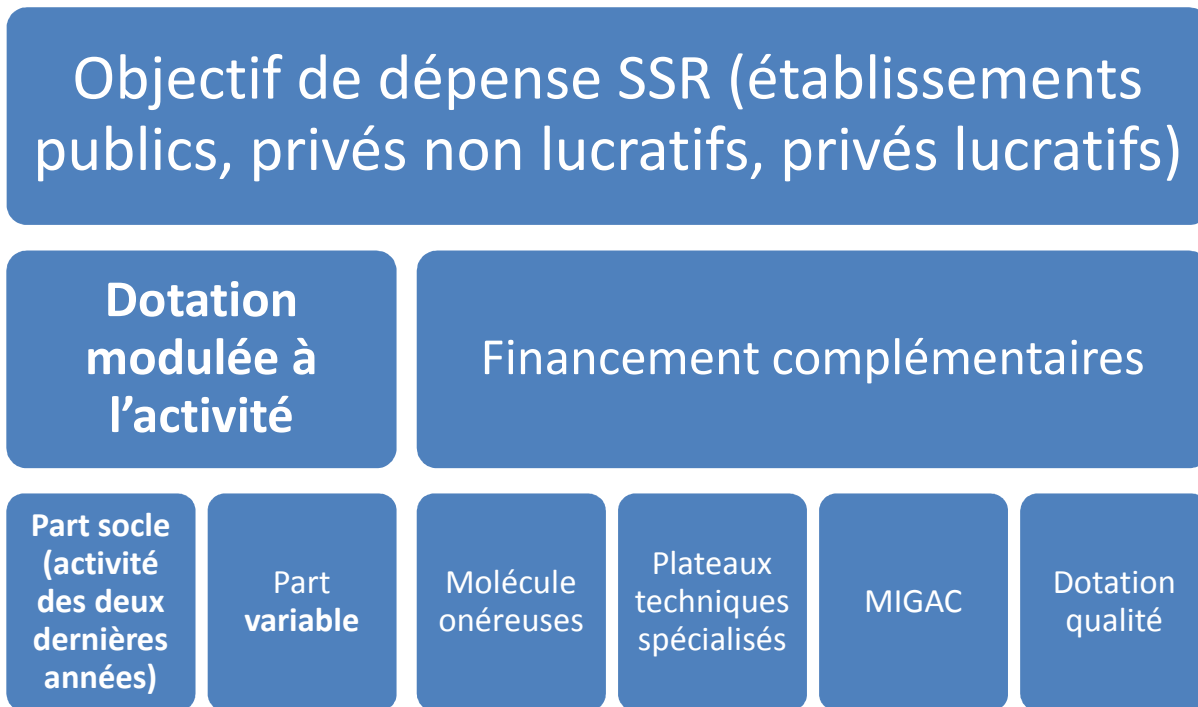
Cet alinéa vise ainsi à maintenir ce coefficient uniquement durant la période de montée en charge du modèle cible, donc du 1^{er} janvier 2021 au 1^{er} mars 2026. Au terme de cette période, les professionnels libéraux percevront leur rémunération *via* la clinique et non plus directement *via* l'assurance maladie.

Le B modifie les dispositions des V et VI de cet article, relatifs respectivement à la fixation d'une enveloppe relative à la liste en sus au sein de la DAF allouée au titre des activités de SSR et au financement des maisons d'enfants à caractère sanitaire durant la période transitoire, en étendant cette période, jusqu'au 31 décembre 2020, au lieu du 31 décembre 2019 tel que prévu par le droit existant.

3. Impact financier

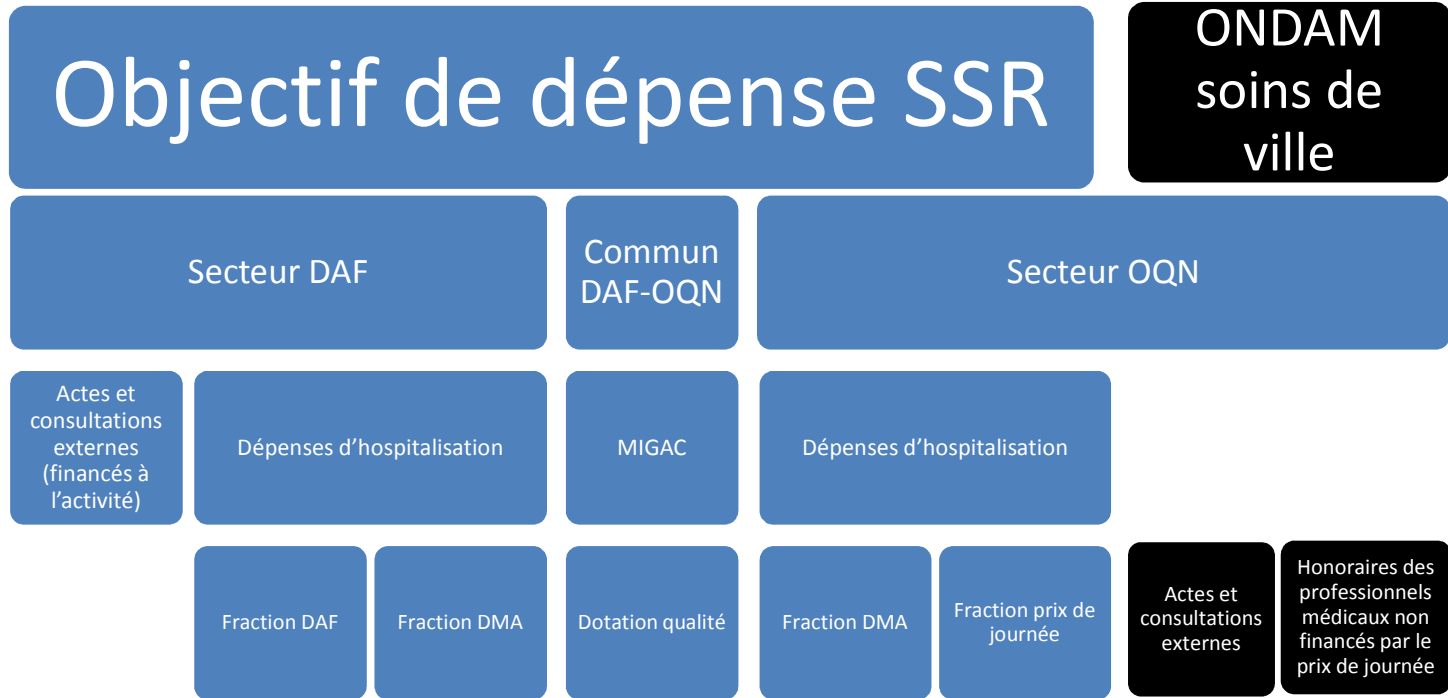
Selon l'étude d'impact, « *la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de SSR doit s'accompagner d'une nécessaire transformation de l'offre de soins (développement de l'ambulatoire notamment). Cette transformation nécessite de dégager des crédits au sein de l'ONDAM établissements de santé pour accompagner des opérations d'investissement sur le champ du SSR. Cet accompagnement correspond à une dépense supplémentaire estimée à 50 millions d'euros en 2021 et 100 millions d'euros au total en 2022.* »

SCHÉMA : DISPOSITIF DE FINANCEMENT CIBLE SSR (SIMPLIFIÉ)



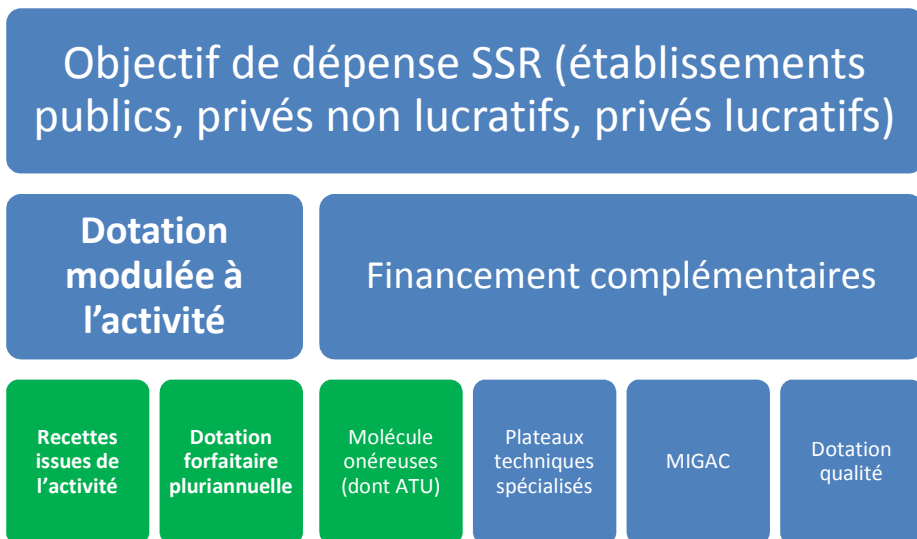
Source : Commission des affaires sociales

SCHÉMA : DISPOSITIF DE FINANCEMENT TRANSITOIRE SSR PRÉVU PAR LES LFSS 2017 ET 2018 (SIMPLIFIÉ)



Source : Commission des affaires sociales

**SCHÉMA : DISPOSITIF DE FINANCEMENT CIBLE SSR ISSU DU PRÉSENT ARTICLE
(SIMPLIFIÉ)**



II. RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

A. LE DROIT EXISTANT

Comme pour les établissements de SSR avant la réforme de 2016, les établissements exerçant une activité de psychiatrie sont aujourd'hui financés selon deux modalités différentes en fonction de leur statut juridique.

Les établissements publics et la plupart des établissements privés non lucratifs sont financés par une dotation annuelle de fonctionnement (DAF), décrite à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Un montant global leur est ainsi alloué chaque année par l'agence régionale de santé (ARS), sous la forme d'une enveloppe fermée. Tous les établissements ayant la responsabilité d'un secteur sont financés de cette manière : cela signifie donc que toutes les activités de ces secteurs – centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel, groupes d'entraide mutuelle, centres spécialisés comme les « centres ressource autisme », psychiatrie pénitentiaire, équipes mobiles, etc. – sont financées par cette enveloppe fermée.

Parallèlement, les cliniques privées et quelques établissements privés à but non lucratif sont dits sous « objectif quantifié national » (OQN)⁽¹⁾. Ces établissements bénéficient d'un financement à l'activité, fondé sur des tarifs par prestation (déclinés en quatre disciplines médico-tarifaires).

Dotation annuelle de financement (DAF)	Objectif quantifié national
<ul style="list-style-type: none">• Etablissements publics et privés non lucratifs• Enveloppe fermée, soumise à une évolution très encadrée ; couvrant toute l'activité des secteurs de psychiatrie (hospitalisation et ambulatoire)	<ul style="list-style-type: none">• Etablissements privés lucratifs et quelques établissements privés non lucratifs• Tarification au prix de journée (en fonction de disciplines médico-tarifaires)

(1) Décrit par la sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Comme l'a souligné Martine Wonner, députée, dans une récente communication devant la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, aucun de ces deux modes de financement n'est satisfaisant.

Ainsi, la DAF est totalement statique puisqu'elle est reconduite chaque année sur une base historique : elle ne prend donc en compte ni les activités nouvellement développées par les établissements, souvent au détriment d'autres, ni l'évolution des caractéristiques démographiques, sociales et économiques des populations prises en charge, qui influent pourtant directement sur l'activité. L'historicité de la DAF perpétue donc des inégalités territoriales déjà existantes.

C'est aussi une « boîte noire » : il est difficile de retracer avec précision ce qu'elle finance.

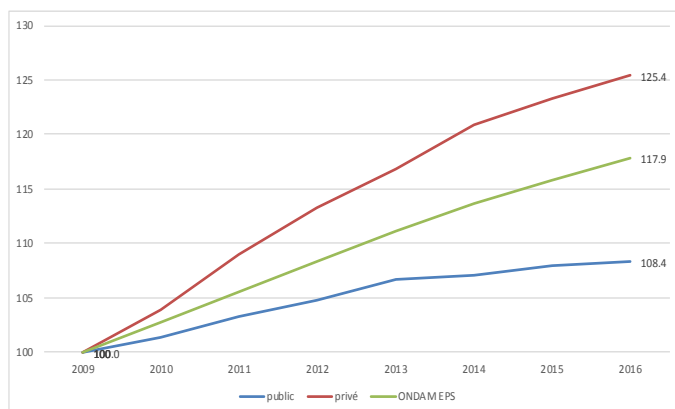
Enfin, comme le souligne la communication précitée, la DAF sert parfois de « variable d'ajustement », au niveau national, lors de la régulation de l'ONDAM, et au sein des centres hospitaliers non spécialisés, pour compenser les difficultés financières parfois induites par la tarification à l'activité.

A contrario, le financement des cliniques privées par le biais de l'OQN n'est pas non plus satisfaisant. Ainsi, la tarification des activités spécifiques ne permet pas aux cliniques privées de financer des prises en charge particulières, comme la sismothérapie ou l'addictologie, ni de développer des prises en charge innovantes, notamment en ambulatoire.

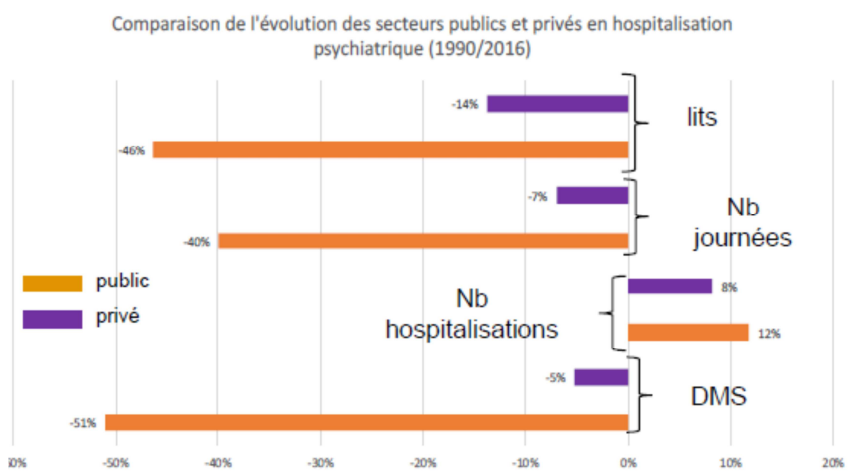
Comme pour les SSR, l'absence de marge de manœuvre avec la DAF a conduit les ARS à se retourner vers les cliniques privées pour adapter l'offre de soins aux besoins. Ce développement explique une forte augmentation de l'OQN, qui a progressé de 14 % depuis 2012. Ce financement au prix de journée peut également avoir un effet inflationniste, qui se traduit dans l'évolution différente des durées moyennes de séjour.

(1) <http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/75538/775110/version/3/file/Communication+mission+flash+financement+de+la+psychiatrie+finale+modifi%C3%A9e.pdf>

COMPARAISON DE L'ÉVOLUTION DES ALLOCATIONS DE RESSOURCES ENTRE SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ EN PSYCHIATRIE (BASE 100 EN 2009)



Source : « Task-force » sur le financement des établissements de santé.



Source : « Task-force » sur le financement des établissements de santé.

À cela s'ajoutent des inégalités territoriales fortes au niveau de l'allocation des ressources. Ainsi, comme le souligne l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport de 2017, les écarts de financement entre régions sont particulièrement forts si on les rapporte au nombre d'habitants :

« En 2013, au périmètre des nouvelles régions (Corse et régions d'outre-mer exclues), la DAF par habitant varie de 105 € dans la région Centre-Val de Loire à 147 € en Île-de-France, soit plus d'un tiers de financement en plus. Les régions les moins bien dotées sont les régions Centre-Val de Loire (-21 % par rapport à la moyenne) et la région Occitanie (-15 %). Les régions les mieux dotées sont la région Île-de-France et la Bretagne (+10 % par rapport à la moyenne).

« Selon les mêmes critères, l'écart total de financement (DAF et financement des établissements sous OQN ainsi que les consultations) est à peine moindre (écart type de 12,6 contre 13,5 pour la DAF) et le positionnement des régions est peu modifié : les deux régions les moins bien dotées sont Centre-Val de Loire et Grand-Est (respectivement – 18 % et – 10 % d'écart à la moyenne) et les mieux dotées sont l'Île-de-France et la Bretagne (respectivement + 10 % et + 8 % d'écart à la moyenne) ».

Pour répondre à cette problématique, des travaux de péréquation ont été lancés dès 2017 par les ARS dans leur ressort, afin de mieux prendre en compte la population, les caractéristiques du territoire desservi, et l'activité de chaque établissement. Par la suite, dans la continuité de la feuille de route gouvernementale « santé mentale et psychiatrie » de juin 2018, une péréquation au niveau national a été engagée en 2018, *via* un renforcement de la dotation de trois régions historiquement « sous-dotées » (Centre-Val de Loire, Océan Indien, Pays de la Loire).

Cet effort de péréquation a été accentué en 2019, grâce à l'allocation de 80 millions d'euros de crédits pérennes de fonctionnement aux établissements exerçant une activité de psychiatrie financés sous DAF. La moitié de ses crédits ont été répartis entre les seules régions « sous-dotées » au regard de la dépense par habitant, après prise en compte des surcoûts liés à la prise en charge des mineurs et des surcoûts spécifiques de certains territoires, mais aussi de la précarité.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article propose une refonte en profondeur du modèle de financement de la psychiatrie, supprimant le financement dual qui prévalait jusqu'alors, en faisant le choix d'un modèle commun aux établissements publics et privés.

Le modèle retenu est un modèle mixte, appuyé sur une dotation populationnelle et sur plusieurs dotations complémentaires, en fonction des activités proposées par les établissements. Des financements spécifiques liés à la qualité de soins et à la recherche en psychiatrie sont également prévus.

Le rapporteur général, qui appelait déjà de ses vœux en avril 2017 la création d'une « *dotation modulée à la population et aux soins réalisés* »⁽¹⁾, ne peut que se réjouir de cette réforme, qui doit permettre aux établissements, quel que soit leur statut, de proposer aux patients les soins les plus adaptés à leur besoin.

(1) Olivier Véran, L'Évolution des modes de financement des établissements de santé - Une nouvelle échelle de valeur, avril 2017.

1. Une réforme profonde du financement de la psychiatrie

Le présent article créé une nouvelle sous-section intitulée « Dispositions relatives aux activités de psychiatrie » au sein du code de la sécurité sociale (**8° du III**).

Au sein de cette sous-section, un nouvel article L. 162-22-18 précise les nouvelles modalités de financement des établissements exerçant une activité de psychiatrie.

Sur le modèle de ce qui existe déjà dans les secteurs MCO et SSR, un **objectif de dépenses d'assurance maladie spécifique sera désormais défini chaque année pour la psychiatrie**. Le I détermine les principes de cet objectif de dépenses :

– il couvre l'ensemble des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6, publics comme privés ;

– il est constitué du montant annuel des charges couvertes par les régimes obligatoires d'assurance maladie relatives aux soins de psychiatrie (l'article fait référence aux « frais d'hospitalisation », ce qui ne semble pas recouvrir l'ensemble des charges concernées) ;

– son contenu est fixé par décret, et son montant par arrêté.

Comme pour les activités de MCO et de SSR, son montant sera fixé en fonction de l'ONDAM. Il tiendra compte des conséquences financières des conversions d'activités en cours d'année.

Un décret en Conseil d'État précisera les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif de dépenses.

Le II du nouvel article L. 162-22-18 précise que cet objectif sera constitué de plusieurs dotations :

– une dotation populationnelle, dont le montant tiendra compte des besoins de la population, des caractéristiques de l'offre et des projets de développement des nouvelles activités ;

– des dotations complémentaires, dont le montant tiendra compte de l'activité des établissements et de leurs missions spécifiques ;

– la dotation IFAQ dédiée aux activités de psychiatrie ⁽¹⁾.

Selon les informations transmises au rapporteur général, ces dotations complémentaires seront les suivantes :

(1) Pour mémoire, l'article 37 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a étendu ce dispositif à la psychiatrie, avec une entrée en vigueur prévue pour 2021.

– une dotation à l’activité, calculée en fonction de l’accroissement des files actives, qui seront différenciées pour mieux prendre en compte les spécificités d’activité des établissements. Cette dotation ne nécessiterait pas la mise en œuvre d’un système de codage, mais s’appuiera simplement sur les grandes données des files actives prises en charge (âge et type de prise en charge notamment, par exemple à temps plein ou à temps partiel) ;

– une dotation pour les nouvelles activités, versée au niveau national. Cette dotation prendrait la forme d’appels à projets ;

– une valorisation pour l’exhaustivité et la qualité du codage, qui serait transitoire. En effet, selon les informations transmises par la DGOS, le codage de l’activité est encore trop inégal en psychiatrie, en particulier dans les CMP.

– une enveloppe pour accompagner la transition.

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur, la psychiatrie pénitentiaire serait financée au moyen d’une dotation inter-régionale pour les établissements chargés de ces missions spécifiques.

Son III précise les modalités d’élaboration de la dotation populationnelle. Cette dernière sera répartie entre les régions en tenant compte :

– de la démographie, des caractéristiques et des besoins de la population, des caractéristiques de l’offre de soins sur le territoire (et notamment du nombre d’établissements publics ou privés) ainsi que des orientations des schémas régionaux ou interrégionaux de santé et leurs déclinaisons territoriales (en premier lieu les projets territoriaux de santé) ;

– d’un objectif de péréquation entre régions, dans des conditions précisées par arrêté.

Le montant de cette dotation pour chaque région sera fixé par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Un nouvel article L. 162-22-19, dont les modalités d’application seront définies par décret en Conseil d’État, est également créé. Il détaille les financements que recevra chaque établissement.

Son I précise que les activités de psychiatrie exercées par chaque établissement seront financées par les trois « compartiments » composant l’objectif de dépense psychiatrie :

– la dotation populationnelle, en tenant compte de la contribution de l’établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire ;

– des dotations complémentaires, dont les catégories seront précisées par décret en Conseil d'État, en tenant compte de l'activité de l'établissement et des missions spécifiques qu'il assure ;

– la dotation IFAQ.

Ils recevront en outre, le cas échéant, des crédits issus de la dotation « MIGAC » dédiée au MCO pour le financement des activités de recherche en psychiatrie. Selon les informations transmises au rapporteur général, la recherche en pédopsychiatrie ferait l'objet d'une sous-enveloppe dédiée.

Le rapporteur général se félicite de l'existence de cette dotation spécifique à la recherche, alors que, pour mémoire, en France, 4 % du budget public de la recherche médicale est alloué à la recherche psychiatrique, contre 7 % au Royaume-Uni et 16 % aux États-Unis. Il s'interroge toutefois sur le montant de cette enveloppe prévue au sein de la dotation MIGAC MCO : cette dotation sera-t-elle abondée de manière supplémentaire à cet effet ?

En ce qui concerne la proportion relative de ces différentes dotations, selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, les proportions ne sont pas stabilisées à ce stade et doivent être étudiées avec les acteurs. La part de cette dotation par établissement pourrait varier en fonction des secteurs concernés (public ou privé), et les modalités de calcul de cette dotation également pourraient également être adaptées, en fonction du fait que l'établissement soit ou non en charge d'un secteur par exemple. Toutefois, la dotation populationnelle a vocation à représenter une part prépondérante des financements au niveau national, ceci afin d'assurer le rattrapage entre régions. À titre indicatif, son poids pourrait se situer dans une fourchette allant de 75 % à 90 % des financements.

Son II précise que le montant de ces dotations sera fixé chaque année par l'État pour chaque établissement. Ce montant sera établi en fonction de critères :

– définis au niveau régional, en ce qui concerne la dotation populationnelle, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé en région. Ces critères pourront faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;

– fixés par arrêté des ministres en ce qui concerne les dotations complémentaires, et liés à la nature, au volume et à l'évolution des activités de chaque établissement, ainsi qu'à leurs missions spécifiques.

Les dotations IFAQ et la dotation « recherche » seront fixées par le droit commun déjà applicable à ces dotations (fixé par les articles L. 162-23-15 et L. 162-22-14).

Cette réforme entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2021 (V).

Objectif de dépenses psychiatrie	Financement des établissements	Critères de fixation des dotations
Dotation populationnelle	Dotation issue de la dotation populationnelle, qui prend en compte la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire	Critères définis au niveau régional
Dotations complémentaires	Dotations complémentaires tenant compte de l'activité de l'établissement et des missions spécifiques qu'il assure le cas échéant. Listées par décret en Conseil d'État	Critères fixés par arrêté ministériel, relatifs : - à la nature, au volume et à l'évolution des activités - aux missions spécifiques
Dotation IFAQ – psy	Dotation IFAQ lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et à la sécurité des soins, mesurés annuellement	Modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-15
	Crédits pour la recherche issus de la dotation MIGAC-MCO	Conditions prévues à l'article L. 162-22-14

2. Mesures de coordination

Les mesures relatives au financement des établissements privés lucratifs exerçant une activité de psychiatrie prévues au sein de la sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} sont abrogées par le 5°.

L'article L. 174-1 relatif au financement de la psychiatrie publique est entièrement réécrit par le 13° et reprend les dispositions de l'article L. 174-1-1, abrogé par le 14°.

Cet article L. 174-1-1 prévoit aujourd'hui l'existence d'un objectif de dépenses pour diverses activités de soins, dont les dépenses liées aux activités de psychiatrie financées par la DAF. Ces dispositions sont reprises intégralement dans l'article L. 174-1, à l'exception des activités liées à la psychiatrie (DAF, psychiatrie pénitentiaire, activité de psychiatrie exercées par le service de santé des armées). Le 17° et le 18° opèrent une coordination en conséquence.

Le 12° modifie la référence au calcul du ticket modérateur pour les établissements de psychiatrie, par coordination avec l'article 26 du présent projet de loi.

En conséquence, le 1°, le 2°, le 3°, le 4°, le 7°, le 11°, le 12°, le 15°, le 16° et le 19° suppriment des références aux articles abrogés et les remplacent le cas échéant par une référence aux nouveaux articles L. 162-22-18 ou L. 162-22-19 du code de la sécurité sociale, et corrigent dans le même temps certaines imprécisions des références actuelles.

Le 6° procède à une renumérotation des sous-sections de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, du fait de la suppression de la sous-section 2.

Le 9° modifie le titre de la sous-section 5 relatif aux dispositions communes afin d'inclure la psychiatrie aux côtés des activités de MCO et de SSR.

Le 20° effectue les modifications nécessaires relatives au financement des activités de psychiatrie du système de santé des armées à l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale, qui seront financées de la même manière que les activités psychiatriques de droit commun (a) et dont les dépenses seront prises en compte au sein de l'objectif de dépenses psychiatrie (c). Son b effectue la coordination nécessaire en conséquence.

Le 21° supprime abroge les dispositions de l'article L.174-15-1 du code de la sécurité sociale relatives aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées.

Le 22° effectue une coordination relative à l'article L. 174-15-2 du code de la sécurité sociale relatif aux activités de soins de l'Institution nationale des invalides afin de lui rendre applicables les dispositions de l'article 26 relatives au calcul du ticket modérateur.

Le IV effectue les coordinations nécessaires dans le code de la santé publique.

3. Impact financier

L'étude d'impact précise qu'afin d'accompagner au mieux les établissements dans la préparation de la réforme, une enveloppe de 30 millions d'euros est prévue, dès 2020, pour accompagner la transformation des organisations et des outils informatiques et de gestion.

*

* *

Article 26

Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

Adopté par la commission sans modification

La LFSS 2004 a fait des tarifs nationaux de prestations issus des groupements homogènes de séjour (GHS) la base de calcul du ticket modérateur à la charge des assurés.

Elle a toutefois prévu une dérogation transitoire pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, c'est-à-dire les établissements publics et une partie des établissements privés non lucratifs. Pour ces établissements, pendant la période transitoire, le calcul du ticket modérateur se fait sur la base d'une assiette plus large, sur la base d'un tarif journalier de prestations (TJP), incluant les différentes dotations perçues par les établissements. Cette période transitoire, plusieurs fois prolongée, doit prendre fin au 31 décembre 2019.

L'article 26 supprime l'objectif de calculer, à terme, le ticket modérateur sur la base des GHS. Il met en place un nouveau système de calcul du ticket modérateur, en remplaçant les TJP par une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national. Les modalités de cette nouvelle tarification seront déterminées par voie réglementaire, et seront applicables non seulement dans le champ du MCO mais également pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés.

Par exception, seul le ticket modérateur pour les activités de MCO dans les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national sera calculé à partir des GHS.

Ce nouveau modèle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021 – ou au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux modèles de financement pour les activités de psychiatrie et de SSR –, et ses effets seront lissés sur trois ans. La période dérogatoire établie par la LFSS est donc étendue jusqu'à cette date.

I. DES MODALITÉS DE CALCUL DÉROGATOIRES DEPUIS 2005

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) s'est caractérisée par la mise en œuvre de mesures transitoires, notamment en ce qui concerne le calcul du ticket modérateur restant à la charge de l'assuré ou de leur complémentaire santé.

La LFSS 2004 ⁽¹⁾, qui a permis le passage à la T2A, a déterminé le principe du calcul du ticket modérateur à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Ce ticket modérateur est établi sur la base des tarifs nationaux de prestation issus des groupements homogènes de séjour (GHS).

Cependant, l'article 33 de la même loi a prévu le maintien, de façon dérogatoire et transitoire et uniquement dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (publics et privés non lucratif), des

(1) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

règles de calcul du ticket modérateur qui prévalaient avant la mise en place de la T2A.

Afin de ne pas augmenter la valeur faciale du ticket modérateur au moment de la réforme, il a été décidé que le calcul du ticket modérateur se ferait sur une assiette plus large, pour ces établissements, que les GHS.

En effet, le passage à une assiette du ticket modérateur calculée à partir des GHS aurait été coûteux pour les établissements anciennement sous dotation globale, pour lesquels l'assiette des tarifs nouvellement définis était bien plus restreinte que le coût global du séjour, incluant les dotations complémentaires – notamment la dotation « missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation » (MIGAC) –, la part de ces dotations complémentaires étant beaucoup moins importante pour les établissements privés lucratifs.

Le calcul de cette participation se fait donc sur la base de « tarifs journaliers de prestation » (TJP), qui prennent en compte ces différents financements. Dans ces établissements, l'assuré hospitalisé dans des établissements anciennement sous dotation globale participe donc au financement de toutes les composantes de la T2A, y compris les MIGAC, les forfaits annuels d'urgence et de greffes, la seule exception à cette règle étant celle des produits de la liste en sus.

Le calcul des tarifs journaliers de prestations

Les TJP sont obtenus en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues. Ils sont déterminés par chaque établissement qui estime ses charges et son activité prévisionnelles, puis arrêtés par l'ARS.

Le nombre de TJP lui-même est déterminé par chaque établissement, un TJP devant être établi pour au moins chacune de ces catégories :

- l'hospitalisation complète en régime commun ;
- l'hospitalisation à temps partiel ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les interventions de la structure mobile d'urgence et de réanimation.

Le montant de ces TJP est très variable selon les établissements, et opaque, mais tout porte à croire qu'ils n'ont cessé d'augmenter, et sont devenus une variable d'ajustement pour les établissements concernés. Face à cette augmentation continue des TJP, la LFSS 2016 a d'ailleurs mis en place une règle de plafonnement de ces tarifs.

Comme le soulignait à très juste titre la Cour des comptes dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale en 2009, *« compte tenu de la croissance différenciée des composantes de la T2A, les défauts de ce choix initial se sont amplifiés et ont rendu la situation difficilement réversible : la croissance relative plus élevée de la dotation MIGAC a augmenté l'écart initial entre les tarifs des GHS et les tarifs journaliers de prestation »*.

En effet, la sortie de cette dérogation s'est révélée très difficile du fait :

– de l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la T2A, en l'absence de mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau comme prévu par la LFSS 2004 ;

– surtout, de l'effet financier qu'entraînerait une modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur.

Face à ces difficultés, cette phase dérogatoire a été repoussée à trois reprises : alors qu'un terme avait été dans un premier temps fixé au 31 décembre 2008 par la loi de financement pour 2004, elle a été reportée au 31 décembre 2012 par la loi de financement pour 2009, au 31 décembre 2015 par la loi de financement pour 2013 et au 31 décembre 2019 par la LFSS pour 2016.

Un reste à charge hospitalier difficile à appréhender

Au-delà de la seule question du ticket modérateur, les règles de calcul du reste à charge hospitalier – pris en charge par l'assuré ou par une complémentaire – sont devenues extrêmement complexes, du fait de la superposition des règles. Ainsi, de manière non exhaustive :

– le ticket modérateur est en principe de 20 %, mais son assiette dépend du statut de l'établissement (*cf. supra*) ;

– pour les actes coûteux, le ticket modérateur est remplacé par une prise en charge forfaitaire qui s'élève à 24 euros ;

– un forfait journalier de 20 euros est dû au titre de l'hébergement et de l'hôtellerie.

Par ailleurs, certains patients ou séjours peuvent être exonérés de toute participation financière (séjours liés aux risques accidents du travail et maladie professionnelle ou maternité, mais aussi en néonatalogie, soins des pensionnés militaires invalides, par exemple) et d'autres sont exonérés uniquement du ticket modérateur (les bénéficiaires de l'allocation de solidarité pour les personnes âgées par exemple).

Un rapport du Haut Conseil pour le financement de l'assurance maladie de 2013 ⁽¹⁾ montre que :

– dans tous les établissements, les restes à charge sont extrêmement concentrés, puisqu'un patient sur huit n'en paie pas, mais que 1 % des patients subit un reste à charge hospitalier de plus de 3 300 euros dans l'année ;

– dans le secteur public et privé non lucratif, le reste à charge moyen s'élève à 333 euros par patient, répartis en deux tiers au titre du ticket modérateur et un tiers au titre du forfait journalier. Toutefois, tandis que pour la moitié de la population le reste à charge moyen est de 40 euros, il est de plus de 1 900 euros pour le dernier décile ;

(1) Rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 2013 (<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/144000032.pdf>)

- dans le secteur privé lucratif, le reste à charge est de 224 euros en moyenne, dont les deux tiers sont liés aux dépassements d'honoraires, et plus de 20 % au forfait journalier (et donc très peu au ticket modérateur) ;
- l'absence d'actes coûteux est discriminante, puisque les montants élevés de reste à charge sont principalement liés au ticket modérateur de 20 %. Par exemple, le reste à charge est donc plus élevé en médecine qu'en chirurgie.

II. UNE RÉFORME DU CALCUL DU TICKET MODÉRATEUR À L'HÔPITAL

A. LE NOUVEAU MODÈLE PROPOSÉ

La période transitoire pour le calcul du ticket modérateur dans les établissements anciennement sous dotation globale s'achève au 31 décembre 2019. L'extinction de cette période transitoire est reportée par le présent article au 31 décembre 2020 (III), pour pouvoir mettre en œuvre le nouveau modèle.

Il met en place un nouveau système de calcul du ticket modérateur, abandonnant l'objectif cible d'un ticket modérateur calculé à partir des GHS. Cependant, il ne s'agit pas ici de consacrer un *statu quo*, puisque l'article propose de remplacer les TJP par une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national, plus lisible et plus homogène.

Le 2° du I crée ainsi un nouvel article L. 162-20-1 au sein du code de la sécurité sociale.

Son I prévoit que pour les établissements anciennement sous dotation globale, une tarification nationale journalière des prestations est établie en fonction des soins donnés et du niveau de l'activité de l'établissement. Cette tarification nationale servira de base au calcul du ticket modérateur.

Les modalités de cette tarification nationale seront déterminées par voie réglementaire.

Cette nomenclature sera applicable non seulement dans le champ du MCO mais également pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'ensemble des établissements de santé (publics comme privés). Aujourd'hui, dans ces établissements, le ticket modérateur est également calculé sur des TJP pour les établissements anciennement sous dotation globale ; dans les établissements sous objectif quantifié national, qui sont financés en « prix de journée », ce sont en revanche ces prix de journée qui servent au calcul de la participation de l'assuré.

Le ticket modérateur pour les activités de MCO pour les établissements privés anciennement sous objectifs quantifiés nationaux restera calculé à partir des GHS : le calcul du ticket modérateur sur la base des GHS devient donc l'exception et non plus la norme.

Le II précise que, comme c'est le cas aujourd'hui pour les TJP, la tarification nationale journalière des prestations qui sera fixée servira également de base pour :

- l'exercice des recours contre tiers ;
- la facturation des dépenses de soins et d'hébergement des patients européens ou relevant d'une convention internationale ;
- la facturation des dépenses de soins et d'hébergement des patients non couverts par un régime d'assurance maladie (à l'exception des dépenses afférentes à l'aide médicale de l'État et des soins urgents aux personnes irrégulières).

Le III précise que, comme actuellement avec les TJP, ces tarifs nationaux de prestation serviront partiellement au calcul des tarifs des prestations pour les affiliés de Mayotte et de Polynésie française, et pour les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État et des soins urgents aux personnes irrégulières.

B. DES EFFETS LISSÉS DANS LE TEMPS

Le IV précise les conditions d'entrée en vigueur de ce nouveau modèle.

Pour les établissements de MCO, ce nouveau modèle entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Ce délai permettra aux établissements mais aussi aux complémentaires d'adapter leur système d'information.

Pour les établissements de psychiatrie et de SSR, il entrera en vigueur concomitamment aux dispositions de l'article 25 du présent projet de loi relatives à la réforme de leur financement, et donc au 1^{er} janvier 2021.

Ce nouveau modèle, puisqu'il met en place une échelle tarifaire nationale, aura des effets revenus qui pénaliseront inéluctablement les établissements où les TJP sont aujourd'hui les plus élevés.

C'est pourquoi le V de l'article prévoit la possibilité de majorer ou de minorer le montant d'autres dotations pendant trois ans pour limiter l'effet sur les revenus de ces établissements :

- pour les établissements de MCO, ces effets seront lissés jusqu'en décembre 2023, et amortis par une modulation de la dotation MIGAC MCO ;

- pour les établissements de SSR, ces effets seront lissés pendant au maximum trois ans après l'entrée en vigueur de la période de montée en charge de la réforme du financement des SSR, et amortis par une modulation de la dotation MIGAC SSR (malgré une erreur de rédaction) ;

- pour les établissements de psychiatrie, ces effets seront lissés pendant au maximum trois ans après l'entrée en vigueur de la période de montée en charge de

la réforme du financement de la psychiatrie, et amortis par une modulation de la dotation populationnelle (malgré une erreur de rédaction).

Selon l'étude d'impact, « à ce jour, les données disponibles permettent de disposer de premières estimations d'impact sur les établissements de santé ex-dotation globale (ces estimations sont réalisées sur le seul champ de l'activité de court séjour des seuls assurés sociaux des régimes français) :

« – Les centres hospitaliers (non régionaux) et les établissements à but non lucratif sont plus nombreux à gagner à la réforme (autour de 60 % de gagnants), les proportions sont inversées pour les centres hospitaliers régionaux et les centres de lutte contre le cancer ;

« – Les niveaux de gains et de pertes restent cependant limités : +/- 0,9 % des recettes totales, la catégorie la plus touchée étant celle des centres hospitaliers (non régionaux) avec +/- 1,3 % des recettes totales. »

C. MESURES DE COORDINATION

Des dispositions du **I** effectuent les coordinations rendues nécessaires par cette réforme :

– le **1°** insère une référence à l'article nouvellement créé, au sein de l'article L. 160-13 relatif à participation de l'assuré aux frais de santé, et précise que la participation de l'assuré aux frais d'hospitalisation est proportionnelle aux tarifs nationaux de prestations ;

– le **3°** abroge la référence aux GHS et groupements homogènes de journée pour le calcul du ticket modérateur en MCO mais aussi en SSR ;

– le **4°** supprime en conséquence les dispositions aujourd'hui relatives à l'usage des TJP dans les trois cas de figure mentionnés au **II** de l'article L. 162-20-1 ;

– le **5°** effectue la coordination rendue nécessaire par le **III** de l'article L. 162-20-1 ;

– le **a du 6°** et le **7°** effectuent les coordinations rendues nécessaires par la suppression de certains articles ;

– le **b du 6°** rend ces dispositions applicables au service de santé des armées.

Le **II** opère les coordinations nécessaires au sein du code de la santé publique.

Article 27

Réforme du financement : nomenclatures de ville

Adopté par la commission sans modification

Conformément à un engagement pris par le Gouvernement dans le cadre du plan « Ma Santé 2022 », cet article propose une mise à jour de l'intégralité des actes inscrits au sein des nomenclatures des actes médicaux et paramédicaux, en donnant la priorité à la révision des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Le principal objectif poursuivi par cette mesure est d'assurer l'adéquation entre les actes recensés au sein de la nomenclature et l'état de l'art médical, en abrogeant notamment les techniques et actes obsolètes.

I. LE DROIT EXISTANT

A. TROIS NOMENCLATURES DISTINCTES POUR LES ACTES ET PRESTATIONS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX RELEVANT DE LA MÉDECINE DE VILLE

Les nomenclatures des actes médicaux et paramédicaux déterminent le niveau de prise en charge desdits actes par l'assurance maladie et sont, à ce titre, une donnée essentielle de notre système de santé. Tous secteurs confondus – c'est-à-dire en ville comme à l'hôpital – les actes inscrits sur les différentes nomenclatures représentent un montant distribué de près de 84 milliards d'euros, ce qui équivaut à 50 % des dépenses à la charge de l'assurance maladie⁽¹⁾.

S'agissant de la médecine de ville, depuis la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'ensemble des actes médicaux et paramédicaux ainsi que les actes réalisés lors des consultations externes en établissements de santé doivent, pour être pris en charge par l'assurance maladie et remboursés aux professionnels de santé libéraux, être inscrits sur la liste des actes et prestations (LAP) définie à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Cette liste se compose de la classification commune des actes médicaux (CCAM), qui regroupe les actes techniques réalisés par les médecins, et de la nomenclature générale des actes et prestations (NGAP), qui recense les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux. En outre, la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM), mentionnée à l'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale, recense les actes de biologie.

Au total, selon l'étude d'impact, ces trois nomenclatures regroupent plus de 12 000 catégories d'actes effectués chaque année par les professionnels de santé médicaux et paramédicaux libéraux, ou effectués en consultations externes

(1) Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé », Ma Santé 2022, Consultable ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dicom_rapport_final_vdef_2901.pdf

dans les établissements de santé, pour un montant de dépenses annuel de 27,4 milliards d’euros.

La CCAM représente à elle seule 9,4 milliards d’euros en 2017, contre 15 milliards d’euros pour la NGAP et 3 milliards d’euros pour la NABM.

Créée en 2005, la CCAM avait pour objectif initial, selon l’étude d’impact, « *de construire une liste d’actes codés, commune à la ville et aux établissements publics et privés qui se substituerait à celle du Catalogue des actes médicaux utilisé par les établissements publics et privés, et à la NGAP* ». Pourtant, certains actes ne font pas encore l’objet d’un codage et d’une tarification en CCAM, notamment les actes dentaires ou les actes communs avec les paramédicaux.

B. LA COMPLEXITÉ DES PROCÉDURES D’INSCRIPTION ET DE RÉVISION DES ACTES ET PRESTATIONS EST UN OBSTACLE À L’ACTUALISATION RÉGULIÈRE DES NOMENCLATURES

1. Une procédure d’inscription et de révision longue et complexe qui constitue, notamment, un frein à l’actualisation des nomenclatures

a. Les étapes de la procédure d’inscription d’un acte

Les grands principes applicables à la procédure d’inscription, de modification ou de radiation d’un acte sur la liste des actes et prestations ont été définis par la loi du 13 août 2004 précitée, et déclinés le cas échéant par voie réglementaire. Cette procédure recouvre huit étapes successives (*cf.* schéma ci-après) :

– la demande doit, en premier lieu, être adressée à la Haute Autorité de santé (HAS) par l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM), par l’État, ou par une société savante ou un organisme professionnel. La HAS, qui peut également s’autosaisir, formule un avis sur les conditions d’inscription de l’acte ou de la prestation (article R. 162-52 du code de la sécurité sociale) ;

– l’évaluation médicale est ensuite réalisée par les services de la HAS, et soumise au vote de la Commission nationale d’évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) (article R. 162-52-1 du même code) ;

– lors de la troisième étape, les actes de la CCAM font l’objet d’une évaluation scientifique et technique en vue de leur hiérarchisation – les actes de la NGAP et de la NABM ne sont pas concernés par cette procédure. Cette hiérarchisation est établie dans le respect des règles déterminées par chacune des neuf commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP), qui correspondent aux professions dont les rapports avec les organismes d’assurance maladie sont régis par une convention (article L. 162-1-7 du même code) ;

– après fixation des tarifs par les partenaires conventionnels, dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du même code, l'UNCAM définit ensuite le tarif de l'acte ou de la prestation, dans le respect des règles de hiérarchisation, et apprécie l'opportunité de l'inscription ou de la modification de l'acte (article R. 162-52 du même code) ;

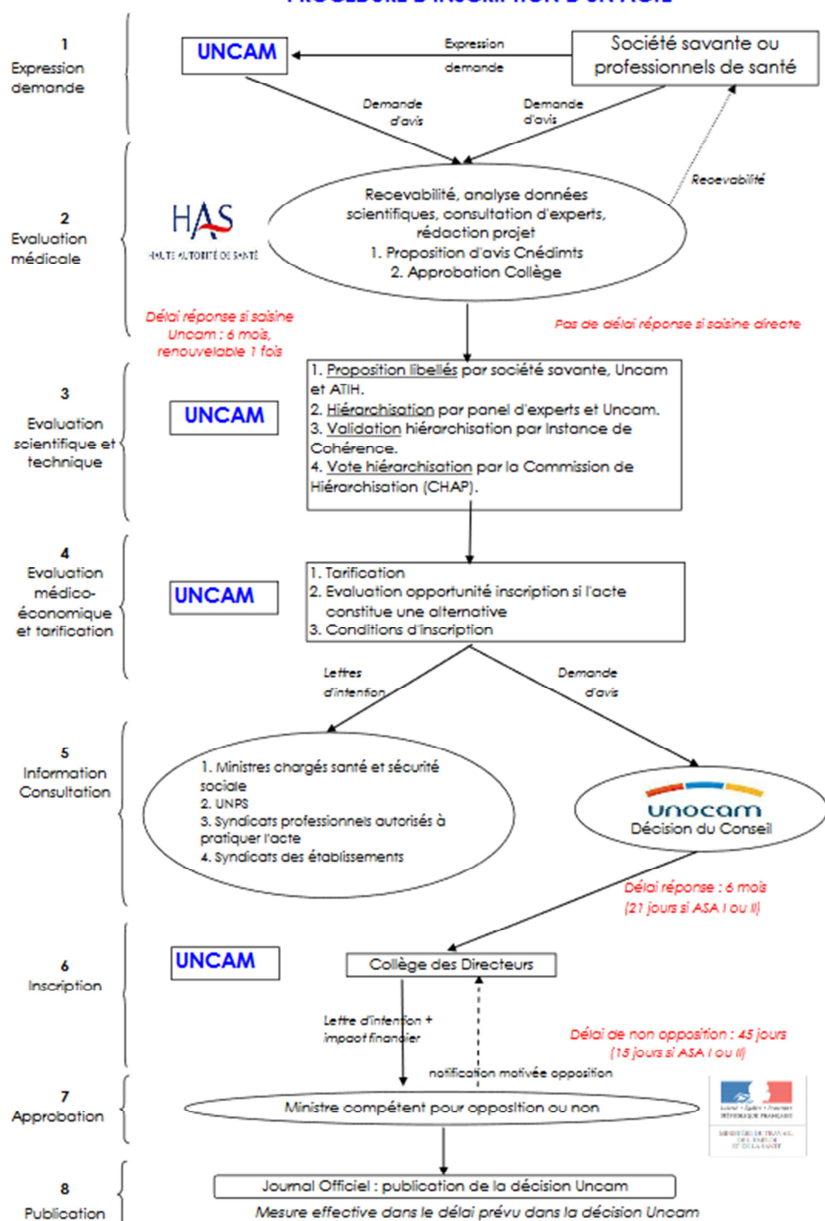
– l'UNCAM consulte ensuite l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) sur l'inscription au remboursement des actes et prestations. L'UNOCAM dispose d'un délai de six mois pour rendre son avis (article R. 162-52 du même code) ;

– sixième étape, le service de l'UNCAM chargé du secrétariat des CHAP prépare une note d'opportunité sur l'acte. Le collège des directeurs de l'UNCAM rend sa décision d'inscription sur le fondement de ce document ;

– la décision de l'UNCAM est ensuite adressée aux ministres compétents, qui peuvent s'y opposer dans un délai de 45 jours ;

– en l'absence d'opposition des ministres, l'acte est inscrit dans un délai de 30 jours (pour un acte à la CCAM) ou d'un jour (pour un acte à la NGAP) à compter de la publication au *Journal officiel*.

PROCEDURE D'INSCRIPTION D'UN ACTE



Source : Assurance maladie.

b. Les difficultés engendrées par cette procédure

● La principale difficulté de cette procédure tient au délai particulièrement long d'inscription d'un acte au sein de l'une des trois nomenclatures existantes : les nombreuses étapes de la hiérarchisation sont clairement un obstacle en termes d'accès des patients à l'innovation thérapeutique. De plus, le développement insuffisant de prises en charge nouvelles contribue au maintien d'activités ne correspondant plus à l'état de l'art médical, ou aux besoins des patients.

Cette impossibilité d'inscrire rapidement un acte au sein de la nomenclature a d'ailleurs entraîné la création de circuits parallèles permettant la prise en charge conditionnelle des actes innovants y compris en l'absence d'inscription à la nomenclature, sur le modèle des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour les médicaments.

Le répertoire des actes innovants hors nomenclature (RIHN) offre ainsi un dispositif de soutien à la biologie médicale et à l'anatomopathologie ⁽¹⁾ innovantes, en permettant une prise en charge précoce et transitoire des actes relevant de ces deux secteurs. De même, le « forfait innovation » mentionné à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale permet la prise en charge dérogatoire, temporaire et sécurisée d'un dispositif médical ou d'un acte innovant conditionnée à la réalisation d'une étude visant à fournir des données cliniques ou médico-économiques manquantes.

Ces parcours alternatifs à l'inscription à la nomenclature ne concernent toutefois qu'un nombre très limité d'actes, et ne sauraient remplacer une inscription pérenne au sein des nomenclatures.

● Par ailleurs, les étapes de révision de la hiérarchisation ou de la tarification d'un acte inscrit aux nomenclatures sont également complexes, puisqu'elles impliquent de suivre les étapes 3 à 8 de la procédure d'inscription d'un acte.

Dès lors, l'obligation posée par le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, selon lequel « *tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'[UNCAM]* », n'est pas respectée en pratique. Selon les éléments communiqués au rapporteur général, la maintenance des nomenclatures est en effet irrégulière, d'autant qu'il n'existe pas de procédure formalisée de révision des actes. Plusieurs structures telles qu'un « observatoire de la CCAM » ou des « cellules d'interprétation des actes » se réunissent toutefois de manière épisodique.

(1) *Spécialité médicale consistant à examiner les organes, les tissus et les cellules, pour repérer et analyser des anomalies liées à une maladie.*

2. Des interrogations concernant la composition des commissions de hiérarchisation des actes et prestations

Une autre difficulté tient aux modalités de hiérarchisation des actes de la CCAM.

Les nomenclatures ont en effet été construites dans l'objectif de disposer d'une classification neutre sur le plan médical : la préférence donnée à un acte plutôt qu'un autre ne doit en principe être justifiée que par des motifs médicaux, et non pour d'autres raisons, notamment financières.

Néanmoins, la procédure de hiérarchisation doit permettre de déterminer la consommation de moyens techniques et humains liée à sa réalisation, préalablement à la détermination du coût de chaque acte.

Cette hiérarchisation est réalisée par l'une des neuf commissions de hiérarchisation des actes et prestations, qui réunissent à parité des représentants de l'UNCAM et des syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux. La fixation des tarifs incombe pour sa part exclusivement aux partenaires conventionnels, sous réserve toutefois qu'ils tiennent compte de la hiérarchisation des actes.

Cette implication des partenaires conventionnels à deux étapes supposées être indépendantes génère une confusion problématique, car l'activité de hiérarchisation est trop rapidement liée aux enjeux de tarification ultérieure.

C. UNE RÉVISION DEVENUE INDISPENSABLE POUR METTRE UN TERME À L'OBSOLESCENCE DE CERTAINES CLASSIFICATIONS

La complexité et les questions soulevées par les procédures d'inscription et de révision d'un acte soulignent, en creux, l'enjeu du maintien à jour des nomenclatures.

Un récent rapport réalisé dans la perspective de l'élaboration du plan « Ma Santé 2022 »⁽¹⁾ a ainsi mis en évidence qu'en l'absence de mise à jour régulière des nomenclatures, les systèmes de santé se voient confrontés à plusieurs effets négatifs, tels que :

– le développement insuffisant de nouvelles prises en charge, en raison d'une inscription tardive voire d'une absence d'inscription de nouvelles techniques à l'une des nomenclatures existantes ;

– le maintien de la prise en charge d'activités ne correspondant plus à l'état de l'écart médical, en raison d'une révision insuffisante des nomenclatures et des conditions médicales de prise en charge : l'étude d'impact donne l'exemple de la durée d'intervention sur le canal carpien, estimée à 40 minutes par la CCAM.

(1) Rapport de la Task Force précité.

Cette durée est aujourd’hui estimée entre 15 et 30 minutes, « *ce qui conduit donc à une surévaluation du coût comprise entre 133 % et 266 %* » ;

– la création de « *rentes économiques pour certaines professions ou certaines activités* », sans rapport avec l’utilité collective des actes réalisés ;

– des choix de spécialités rémunératrices pour les étudiants en médecine ou paramédicaux, qui ne tiennent pas compte des besoins médicaux ni des attentes des patients.

Or d’après ce rapport, en l’état du droit, « *les principales nomenclatures, notamment la CCAM, créent à l’évidence de tels effets que leur révision est devenue indispensable* ». Quatorze ans après la création de la CCAM en 2005, qui constitue la dernière grande révision des nomenclatures, « *une mise à jour du stock des actes s’impose* » donc, selon les termes de l’étude d’impact.

II. UNE RÉVISION SANS PRÉCÉDENT DE LA CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES ACTES PROFESSIONNELS ÉCHELONNÉE SUR CINQ ANS

La mise à jour des nomenclatures d’ici 2022 correspond à l’un des quatre engagements prioritaires de la ministre des solidarités et de la santé dans le cadre de la réforme du financement du système de santé prévue par le plan « Ma Santé 2022 ».

1. Le dispositif proposé

Cet article propose la révision de la hiérarchisation des actes inscrits aux nomenclatures des actes médicaux et paramédicaux, sur une période de cinq ans.

Dans une disposition non codifiée, le présent article prend ainsi l’engagement d’une révision intégrale de la hiérarchisation des actes et prestations inscrits sur l’une des listes des actes et prestations (LAP) définie à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Néanmoins, selon l’étude d’impact, la priorité serait donnée à la révision des actes de la CCAM, « *qui constitue en volume remboursé les montants les plus importants* ». L’étude d’impact considère en effet que « *l’encadrement des dépenses de biologique par un protocole* » rend moins urgente la révision de la NABM. En outre, la NGAP a vocation, à terme, à être absorbée par la CCAM. Sa composition, plus diverse car elle mélange à la fois des actes cliniques et techniques, se déroulera donc sans doute dans des délais plus longs. La révision des nomenclatures hospitalières ne fait pas non plus partie du périmètre de la mesure.

Cette révision aura lieu « *dans un délai de cinq ans* » à compter de la date d’entrée en vigueur de cette loi. Il est précisé qu’elle déroge au dernier alinéa de l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatif à la révision obligatoire de la hiérarchisation d’un acte nouvellement inscrit, dans les cinq ans après son inscription.

2. Les modalités d'application

Les modalités de cette révision seront définies par un décret en Conseil d'État, qui aura notamment pour objet de définir « *l'organisation des travaux* », c'est-à-dire le calendrier et la méthode, ainsi que « *la composition des instances se prononçant sur la hiérarchisation* ». Ce décret pourra ainsi déroger au deuxième alinéa du même article L. 162-1-7, relatif à la composition des commissions de hiérarchisation des actes et prestations (CHAP).

La principale problématique sera donc de définir la composition des instances appelée à se prononcer sur la hiérarchisation : d'après les éléments transmis au rapporteur général, la composition de ces instances pourrait en effet être différente de la composition des actuelles CHAP. Le Gouvernement a néanmoins assuré au rapporteur général que les syndicats représentatifs des professions de santé seraient pleinement associés à la définition de l'organisation des travaux, et resteraient responsables sur la fixation des tarifs : les modalités concrètes de la méthodologie de la révision font d'ailleurs actuellement l'objet d'une concertation avec les représentants des médecins libéraux.

3. Les effets attendus

Cet article est ambitieux, car l'objectif global de la révision implique une réflexion approfondie sur les pratiques d'aujourd'hui et de demain, ainsi que sur les besoins et attentes des patients : il ne s'agira pas, en effet « *de modifier, mécaniquement, les montants financiers dévolus ni à la baisse ni à la hausse* » mais de les répartir différemment, « *afin de mieux financer les actes innovants et les actes les plus utiles aux patients* » ⁽¹⁾.

L'enjeu de la révision sera notamment de définir le niveau de précision requis : une nomenclature très précise multiplie les tarifs et les risques de surcodage ; à l'inverse, une nomenclature moins précise est plus évolutive, mais sa capacité descriptive peut être réduite.

En outre, les instances en charge de la hiérarchisation devront nécessairement tenir compte des actes « perdants » et « gagnants » de cette réforme, pour trouver des points d'équilibre.

D'après l'étude d'impact, la révision du stock des actes pourrait dans un premier temps conduire à revaloriser un certain nombre d'actes dont la hiérarchisation est ancienne, représentant un surcoût de l'ordre de 10 millions d'euros en 2020.

Néanmoins, le chantier de la révision permettrait, à terme, de réaliser des économies – grâce, notamment, à la suppression d'actes obsolètes – estimées à 10 millions d'euros par an à compter de 2021.

*

* *

(1) Rapport de la Task Force précité.

Article 28

**Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses,
négociation des prix en cas de concurrence**

Adopté par la commission avec modifications

L'article 28 modifie les conditions de prise en charge des dispositifs médicaux, afin de limiter le reste à charge pour les assurés tout en maîtrisant mieux les dépenses d'assurance maladie afférentes.

Il crée une nouvelle procédure de négociation des prix, dite de « référencement sélectif », en introduisant un mécanisme d'appels d'offres pour des dispositifs médicaux similaires, afin de rembourser les dispositifs médicaux considérés comme offrant le meilleur rapport qualité/prix.

Il permet également la prise en charge par l'assurance maladie de dispositifs médicaux réutilisés, s'ils offrent toutes les garanties de sécurité sanitaire nécessaires. Il instaure par conséquent un système de « consigne » incitant les assurés à rendre le dispositif lorsqu'ils n'en ont plus l'usage.

Parallèlement, il introduit une obligation de déclaration des prix de vente par les exploitants ou les fournisseurs aux distributeurs en détail, afin de permettre au Comité économique des produits de santé d'avoir une vision plus précise d'un marché aujourd'hui fragmenté.

Enfin, il précise la mise en œuvre du « 100 % santé » introduit l'année précédente.

Les dépenses liées aux dispositifs médicaux ont augmenté de 5,3 % par an en moyenne entre 2009 et 2013, soit une croissance près de deux fois supérieure à celle de l'ONDAM sur la même période⁽¹⁾. De nombreux facteurs expliquent cette évolution : le vieillissement de la population, le progrès des technologies médicales, la prévalence grandissante de certaines maladies chroniques, le « virage ambulatoire ».

Il convient donc de développer des solutions innovantes pour maîtriser ces dépenses tout en garantissant la qualité des prises en charge.

Face à ce constat, le présent article modifie plusieurs dispositions relatives aux dispositifs médicaux et à leur prise en charge par l'assurance maladie. Son objectif est double : diminuer le reste à charge pour les patients, d'une part, et maîtriser l'évolution des dépenses afférentes aux dispositifs médicaux pour l'assurance maladie, d'autre part.

Dans ce sens, le présent article introduit notamment la possibilité de mettre en concurrence à l'échelle nationale certains dispositifs médicaux comparables, pour garantir leur rapport qualité-prix (I). Il prévoit également la possibilité de rembourser certains dispositifs médicaux « reconditionnés » c'est-à-dire après utilisation par une première personne qui n'en a plus l'usage, et suite à un processus de reconditionnement garantissant la sécurité sanitaire de son

(1) IGAS-IGF, *Revue de dépenses* La régulation du secteur des dispositifs médicaux, 2015.

nouvel emploi (II). Il contient également des dispositions précisant la réforme dite « 100 % santé » introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 (III) et des dispositions permettant au CEPS d'être mieux informé de l'état du marché – complexe – des dispositifs médicaux (IV).

I. INTRODUIRE UNE PROCÉDURE DE « RÉFÉRENCEMENT SÉLECTIF » POUR LE REMBOURSEMENT DE CERTAINS DISPOSITIFS MÉDICAUX

A. L'ÉTAT DU DROIT

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale précise les conditions de remboursement des dispositifs médicaux.

Il conditionne le remboursement d'un dispositif à son inscription par le ministre chargé de la santé sur une liste, dite des produits et prestations remboursables (LPPR).

Sollicitée par le fabricant ou le distributeur, cette inscription d'un dispositif médical sur la LPPR peut prendre trois formes :

– la description générique, forme la plus courante, lorsque le fabricant ou le distributeur inscrit son produit dans l'une des lignes déjà existantes de cette liste, si son libellé et ses spécifications techniques sont conformes à celles de la ligne en question (sans mention de nom commercial) ;

– le nom de marque est la forme employée lorsque la description générique n'est pas possible, soit parce que le dispositif présente un caractère innovant, soit parce qu'il nécessite un suivi particulier du fait de son impact sur les dépenses d'assurance maladie, des impératifs de santé publique ou du contrôle de ses spécifications techniques ;

– la description générique renforcée, introduite par la LFSS 2015, est destinée à des dispositifs médicaux qui répondent « *pour tout ou partie à des descriptions génériques particulières* », mais nécessitent une identification spécifique « *compte tenu de l'intérêt pour la santé publique [...] ou de leur incidence sur les dépenses de l'assurance maladie* ».

Le Comité économique des produits de santé (CEPS) fixe, par convention avec les acteurs économiques, le tarif de responsabilité des dispositifs médicaux inscrits sur cette liste. Ce tarif sert de base au remboursement par l'assurance maladie. Le CEPS peut également fixer un prix limite de vente, ou un prix de cession maximal auquel le produit ou la prestation peut être vendu au distributeur en détail.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le 2° du B du I instaure un nouveau mécanisme d'appels d'offres dit de « référencement sélectif » pour le remboursement de certains dispositifs médicaux par l'assurance maladie.

Cette procédure permet à l'État de mettre en concurrence les fabricants ou les distributeurs de dispositifs médicaux, avec pour objectif de garantir le meilleur rapport qualité-prix des dispositifs remboursés. Aujourd'hui, le CEPS ne peut que fixer les prix des différents dispositifs médicaux, sans pouvoir proposer de contrepartie aux acteurs économiques proposant le meilleur rapport qualité-prix.

Dans la pratique, cette mise en concurrence au niveau national a tout particulièrement vocation à s'appliquer pour les fauteuils roulants. En effet, comme le souligne l'étude d'impact, *« les prix de vente des fauteuils roulants en France apparaissent dans de nombreux cas très élevés par rapport à ceux pratiqués dans d'autres pays. Pour autant, la connaissance du marché national est aujourd'hui limitée faute de données sur l'ensemble de la chaîne de vente. Ces prix élevés compliquent l'accès aux fauteuils roulants pour de nombreuses personnes en situation de handicap. Pourtant, la très grande variété des offres disponibles (plus de 700 modèles différents) devrait permettre une concurrence plus intense entre les fournisseurs, permettant ainsi d'aboutir à des prix plus modérés. »*

Le présent article insère donc deux nouveaux alinéas à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui permettent de subordonner l'inscription sur la LPPR d'un dispositif médical et de prestations associées à une procédure de référencement.

Cette procédure d'appel d'offres, lancée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale, permettra de sélectionner certains produits et prestations comparables en fonction de critères portant sur :

- le respect de spécifications techniques ;
- leur qualité ;
- le volume de produits et de prestations nécessaires à l'approvisionnement du marché ;
- les conditions tarifaires proposées.

Selon l'étude d'impact, ces critères seront définis après avis de la Haute Autorité de santé. Selon les cas, le référencement pourrait également être réalisé par indication plutôt que par produit, permettant ainsi de traiter des besoins spécifiques rares.

Dans le cadre de cette nouvelle procédure, il sera possible de déroger aux modalités de négociation et de fixation des prix, tarifs de responsabilité et remises

normalement applicables, dans des conditions précisées par décret en Conseil d'État. La mise en œuvre de cette procédure pourra notamment conduire à exclusion du remboursement, pour cette durée, les produits ou prestations les moins avantageux.

Cette mise en œuvre est assortie de garde-fous :

- ce référencement sera limité à deux ans, le cas échéant prorogables un an ;
- cette procédure de référencement ne pourra pas conduire à placer un produit ou une prestation en situation de monopole.

Les conditions de mise en œuvre de cette procédure seront fixées par décret en Conseil d'État (3°), et la procédure et les conditions d'inscription du dispositif sur la LPPR pourront être adaptées en fonction du recours ou non à cette procédure (4°).

Le E introduit un nouvel article L. 165-1-6 au sein du code de la sécurité sociale, relatif aux engagements qui pourront être demandés aux entreprises en contrepartie de ce « référencement sélectif ».

En contrepartie de la mise en œuvre de cette procédure de référencement, un engagement à fournir des quantités minimales de produits et de prestations sur le marché français et à garantir de couverture du territoire français pourra être imposé aux industriels. Cet engagement portera sur toute la durée du référencement.

La procédure de référencement, définie pour chaque catégorie de produit, précisera le contenu de ces engagements.

En cas de non-respect de ces engagements, ce nouvel article prévoit la possibilité pour les ministres de la santé et de la sécurité sociale de :

- déroger à la procédure de référencement ou relancer une nouvelle procédure de référencement ;
- supprimer le référencement des produits et prestations concernés ;
- sanctionner l'exploitant ou le distributeur au détail en prononçant une pénalité financière d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France pour les produits ou prestations concernés au titre du dernier exercice clos. Ce montant sera fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la répétition éventuelle des manquements ⁽¹⁾ ;

(1) Comme les pénalités similaires déjà applicables au secteur pharmaceutique, elle sera recouvrée par les URSSAF selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations, et les différends relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

– mettre à la charge financière de l’exploitant ou du distributeur au détail concerné les surcoûts éventuels supportés par l’assurance maladie ⁽¹⁾.

Dans les trois derniers cas, l’exploitant ou le distributeur pourra préalablement présenter ses observations écrites ou orales.

Les modalités d’application de cet article seront précisées par décret en Conseil d’État, notamment en ce qui concerne les règles relatives aux obligations d’approvisionnement du marché français.

S’il partage pleinement l’objectif de cette mesure, qui est de faire diminuer le prix des dispositifs médicaux, et notamment des fauteuils roulants, le rapporteur général s’interroge vivement sur ses conséquences à moyen terme, soulevées lors de toutes les auditions conduites sur ce sujet.

Ainsi, la récente revue de dépenses menée par l’IGAS et l’IGF en 2015 souligne que si de tels appels d’offres groupés existent à l’étranger pour les dispositifs médicaux, dans un contexte différent ⁽²⁾, répliquer un tel dispositif en France comporterait de nombreux risques :

« – risques de constitution de monopole ou d’oligopole : ne retenir, pour une catégorie de dispositif médical donnée, qu’un fournisseur (ou un nombre limité de fournisseurs dans le cadre d’appels d’offres multi-attributaires) ferait peser le risque d’une concentration automatique du marché qui pourrait ainsi se transformer en monopole ou oligopole ;

« – risques en matière d’approvisionnement et de ruptures de stock [...] ;

« – risques en matière de sécurité sanitaire, à travers une éventuelle diminution des critères de qualité et de sécurité du dispositif médical en raison de l’intensification de la production et des changements de modes de production induits par la fabrication à plus grande échelle ;

« – risque de réduction du tissu industriel : le fait de retenir un fournisseur capable d’approvisionner le marché national peut entraîner un risque de réduction d’accès aux appels d’offres de fournisseurs implantés uniquement régionalement voire localement. Ce mécanisme supposerait donc de disposer d’une cartographie fine du maillage territorial des fournisseurs actuels, différents

(1) Cet indu sera alors recouvert par l’assurance maladie, selon la procédure prévue à l’article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Ainsi, au Royaume-Uni, le National Health Service (NHS) procède à des appels d’offres passés, soit à un niveau national (NHS Supply Chain), soit par l’intermédiaire d’organisations régionales de programmes d’achats (les trusts) ou directement par les hôpitaux : les dispositifs médicaux sont ainsi directement achetés par le NHS qui se charge également de leur distribution. Les prix sont librement fixés par le marché. En Suède, ce sont les régions qui sont en charge de la politique de santé et de l’ensemble des dépenses de santé : chacune des vingt régions de Suède organise, par des marchés publics, tant pour les centres primaires de soins en ville que pour les hôpitaux, des achats de dispositifs médicaux remboursés par l’État et s’assurent de leur distribution ; le tarif de remboursement, décorrélé du prix d’achat qui varie selon les régions, est fixé par une agence nationale.

pour chaque catégorie de dispositifs médicaux, voire pour chaque dispositif en particulier, afin de limiter les appels d'offres aux dispositifs médicaux pour lesquels les fournisseurs sont uniquement internationaux ou nationaux et ont déjà évincé l'ensemble de la concurrence territoriale ;

« – obstacles pratiques liés aux circuits de distribution : ce mécanisme engendrerait en effet une réorganisation profonde du système de distribution des soins (officines, grossistes, prestataires et professionnels) ;

« – obstacles opérationnels liés aux compétences achat requises : [...] cela obligerait la structure porteuse de l'appel d'offres (CNAMTS ou CEPS) à se doter d'une compétence logistique non existante aujourd'hui pour assurer la distribution de dispositifs médicaux. D'autre part, cela nécessiterait une véritable compétence d'acheteurs professionnels, que ces deux structures ne sont aujourd'hui pas en état d'assumer. »

Malgré les garde-fous prévus par la loi, tant sur le risque de formation de monopoles que sur l'approvisionnement et la qualité, le rapporteur général s'interroge sur le rapport bénéfice-risque d'une telle mesure.

II. PERMETTRE LE REMBOURSEMENT DE DISPOSITIFS MÉDICAUX RÉUTILISÉS

Aujourd'hui, le remboursement par l'assurance maladie de dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR n'est possible que si ces dispositifs sont achetés neuf ou loués.

Le **II** du présent article introduit un nouvel article L. 5212-1-1 au sein du code de la santé publique afin de permettre la réutilisation de certains dispositifs médicaux. Il concernera en particulier, selon les informations transmises par le Gouvernement, les fauteuils roulants.

Il prévoit que certains dispositifs médicaux à usage individuel, mentionnés sur une liste fixée par arrêté ministériel, peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage afin d'être réutilisés par un autre patient. Cette remise en bon état d'usage pourra être soumise au respect de critères liés à la qualité et à la sécurité sanitaire du dispositif, et à une procédure d'homologation des centres ou des professionnels autorisés à réaliser cette remise en état. Pour le rapporteur général, la formulation retenue par ce nouvel article n'offre pas assez de garanties, et cette remise en bon état d'usage devrait systématiquement être soumise au respect de critères liés à la qualité et à la sécurité.

Les modalités d'application de cet article feront l'objet d'un décret en Conseil d'État.

Le **E** introduit par ailleurs un nouvel article L. 165-1-7 au sein du code de la sécurité sociale précisant les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de ces dispositifs médicaux reconditionnés.

Le **I** de ce nouvel article prévoit que l'inscription au remboursement pourra ainsi être assortie d'une obligation, pour le distributeur d'un dispositif médical inscrit sur la liste des dispositifs pouvant être remis en bon état d'usage, d'informer le patient de la possibilité d'acquérir ces produits, des modalités de leur acquisition et de leur prise en charge.

En cas de méconnaissance de ces obligations, il pourra être sanctionné d'une pénalité financière d'un montant maximal de 5 % du chiffre d'affaires hors taxes total réalisé en France par le directeur de l'organisme d'assurance maladie compétent. Ces pénalités seront recouvrées selon des modalités communes à celles déjà prévues à l'article L. 165-1-6 nouveau et aux pénalités existant déjà dans le domaine du médicament.

Parallèlement, le **II** prévoit que l'arrêté ministériel fixant la liste des dispositifs médicaux pouvant être remis en bon état d'usage, prévu à l'article L. 5212-1-1 nouveau, pourra également prévoir des obligations pour les assurés bénéficiant de ces dispositifs. Le remboursement sera subordonné au respect de ces engagements.

L'arrêté pourra ainsi :

– subordonner le remboursement à un engagement de l'assuré de restituer le produit concerné à un centre dédié, lorsqu'il n'en a plus l'usage ou lorsque le dispositif ne correspond plus à son besoin médical (la différence entre ces deux aspects n'apparaissant pas très clairement) ;

– fixer le montant de la « consigne » à la charge de l'assuré, qui ne pourra pas être prise en charge, et qui lui sera remboursé lorsqu'il rendra le dispositif par sa caisse d'assurance maladie, sauf si le dispositif médical est anormalement détérioré. Le **R du I** précise que les « contrats responsables » proposés par les complémentaires santé ne pourront pas non plus prendre en charge cette consigne.

Le **III** prévoit que la prise en charge de ces dispositifs médicaux remis en bon état d'usage et des prestations associées pourra être subordonnée à l'identification de chacun de ces produits, à l'aide d'un code qui lui sera propre et à la transmission d'informations relatives à la mise en circulation, l'identification du patient en bénéficiant, et à des opérations de réparation et de maintenance.

Ces informations seront collectées au sein d'un système d'information dénommé « enregistrement relatif à la circulation officielle des dispositifs médicaux », mis en œuvre par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Les conditions d'application de ce nouvel article seront fixées par décret en Conseil d'État.

Le **2° du F** modifie en conséquence l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, afin de prendre en compte le fait que le dispositif soit remis en bon état d'usage dans la liste des critères pris en compte par le CEPS pour fixer le tarif de responsabilité des dispositifs médicaux.

Si le rapporteur général soutient pleinement cette disposition, il s'interroge sur certaines modalités de son application :

– quel partage de responsabilité pour ces dispositifs médicaux réutilisés, en cas de problème, entre le fabricant et le centre de reconditionnement ?

– quelle articulation entre le nouveau système d'information prévu pour les dispositifs réutilisés et le nouveau règlement européen 2017/745 ⁽¹⁾, qui prévoit la mise en place d'un système d'identification unique des dispositifs, appelé IUD ?

– plus globalement, quelle articulation entre les dispositions prévues par cette mesure et celle de ce règlement, notamment de son article 17 relatif aux dispositifs à usage unique et leur retraitement ? Pourquoi ne pas préférer ce terme de retraitement au terme de remise à neuf ?

– quel sera le montant de la consigne fixée ? Comment, dans la pratique, l'assurance maladie restituera-t-elle cette consigne à l'assuré ? Comment et par qui cette consigne sera-t-elle récupérée en cas de décès de l'assuré ?

– quelle est aujourd'hui la maturité de la filière de retraitement de ces dispositifs médicaux ?

– qui vérifiera que les distributeurs informent bien l'assuré de la possibilité d'acquérir ces produits, afin le cas échéant d'appliquer la sanction prévue ?

III. PRÉCISER LA RÉFORME DU « 100 % SANTÉ »

Le **D du I** précise l'application de la réforme « 100 % santé » prévue par l'article 51 de la LFSS 2019.

Il modifie l'article L. 165-1-4 du code de la sécurité sociale, qui 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, et permet notamment d'obliger le distributeur de produits ou prestations inscrits sur la LPPR à participer à un dispositif d'évaluation visant à établir la qualité de la prise en charge du patient.

Le présent article étend cette obligation aux prescripteurs (**2° du D**).

(1) Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

Le **c du 3° du D** plafonne cette pénalité à 10 000 euros par an.

Le **d du 3° du D** précise les modalités de recouvrement des pénalités afférentes, communes à celles déjà prévues à l'article L. 165-1-6 et aux pénalités existant déjà dans le domaine du médicament.

IV. AMÉLIORER LA CONNAISSANCE DU MARCHÉ

Le **H** crée un nouvel article L. 165-2-2 au sein du code de la sécurité sociale.

Ce nouvel article prévoit une obligation de déclaration des prix de vente par les exploitants et fournisseurs aux distributeurs en détail, similaire à ce qui existe aujourd'hui pour les médicaments. Cela permettra au CEPS de disposer de plus d'informations sur le marché et la répartition de la valeur entre exploitants, fournisseurs et distributeurs en détail au moment de la fixation des prix, alors que le marché des dispositifs médicaux est aujourd'hui très méconnu.

Ainsi, tout exploitant ou fournisseur de distributeur au détail de produits ou prestations inscrits sur la LPPR devra déclarer au CEPS le prix auquel il a vendu chaque produit ou prestation, après déduction des différentes remises et taxes.

L'article précise par ailleurs les sanctions applicables en cas de non-respect ces règles de transparence. Ces règles sont les mêmes que celles déjà prévues dans le secteur pharmaceutique à l'article L. 138-9-1 du code de la sécurité sociale.

Il est ainsi prévu que lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais ou formes requis (précisés par décret en Conseil d'État) ou lorsque cette déclaration s'avère manifestement inexacte au vu, notamment, des éléments transmis par les URSSAF, le CEPS puisse fixer, après que le fournisseur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière annuelle à la charge de l'exploitant ou du fournisseur.

Le montant de la pénalité ne pourra être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes des ventes réalisé en France au titre du dernier exercice clos. La pénalité sera fixée en fonction de la gravité du manquement.

L'article précise les modalités de recouvrement de cette pénalité qui sera, comme les autres pénalités visant les entreprises pharmaceutiques, collectée par les URSSAF. Les URSSAF seront également habilitées à vérifier, dans le cadre des contrôles qu'elles effectuent, les données relatives aux déclarations faites par les fournisseurs. Ces éléments de contrôle seront transmis au CEPS.

Les modalités d'application de cet article seront précisées par décret en Conseil d'État.

V. COORDINATIONS

Le présent article remplace, au sein du code de la sécurité sociale, la notion de fabricant et ses éventuels mandataires par la notion d'exploitant, en cohérence avec la modification apportée à l'article 15 du présent projet de loi (article L. 165-1-1-1 nouveau).

Par conséquent, il précise également la notion de distributeur, afin de le distinguer de la notion de « distributeur de ce produit, en assurant l'exploitation » introduite par l'article 15, et la remplace par la notion de « distributeur au détail », qui correspond au pharmacien d'officine ou au prestataire de services et distributeur de matériel.

Les coordinations nécessaires sont effectuées au **I** par le **A**, le **1° du B du I**, le **C**, le **1°** et le **b du 3° du D**, le **1° du F**, le **G**, le **I**, le **J**, le **K**, le **L**, le **M**, le **N**, le **O**, le **P** et le **Q**.

*

* *

Article 29

Prise en charge de médicaments particuliers

Adopté par la commission avec modifications

L'article 29 se compose de cinq mesures distinctes relatives :

– d'une part, à la prise en charge de médicaments particuliers, tels que les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle, les poches de nutrition parentérale à domicile (NPAD) ou les médicaments biosimilaires ;

– d'autre part, aux modalités de fixation des prix de certains médicaments au sein des établissements de santé ;

– enfin, aux modalités de publication officielle des données relatives aux produits de santé

- Cet article propose ainsi, en premier lieu, la création d'un cadre juridique applicable aux médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle, c'est-à-dire des médicaments achetés dans un autre pays européen et revendus en France grâce à une autorisation de mise sur le marché (AMM) communautaire. Ce circuit de distribution parallèle, extrêmement marginal en volume, ne fait aujourd'hui l'objet d'aucun encadrement, plaçant les différents acteurs ayant recours à ces médicaments en situation d'insécurité juridique.

Cet article ajuste, en outre, les règles applicables aux médicaments faisant l'objet d'une importation parallèle, en les assujettissant aux différentes taxes sur la vente de médicaments.

- L'article 29 autorise ensuite la fixation d'un prix maximal de vente pour certains médicaments dispensés au sein des établissements de santé, ou pour certains produits de santé financés au titre des prestations d'hospitalisation. Certains de ces médicaments ou produits sont en effet sujets à de fortes augmentations de leur prix de vente, notamment lorsque les laboratoires exploitant ces spécialités ou produits se trouvent en situation de monopole. La fixation de prix plafonds par voie réglementaire permettra de prévenir et d'encadrer ces fortes augmentations tarifaires.

- Cet article propose également de fixer des règles de facturation homogènes pour l'ensemble des établissements délivrant des prestations de nutrition parentérale à domicile (NPAD). Cette technique complexe d'assistance nutritive fait en effet l'objet de différentes sources de financement *via* les missions d'intérêt général (MIG) et l'assurance maladie, qui peuvent dans certains cas être redondantes. L'article simplifie donc le circuit de financement en confiant à l'assurance maladie l'ensemble de la prise en charge des poches de NPAD dispensées par les centres agréés.

- Il est par ailleurs proposé de clarifier les conditions de délivrance des médicaments biologiques par les pharmaciens, en supprimant les dispositions du code de la santé publique leur permettant de délivrer des médicaments biosimilaires en initiation de traitement. Ces dispositions, qui ont été prises par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014, n'ont en effet jamais fait l'objet des mesures d'application requises, en raison d'une difficulté à s'assurer de la traçabilité de ces prescriptions. Cette mesure de clarification n'a cependant pas vocation à freiner le développement des biosimilaires, qui est prioritairement encouragé dans le cadre sécurisé des établissements de santé, en vue d'assurer par la suite une continuité des traitements en ville.

- Cet article propose enfin la création d'un *Bulletin officiel des produits de santé* (BOPS), qui aura vocation à remplacer l'ensemble des supports sur lesquels sont publiées actuellement les informations et décisions relatives au remboursement, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation des produits de santé.

I. DÉFINITION DU CADRE JURIDIQUE APPLICABLE EN MATIÈRE D'IMPORTATION ET DE DISTRIBUTION PARALLÈLES DE MÉDICAMENTS

A. L'IMPORTATION ET LA DISTRIBUTION PARALLÈLES DE MÉDICAMENTS, DEUX PRATIQUES ENCORE PEU RÉPANDUES ET PEU ENCADRÉES

Le principe de la libre circulation de marchandises entre les États membres de l'Union européenne et les États parties à l'accord sur l'Espace économique européen permet à certains distributeurs d'acheter des médicaments à bas prix dans certains États, afin de les revendre à un prix plus élevé dans d'autres États membres. Cette pratique, qualifiée de « parallèle », est ainsi considérée comme légale au regard du droit communautaire. Il en existe deux types : la distribution parallèle et l'importation parallèle.

1. Distribution parallèle et importation parallèle

- La distribution parallèle concerne des spécialités bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) communautaire, valable dans tous les États membres de l'Union européenne ou parties à l'Espace économique européen (EEE).

Elle désigne le fait, pour un opérateur économique n'étant pas le titulaire d'une AMM, d'acquérir dans un État européen une spécialité faisant l'objet d'une AMM communautaire, en vue de sa revente en France.

La composition qualitative et quantitative en substances actives et en excipients, la forme pharmaceutique ainsi que les effets thérapeutiques de la spécialité faisant l'objet d'une distribution parallèle doivent en conséquence être identiques à ceux de la spécialité commercialisée en France. Se différencient seulement de cette dernière :

- la version linguistique de la notice et de l'étiquetage ;
- les spécificités nationales figurant sur le conditionnement extérieur, en plus des mentions prévues par l'AMM⁽¹⁾ ;
- le cas échéant, le contenu du conditionnement effectivement commercialisé.

(1) Il s'agit des mentions obligatoires dénommées « blue box » : codes identifiants de présentation (CIP), pictogrammes, liste des substances vénéneuses, etc.

L'autorisation et le contrôle des opérations de distribution parallèle relèvent de la compétence de l'Agence européenne des médicaments (EMA), auprès de laquelle le distributeur parallèle a l'obligation de déclarer ses opérations de distribution.

Le distributeur parallèle est également tenu, en application des dispositions de l'article 76, alinéa 3, de la directive 2001/83/CE modifiée⁽¹⁾, transposée à l'article R. 5121-132-1 du code de la santé publique, de notifier à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et au titulaire de l'AMM son intention de distribuer parallèlement en France une spécialité bénéficiant d'une AMM communautaire.

Deux conditions sont ensuite requises pour que la distribution parallèle puisse avoir lieu :

– l'ANSM doit préciser au distributeur parallèle les informations nationales spécifiques qui doivent être mentionnées sur le conditionnement extérieur ;

– les opérateurs intervenant dans le circuit pharmaceutique suivi par la spécialité distribuée doivent, en outre, être autorisés en tant qu'établissement pharmaceutique.

• Pour les cas ne relevant pas d'une AMM par procédure centralisée, il peut exister des différences entre l'AMM délivrée par l'État membre d'origine et celle délivrée par l'État membre de destination : le cas échéant, la spécialité devra faire l'objet d'une autorisation d'importation parallèle.

Le cadre juridique applicable aux importations parallèles est précisé par le décret n° 2004-83 du 23 janvier 2004 relatif aux importations de médicaments à usage humain, codifié aux articles R. 5121-115 à R. 5121-132-1 du code de la santé publique.

Les importations parallèles en France sont soumises à une autorisation préalable, délivrée par le directeur général de l'ANSM et publiée au *Journal officiel* de la République française. Cette autorisation ne peut être accordée que lorsque la composition quantitative et qualitative en principe actifs et excipients, la forme pharmaceutique et les effets thérapeutiques de la spécialité importée sont identiques à ceux de la spécialité déjà autorisée par l'ANSM. Les excipients peuvent néanmoins différer ou être présents dans des quantités différentes, à condition que cela n'ait aucune incidence thérapeutique et n'entraîne pas de risque pour la santé publique⁽²⁾.

(1) Directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain.

(2) [https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Distribution-et-importations-paralleles-de-specialite-pharmaceutique/\(offset\)/10](https://www.ansm.sante.fr/Activites/Autorisations-de-Mise-sur-le-Marche-AMM/Distribution-et-importations-paralleles-de-specialite-pharmaceutique/(offset)/10)

2. Un déploiement faible en France, en particulier pour les médicaments faisant l'objet de distribution parallèle

Les dispositifs d'importation et de distribution parallèles font l'objet d'un développement timide sur le territoire français, en particulier dans le cas de la distribution parallèle. Le déploiement de ces pratiques est, d'ailleurs, très peu documenté.

- S'agissant des importations parallèles, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) relevait dans un rapport de 2014 ⁽¹⁾ qu'il n'y avait alors en France que deux importateurs ayant respectivement 1 700 clients et 2 300 clients. En 2012, 15 millions d'euros de médicaments ont été importés, ce qui représente moins de 1 % du marché des médicaments remboursables, qui s'élevait à 19 milliards d'euros la même année.

Le rapport indiquait que les importations parallèles sont plus développées dans d'autres pays européens ayant introduit des mesures favorisant la vente de médicaments importés : en Allemagne, par exemple, le marché de médicaments importés représente 3 milliards d'euros, et les pharmaciens sont tenus de disposer d'au moins 5 % de médicaments importés.

Outre l'absence d'incitation et d'obligation directe, l'IGAS avançait plusieurs motifs expliquant la faible part des médicaments importés en France, notamment :

- un prix de médicaments inférieur en France par rapport aux prix pratiqués dans la plupart des autres pays européens ;

- un désintéret des grossistes-répartiteurs pour cette activité, en raison de la réticence des officines à vendre ces médicaments – 75 % des pharmaciens considèrent que ces médicaments sont susceptibles de favoriser l'arrivée de médicaments contrefaits ;

- les délais d'obtention d'une autorisation d'importation parallèle (AIP).

- La distribution parallèle de médicaments est quant à elle considérée comme « marginale » par l'étude d'impact. L'ANSM a indiqué au rapporteur général être destinataire d'entre 4 et 40 demandes chaque année, pour un total de 173 demandes depuis 2008.

3. Une absence d'encadrement juridique pour les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle

Si les règles relatives aux importations parallèles ont été précisées par le décret n° 2004-83 précité, aucun cadre juridique n'est en revanche applicable pour les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle.

(1) [*Inspection générale des affaires sociales \(IGAS\), La distribution en gros du médicament en ville, juin 2014 \(annexe 7\).*](#)

Cette absence de cadre juridique est aujourd'hui problématique car selon les informations transmises au rapporteur général, certains distributeurs parallèles demandent aujourd'hui la prise en charge des médicaments qu'ils commercialisent.

En outre, dans la mesure où aucune disposition ne les encadre, les médicaments faisant l'objet de distribution parallèle, à l'instar des médicaments issus d'importation parallèle d'ailleurs, ne sont pas assujettis aux différentes taxes pharmaceutiques concernant l'exploitant du médicament. Cette situation peut être analysée comme inéquitable au regard du droit européen, car elle contribue à faire coexister sur un même marché plusieurs types de médicaments non soumis à des règles identiques de taxation.

Il convient en conséquence de définir un cadre juridique clair, qui respecte le principe de libre circulation garanti par le droit de l'Union européenne, tout en assurant une équité de traitement entre les différents acteurs du médicament intervenant sur le territoire français.

B. LES ÉVOLUTIONS PROPOSÉES

Selon les informations transmises au rapporteur général, cette réforme intervient à la suite de la demande de plusieurs exploitants de médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle de clarification des modalités de prise en charge de ces médicaments. Cette mesure n'a toutefois pas vocation à promouvoir le développement des médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle.

1. La définition d'un nouveau cadre juridique applicable aux médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle

• Le 3° du I propose en premier lieu une définition des médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle, afin de sécuriser cette pratique.

Il crée à cette fin un nouvel article L. 5124-13-2 au sein du code de la santé publique, qui pose deux conditions pour qu'une spécialité pharmaceutique soit considérée comme faisant l'objet d'une distribution parallèle, reprenant les conditions communément admises.

Cette spécialité doit ainsi impérativement disposer d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par la procédure centralisée prévue par l'Union européenne, en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 ⁽¹⁾ (1° de l'article L. 5124-13-2).

Elle doit, en outre, être « *importée d'un autre État membre ou partie à l'Espace économique européen* », par un établissement pharmaceutique « *autre*

(1) [Règlement \(CE\) n° 76/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments.](#)

que le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché » (2° de l'article L. 5124-13-2).

• Le 4° du I complète par ailleurs l'article L. 5124-18 du code de la santé publique afin de renvoyer à un décret en Conseil d'État le soin de préciser :

– d'une part, les obligations des entreprises assurant la distribution parallèle de médicaments ;

– d'autre part, les conditions dans lesquelles ces médicaments sont commercialisés en France.

2. Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle

Cet article autorise la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle en cas d'inscription du médicament concerné :

– sur la liste des spécialités remboursables mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale (10° du II) ;

– sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique (2° du I) ;

– sur la liste dite « en sus » des établissements de santé mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (17° du II). Cette liste correspond à des médicaments innovants et coûteux financés « en sus » des tarifs des séjours hospitaliers. Les médicaments inscrits sur cette liste sont remboursés par l'assurance maladie sur la base d'un tarif de responsabilité, c'est-à-dire le tarif sur la base duquel le produit est remboursé, quel que soit le prix payé par l'établissement de santé, dès lors que la spécialité est effectivement inscrite sur la liste en sus.

Cette mesure propose donc d'aligner les conditions de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle avec les conditions de droit commun applicable aux médicaments dispensés en ville ou au sein des établissements de santé.

Par coordination, le 15° du II précise que la pénalité prévue à l'article L. 162-17-7 du code de la sécurité sociale, qui s'applique si l'entreprise exploitant un médicament inscrit sur la liste des spécialités remboursables mentionnées à l'article L. 162-7 du même code n'a pas fourni d'informations susceptibles de modifier les appréciations relatives au service médical rendu (SMR) ou à l'amélioration du service médical rendu (ASMR), est également applicable aux entreprises assurant l'importation parallèle d'un médicament ou sa distribution parallèle.

3. Les modalités de fixation du prix des médicaments issus de l'importation et de la distribution parallèles

Conséquence logique de la décision qui a été prise de ne pas créer de régime dérogatoire pour les médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle, cet article propose ensuite d'appliquer les règles de droit commun relatives à la fixation du prix des médicaments aux médicaments issus de la distribution parallèle ainsi que, le cas échéant, aux médicaments issus de l'importation parallèle, lorsqu'ils ne sont pas déjà concernés par ces dispositions. En effet, comme le souligne l'étude d'impact, « *dès lors qu'une demande d'inscription [sur l'une des listes de remboursement] peut être sollicitée par un distributeur parallèle, rien ne s'oppose en principe au fait que les règles de droit commun de fixation des prix s'appliquent* ».

Le 6° du II modifie ainsi l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale pour étendre aux médicaments faisant l'objet d'une distribution ou d'une importation parallèle les conditions de fixation du prix de vente au public par convention entre l'entreprise exploitant ces médicaments et le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Le 8° du II modifie ensuite l'article L. 162-16-5 du même code pour appliquer aux médicaments issus de la distribution parallèle – ceux issus d'une importation parallèle étant déjà concernés par la mesure – les dispositions de droit commun relatives au prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché national.

Le 9° du II modifie enfin l'article L. 162-16-6 du même code, afin de rendre applicables aux entreprises assurant l'importation ou la distribution parallèles de médicaments les dispositions visant à fixer par voie de convention avec le CEPS le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des spécialités pharmaceutiques. Cette disposition permettra, dès lors, une diffusion de ces médicaments au sein des établissements de santé.

4. Conditions d'assujettissement des distributeurs et importateurs parallèles aux taxes pharmaceutiques

La création d'un cadre de prise en charge des médicaments issus de l'importation ou de la distribution parallèles par l'assurance maladie conduit, par souci de cohérence et d'équité, à assujettir ces mêmes médicaments aux taxes applicables aux autres spécialités médicamenteuses.

Cet article assujettit donc les médicaments issus de l'importation parallèle et de la distribution parallèle :

– à la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou de plusieurs spécialités pharmaceutiques, mentionnée à l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale (1° du II) ;

– au mécanisme de sauvegarde dit montant « M » mentionné à l'article L. 138-10 du même code (3° du II) ;

– à la contribution des entreprises de préparation de médicament mentionnée aux articles L. 245-1 et L. 245-2 du même code (18° et 19° du II) ;

– à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques, mentionnée au I de l'article L. 245-6 du même code (a du 20° du II). Il convient de relever que cette taxe s'appliquait déjà aux médicaments bénéficiant d'une AIP : le b du 20° du II abroge en conséquence la disposition redondante au 4° du II de l'article L. 245-6. Le c du 20° du II est une disposition de coordination.

Compte tenu de la faible pénétration de ces médicaments sur le territoire, aucune estimation des recettes résultant de l'extension du champ de ces différentes taxes n'est proposée par l'étude d'impact.

5. Les modalités d'application des mécanismes de remises

Par coordination avec l'assujettissement des médicaments issus de l'importation et de la distribution parallèle aux diverses taxes applicables aux médicaments, cet article rend également applicables aux médicaments issus de la distribution et de l'importation parallèles les différents mécanismes de remises conventionnelles prévus par le code de la sécurité sociale, qu'il conviendra d'utiliser, selon l'étude d'impact, « *dès lors que le médicament de référence fait également l'objet de remises* ». Ces remises permettent notamment aux laboratoires pharmaceutiques de conclure des conventions avec le CEPS, qui fixent par avance l'augmentation du volume de vente des médicaments.

Le 4° du II autorise ainsi les entreprises assurant l'importation ou la distribution parallèles de médicaments à consentir les remises mentionnées à l'article L. 138-13 du même code. Ces remises sont consenties par les laboratoires pharmaceutiques redevables de la contribution due au titre du montant « M », lorsqu'ils ont conclu pour l'année N une convention avec le CEPS couvrant au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année N, en contrepartie de laquelle ces laboratoires se sont engagés à reverser, sous forme de remise, tout ou partie du montant dû au titre de la contribution.

Le 14° du II modifie par ailleurs l'article L. 162-17-5 du même code pour permettre à ces entreprises de solliciter auprès du CEPS la possibilité de verser sous forme de remise à l'assurance maladie, un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application d'une baisse tarifaire dans le cadre de la liste en sus.

Enfin, le a du 16° du II étend aux entreprises assurant la distribution parallèle ou l'importation parallèle de médicaments la possibilité de s'engager par convention nationale pour faire bénéficier la Caisse nationale d'assurance maladie

d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, tel que le permet l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale. Ces remises, dites « produits », correspondent aux sommes dues en application des clauses prévues dans le cadre conventionnel entre le CEPS et les entreprises pharmaceutiques.

En outre, le **b** du **16°** du **II** modifie et complète le **II** du même article L. 162-18, afin de rendre applicable aux médicaments bénéficiant d'une AIP ou d'une distribution parallèle le mécanisme de révision obligatoire de la remise « produit ». En l'état du droit, les remises consenties au titre des médicaments utilisés en association de traitement ⁽¹⁾ peuvent en effet faire obligatoirement l'objet d'une révision, afin que l'assurance maladie conserve la maîtrise des coûts finalement engagés.

Cette obligation pourrait désormais également être appliquée aux médicaments bénéficiant d'une AIP ou faisant l'objet d'une distribution parallèle ainsi qu'aux « *spécialités comparables ou répondant à des visées thérapeutiques similaires* ». Cette disposition permettra ainsi, d'après l'étude d'impact, « *de réviser les clauses des remises appliquées au médicament de référence pour tenir compte de l'arrivée d'un distributeur parallèle* ». L'objectif poursuivi est en effet d'éviter tout surcoût pour l'assurance maladie, en calculant le montant total des remises « *selon le volume total de médicaments vendus par les deux opérateurs* ».

II. INSTAURATION D'UN PRIX PLAFOND POUR CERTAINS PRODUITS DE SANTÉ « INTRA-GHS »

Cet article instaure ensuite un prix maximal de vente aux établissements de santé pour certains médicaments agréés aux collectivités ainsi que pour certains dispositifs médicaux financés au titre des prestations d'hospitalisation.

A. UNE ABSENCE DE PRIX MAXIMAL DE VENTE RESPONSABLE D'UNE HAUSSE SIGNIFICATIVE DU PRIX DE CERTAINS PRODUITS DE SANTÉ DISPENSÉS OU UTILISÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les modalités actuelles de fixation du prix des produits de santé utilisés au sein des établissements de santé

• Le prix d'achat des médicaments par les établissements de santé repose aujourd'hui sur la combinaison de trois mécanismes, selon le type de médicaments considéré :

– un mécanisme de liberté des prix, pour les médicaments compris dans le tarif des séjours, qui oblige les établissements de santé à négocier directement

(1) Il s'agit, plus précisément, des « spécialités susceptibles d'être utilisées, au moins en partie, concomitamment ou séquentiellement avec d'autres médicaments », selon le II de l'article L. 162-18.

avec l'industriel pharmaceutique, sans intervention du Comité économique des produits de santé (CEPS) ;

– un prix fixé par convention avec le CEPS mais laissant la possibilité aux établissements de négocier un prix inférieur, pour les molécules onéreuses de la « liste en sus » ;

– un prix de vente aux établissements déclaré par le laboratoire au CEPS, pour les spécialités rétrocédées – c'est-à-dire dispensées par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

Le premier cas correspond au droit commun : il concerne les médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 relative à la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques. Le prix du médicament ainsi négocié est inclus dans les coûts qui servent de base à la définition des tarifs issus des groupes homogènes de séjour (GHS). La notion de financement « intra-GHS » signifie donc que le coût du médicament est inclus dans le tarif GHS servant de base au financement des établissements de santé par l'assurance maladie.

• Les modalités de fixation des prix des dispositifs médicaux à usage individuel utilisés au sein des établissements de santé répond peu ou prou aux mêmes règles que pour les médicaments intra-GHS :

– la plupart des dispositifs médicaux sont financés, au titre des prestations hospitalières, par une enveloppe globale au titre des groupes homogènes de séjour (intra-GHS), et font l'objet d'appels d'offres de la part des établissements de santé : leur prix ne fait donc l'objet d'aucun encadrement ;

– les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus sont financés en supplément (hors-GHS).

Conformément à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale, l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste intra-GHS est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après l'avis de la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS).

2. Une absence de plafonnement mise à profit par certains industriels pour augmenter le prix des produits de santé

Le principe de liberté des prix négociés dans le cadre des tarifs intra-GHS est à l'origine de dérives pour plusieurs classes de médicaments ou certains dispositifs médicaux.

S'agissant des médicaments, notamment, d'après un récent rapport de la Cour des comptes⁽¹⁾, la marge de négociation des établissements de santé « *dépend principalement de l'existence ou non d'un brevet sur une molécule et de l'existence ou non d'une alternative thérapeutique potentielle* ». Or, selon les estimations de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la santé citées par la Cour des comptes, « *55 % du volume d'achats des médicaments serait en "vrai monopole", c'est-à-dire avec brevet et sans alternative* ».

D'après l'étude d'impact, « *des hausses de + 400 % en un an ont ainsi pu être observées au sein des établissements de santé pour certaines spécialités* ». Cette situation intervient par exemple lorsque le laboratoire est en situation de monopole sur la spécialité concernée : sans alternative, les établissements de santé n'ont souvent d'autre choix que de consentir à ces hausses de prix, sauf à priver les patients du bénéfice de ces spécialités.

Pour mettre fin à ces dérives coûteuses pour l'assurance maladie, la Cour des comptes préconisait en 2017 d'examiner la possibilité de confier au CEPS la fixation du prix des médicaments hospitaliers.

Sans s'engager vers une telle réforme, cet article propose néanmoins un premier encadrement de la liberté de fixation de prix pour les médicaments et autres produits de santé dits « intra-GHS », en autorisant les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à définir un prix plafond pour les produits de santé vendus aux établissements de santé.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le 7^o du II crée un nouvel article L. 162-16-4-3 au sein du code de la sécurité sociale, permettant aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de définir par arrêté un « *prix maximal de vente aux établissements de santé* ».

1. Les médicaments ou produits de santé concernés

Ce prix maximal de vente pourra s'appliquer aux seuls médicaments ou dispositifs médicaux intra-GHS, c'est-à-dire :

– les médicaments inscrits sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

– les produits de santé, hors médicaments, financés au titre des prestations d'hospitalisation de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) définies à

(1) [*Cour des comptes, Les achats hospitaliers, 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, juin 2017.*](#)

l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-11 du même code.

L'instauration de ce prix plafond est une mesure qui n'a vocation à s'appliquer que très ponctuellement, dans les cas précis mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article L. 162-16-4-3.

Il devra ainsi exister un « *risque de dépenses injustifiées* » pour l'assurance maladie, « *notamment au regard d'une augmentation significative des prix de vente constatés, ou au regard des prix de produits de santé comparables* » (1°).

Le prix maximal de vente pourra également être fixé pour certains produits de santé présentant, « *de manière prévisible ou constatée* », un caractère « *particulièrement coûteux* » pour certains établissements, compte tenu de leur volume global ou du coût d'une unité (2°).

2. Les modalités de fixation du prix maximal de vente

La rédaction actuelle de l'article 29 rend applicables au présent article les dispositions relatives à la négociation du prix de vente des médicaments et des dispositifs médicaux entre le CEPS et les industriels pharmaceutiques ou les fabricants de dispositifs médicaux, mentionnées respectivement au I de l'article L. 162-16-4 pour les médicaments, et au I de l'article L. 165-2 pour les dispositifs médicaux.

Cette rédaction soulève deux difficultés :

– il existe en premier lieu une relative incompatibilité entre le souhait de définir par arrêté un prix maximal de vente pour encadrer des dérives tarifaires, et le renvoi au CEPS pour la négociation du prix plafond avec l'industriel concerné ;

– en outre, la rédaction dispose que le prix maximal « *peut être fixé à un niveau inférieur ou baissé dans les conditions prévues au II* » des articles L. 162-16-4 ou L. 165-2 : cette rédaction, qui s'applique aux renégociations des conventions entre le CEPS et les laboratoires pharmaceutiques ou fabricants de dispositifs médicaux, n'a aucun sens en l'espèce.

D'après les informations communiquées au rapporteur général, l'intention du Gouvernement est bien de définir unilatéralement le prix plafond pour les médicaments ou dispositifs médicaux en cause, sans intervention du CEPS. En revanche, les critères actuellement utilisés par le CEPS dans le cadre des négociations pourraient être utilisés pour définir le prix plafond.

En tout état de cause, ces modalités de fixation du prix maximal de vente ainsi que les autres dispositions de cet article seront précisées par décret en Conseil d'État, conformément au III de l'article L. 162-16-4-3 nouvellement créé.

3. Les économies attendues

L'objectif de ce prix plafond, selon les éléments transmis au rapporteur général, est de disposer d'un outil de dernier ressort, et non d'y avoir recours de manière fréquente, afin de préserver avant tout le principe de liberté des prix entre les laboratoires et les établissements de santé.

Seuls une dizaine de produits de santé – au maximum – seraient concernés dans un premier temps, représentant tout de même un montant d'économies de l'ordre de 10 millions d'euros par an selon l'étude d'impact.

III. FIXATION DE RÈGLES HOMOGENES DE FACTURATION POUR LA NUTRITION PARENTÉRALE À DOMICILE

Cet article propose ensuite de fixer des règles de facturation homogènes à l'ensemble des établissements de santé pour la prise en charge de la nutrition parentérale à domicile (NPAD).

1. Plusieurs circuits distincts de prise en charge de la nutrition parentérale à domicile

La nutrition parentérale est une technique d'assistance nutritive par voie intraveineuse complexe, à risque et de long terme, utilisée chez des patients présentant une insuffisance intestinale aiguë ou prolongée, voire définitive. La prise en charge à domicile est ainsi labellisée pour une durée minimale de trois mois mais elle se déroule, le plus souvent, sur plusieurs années. La nutrition parentérale concernait une file active de 1 500 patients en 2017 ⁽¹⁾, dont 350 d'âge pédiatrique.

Compte tenu de la grande complexité de cette technique, qui expose les patients à des risques de complications sévères, la nutrition parentérale a fait l'objet d'un encadrement depuis 1984, afin d'assurer des conditions optimales de sécurité ainsi qu'une organisation administrative permettant sa prise en charge ⁽²⁾. Cette dernière fait toutefois l'objet d'une hétérogénéité de sources de financement.

Dès 1984, l'organisation de la NPAD a été structurée autour de centres agréés : il existe à ce jour une vingtaine de centres, dont sept pour les enfants. Ces centres, rattachés à des établissements de santé, bénéficient actuellement d'un financement spécifique sous forme d'une enveloppe « mission d'intérêt général » (MIG), en application de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, depuis l'instauration en 2005 du remboursement par les caisses d'assurance maladie aux assurés sociaux de spécialités médicales industrielles de nutrition parentérale, la NPAD a été prescrite très largement. La facturation de ces

(1) [Instruction n° DGOS/PF2/2019/9 du 16 janvier 2019 relative au cahier des charges et à l'appel à candidatures des centres labellisés de nutrition parentérale à domicile.](#)

(2) [Circulaire du 18 décembre 1984 portant création des centres agréés de nutrition parentérale à domicile.](#)

préparations magistrales fait pour sa part l'objet d'une prise en charge directe par l'assurance maladie, au titre du dernier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Un arrêté du 16 juin 2014 ⁽¹⁾ a confirmé cette nouvelle modalité de prise en charge, tout en étendant cette pratique et en précisant ce mode de financement. Selon l'arrêté, la prise en charge d'une nutrition parentérale à domicile est ainsi assurée sur la base de trois types de forfaits :

– un forfait de première installation de nutrition parentérale à domicile couvrant l'installation du matériel ;

– un forfait hebdomadaire de suivi, décliné en cinq catégories selon l'ancienneté de la prise en charge ;

– un forfait de fourniture des consommables et accessoires nécessaires à la nutrition parentérale à domicile.

2. Le dispositif proposé

Pour homogénéiser les modalités de prise en charge de la NPAD, cet article propose d'assurer la prise en charge par les caisses d'assurance maladie des poches de nutrition parentérale administrées à domicile pour l'ensemble des patients, et de supprimer en conséquence le circuit de financement « MIG ».

Le 7° du II crée en conséquence un nouvel article L. 162-16-4-2 au sein du code de la sécurité sociale. Cet article renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin de définir « *le prix de cession des préparations magistrales et des préparations hospitalières* » pour la nutrition parentérale à domicile.

Les préparations en question sont définies au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-4-2 comme « *des mélanges individualisés ou standardisés de nutrition parentérale indiqués aux enfants ou aux adultes* » ⁽²⁾.

Ces préparations sont « *prises en charge par les organismes d'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par certains établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6* » du code de la sécurité sociale : sont concernés, en pratique, les centres de nutrition parentérale labellisés à cet effet, dans les conditions prévues notamment par l'instruction du 16 janvier 2019 relative au cahier des charges et à l'appel à candidature des centres labellisés de nutrition parentérale à domicile ⁽³⁾.

(1) Arrêté du 16 juin 2014 portant inscription des pompes externes programmables et prestations associées pour NPAD.

(2) Il convient de noter qu'il existe également des poches de nutrition parentérale disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) et disponibles dans les pharmacies d'officine. Ces poches ne sont pas concernées par la présente mesure.

(3) Instruction n° DGOS/PF2/2019/9 du 16 janvier 2019 précitée.

Le prix pourra varier en fonction des catégories de préparations définies après avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé.

Un décret en Conseil d'État déterminera en outre les conditions d'application de cet article, et notamment :

- les catégories de préparation concernées ;
- les procédures, délais et critères de fixation des prix ;
- les règles de prise en charge par l'assurance maladie de certaines préparations pour NPAD.

L'étude d'impact précise qu'une économie de 5 millions d'euros est attendue de cette mesure, grâce à la suppression des possibilités de double facturation des poches de nutrition parentérale.

IV. CLARIFICATION DES CONDITIONS DE DÉLIVRANCE DES MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES PAR LES PHARMACIENS

Cet article supprime la possibilité pour le pharmacien de procéder à la substitution d'un médicament biologique au profit d'un médicament biosimilaire lors de l'initiation de traitement.

A. LES RÈGLES DE PRESCRIPTION DES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES FONT L'OBJET D'UN ENCADREMENT SPÉCIFIQUE

1. L'expiration des premiers brevets de médicaments biologiques a permis le développement des médicaments biosimilaires

a. Les particularités des médicaments biologiques et biosimilaires

Les médicaments biologiques sont des substances produites à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivée de ceux-ci ⁽¹⁾ telles que des vaccins, des anticorps monoclonaux ou encore des hormones de croissance.

Contrairement aux médicaments obtenus par synthèse chimique, les médicaments biologiques, très sophistiqués dans leur structure, leur production et leurs modes d'action, présentent des sources de variabilité significatives. Il en résulte des différences de fabrication pouvant avoir un effet sur les propriétés cliniques de ces produits. Compte tenu de ces spécificités, le coût des médicaments biologiques est plus élevé que celui des médicaments chimiques.

C'est dans ce contexte, et concomitamment avec l'expiration des premiers brevets de médicaments biologiques, que les premiers médicaments

(1) 14° et 15° a de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

biosimilaires⁽¹⁾ ont été développés. Ces médicaments sont cliniquement équivalents – c'est-à-dire que leur efficacité et leurs effets indésirables sont équivalents – à un médicament biologique de référence qui a déjà une autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'AMM du médicament biosimilaire répond à des exigences strictes afin de démontrer que sa qualité pharmaceutique, son efficacité et ses effets indésirables sont cliniquement équivalents à ceux du médicament biologique de référence.

Le développement des médicaments biosimilaires permet :

– d'une part, de réaliser des économies, car ces médicaments sont en moyenne 20 à 30 % moins chers que les médicaments biologiques de référence, selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)⁽²⁾ ;

– d'autre part, de se prémunir contre d'éventuelles difficultés d'approvisionnement de certains produits biologiques.

La liste de référence des médicaments biosimilaires autorisés⁽³⁾, établie et mise à jour par l'ANSM, regroupe à ce jour 58 médicaments biosimilaires, correspondant à 15 médicaments biologiques de référence.

b. Les actions menées en faveur du développement des biosimilaires se concentrent sur l'hôpital, influenceur des prescriptions en ville

Les médicaments biosimilaires constituent une source possible d'économies pour l'assurance maladie.

S'ils sont aujourd'hui principalement prescrits à l'hôpital, les médicaments biologiques représentent tout de même en 2018 un cinquième (21,3 %) du chiffre d'affaires des médicaments en ville, soit 4,4 milliards d'euros contre 2,3 milliards d'euros en 2006⁽⁴⁾.

La pénétration des médicaments biosimilaires est encore faible : ces derniers ne représentent que 20 % des unités de médicaments biologiques à l'hôpital, et 13 % en ville.

Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, l'enjeu financier est faible à l'hôpital, mais « *leur percée y demeure pourtant essentielle* » : « [en] effet, la prescription étant souvent initiée à l'hôpital et suivie en ville, le choix du

(1) 15° a de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

(2) [ANSM, État des lieux sur les médicaments biosimilaires, mai 2016.](#)

(3) [https://ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-biosimilaires/Les-medicaments-biosimilaires/\(offset\)](https://ansm.sante.fr/Activites/Medicaments-biosimilaires/Les-medicaments-biosimilaires/(offset))

(4) [Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(DREES\), « Médicaments biosimilaires : l'hôpital, premier vecteur de leur diffusion », Études et Résultats, septembre 2019, n° 1123.](#)

médicament à l'hôpital a des conséquences en ville ». Pour certains biosimilaires, la prescription hospitalière « joue un rôle d'autant plus central que la prescription initiale de ces molécules est réservée à l'hôpital »⁽¹⁾.

Pour encourager les établissements de santé à augmenter le recours aux médicaments biosimilaires, plusieurs expérimentations s'inscrivant dans le cadre des expérimentations pour l'innovation en santé prévu par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽²⁾ ont été lancées par le ministère des solidarités et de la santé.

L'une d'entre elles, à laquelle participent soixante-trois établissements de santé, a pour objet d'expérimenter un nouveau mécanisme d'intéressement pour encourager et valoriser la prescription de médicaments biosimilaires par les établissements de santé, lorsque la prescription est exécutée en ville⁽³⁾.

2. Des règles d'interchangeabilité entre médicament biologique et médicament biosimilaire strictement encadrées

L'intéressement des établissements de santé à la prescription de biosimilaires est d'autant plus nécessaire que les règles de délivrance d'un biosimilaire en ville sont strictement conditionnées à l'accord du prescripteur et soumises à des obligations de traçabilité spécifiques, rendant complexes – et en pratique interdites – les substitutions de médicament biologique par les pharmaciens d'officine.

a. L'interchangeabilité en cours de traitement est admise à la seule initiative du prescripteur et sous réserve de l'aval du patient

● Jusqu'au printemps 2016, l'ANSM déconseillait formellement, au nom de la sécurité des patients et du principe de pharmacovigilance, tout changement de prescription en cours de traitement.

L'ANSM a néanmoins fait évoluer sa position sur l'interchangeabilité des médicaments biologiques en cours de traitement puisque dans son *État des lieux* publié en mai 2016⁽⁴⁾, l'Agence autorise l'interchangeabilité entre un médicament biologique et un médicament biosimilaire, sous réserve du strict respect de trois conditions cumulatives :

- l'information et le consentement du patient ;
- une surveillance clinique du patient appropriée pendant le traitement ;

(1) Ibid.

(2) Loi n° 2017-1386 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) [Arrêté du 12 février 2019 relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville.](#)

(4) ANSM, Ibid.

– la réalisation d’une traçabilité sur les produits concernés, afin de permettre au prescripteur de connaître précisément les médicaments dispensés au patient.

• L’article 96 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a en conséquence modifié l’article L. 5125-23-2 du code de la santé publique, afin de tirer les conséquences de la levée de l’interdiction d’interchangeabilité des médicaments biologiques en cours de traitement.

Le dispositif proposé précisait ainsi les conditions de l’interchangeabilité, par le médecin prescripteur, d’un traitement biologique par un traitement biosimilaire en cours de traitement. Il rappelait, d’autre part, les exigences applicables au médecin prescripteur en termes d’information du patient, de substitution et de surveillance clinique, en cas de prescription d’un médicament biologique.

b. L’interchangeabilité réalisée par le pharmacien, en initiation de traitement, est prévue par le code de la santé publique mais inapplicable en l’absence de publication des mesures d’application

L’article 47 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 a ouvert la possibilité, pour le pharmacien, de procéder à la substitution d’un médicament biologique par un médicament biosimilaire, en début de traitement.

Cette substitution, prévue à l’article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, n’est ouverte que si le prescripteur n’a pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse « *non substituable* ».

En pratique, le décret d’application de cette mesure n’a jamais été publié pour des raisons tenant à la difficulté d’assurer la traçabilité de cette prescription et d’en informer en temps utile le prescripteur. La substitution par le pharmacien en initiation de traitement n’est donc pas autorisée, alors que l’article L. 5125-23-23 du code de la santé publique n’a pas été abrogé.

Depuis le vote de cette mesure, l’ANSM a par ailleurs clarifié sa position sur la substitution des médicaments biologiques lors de l’initiation de traitement. Contrairement à l’interchangeabilité en cours de traitement, l’ANSM considère en effet que « *si le choix entre deux médicaments biologiques (médicament de référence ou médicament biosimilaire) reste libre en l’absence de traitement antérieur identifié, il n’est cependant pas souhaitable, pour des raisons de sécurité et de traçabilité, de modifier la prescription initiale, en remplaçant une spécialité par une autre, sans garantie* »⁽¹⁾.

(1) ANSM, *Ibid.*

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Pour tirer les conséquences de la difficulté de mise en application des dispositions relatives à la substitution de médicaments biologiques par le pharmacien, cet article prend le parti d'abroger les articles législatifs autorisant et encadrant cette substitution.

Le 5° du I abroge ainsi les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la santé publique, respectivement relatifs :

- à l'obligation, pour le médecin prescripteur, d'inscrire expressément la possibilité ou l'impossibilité de substitution lors de la prescription d'un médicament biologique ;
 - à la possibilité, pour le pharmacien, de proposer un médicament biosimilaire lors de l'initiation du traitement.
- En supprimant la possibilité pour le pharmacien de procéder à la délivrance d'un biosimilaire lors de l'initiation du traitement par l'abrogation de l'article L. 5125-23-3, le Gouvernement entend mettre fin à l'insécurité juridique résultant de l'absence de publication du décret prévu par la LFSS 2014, afin d'assurer la délivrance des biosimilaires conformément aux conditions de sécurité et de traçabilité préconisées par l'ANSM.

- L'abrogation du premier alinéa de l'article L. 5125-23-2 est une conséquence de cette clarification juridique. Cet alinéa définit en effet les règles applicables lors de l'initiation d'un traitement avec un médicament biologique par le médecin, en autorisant notamment ce dernier à porter la mention expresse « non substituable » sur la prescription. Cette disposition n'a plus lieu d'être dès lors que le pharmacien a l'impossibilité de procéder à la substitution d'un médicament biologique par un médicament autre que celui renseigné sur la prescription, quel que soit le stade du traitement.

Le médecin conservera la possibilité de prescrire un médicament biosimilaire en initiation de traitement. En outre, il conserve bien évidemment la possibilité de modifier sa prescription en cours de traitement.

Le second alinéa de l'article L. 5125-23-2, abrogé par le 5° du I, précise quant à lui les conditions d'information du patient en termes de spécificité des médicaments biologiques, de possibilités de prescription et de surveillance clinique associée à la prescription d'un médicament biologique. En pratique, ces dispositions relèvent du droit commun de l'information et du consentement du patient, tel que prévu par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

– l'article L. 1111-2 du code de la santé publique dispose ainsi que « [toute] *personne a le droit d'être informée sur son état de santé* ». Cette information porte notamment sur les différents « *traitements* » proposés, « *leurs*

conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles » ainsi que sur les « *conséquences prévisibles en cas de refus* » ;

– les articles L. 4130-1 et L. 4130-2 définissent quant à eux les obligations respectives des médecins généralistes de premier recours et des médecins spécialistes de premier et deuxième recours relatives au suivi des patients.

L'abrogation du second alinéa de l'article L. 5125-23-2 n'emporte donc aucune conséquence en termes de droits des patients.

V. CRÉATION DU BULLETIN OFFICIEL DES PRODUITS DE SANTÉ

1. Les difficultés posées par l'hétérogénéité des supports de publication officielle

En l'état du droit, les données relatives à la prise en charge des produits de santé sont publiées sur des supports distincts, notamment :

– le *Journal officiel* de la République française (JORF) ;

– le site du ministère des solidarités et de la santé, s'agissant du *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité* ;

– le site de l'assurance maladie, s'agissant des circulaires de l'assurance maladie.

● Le *Journal officiel* de la République française publie notamment les arrêtés de prise en charge (ou de fin de prise en charge) ainsi que les informations relatives aux tarifs et, le cas échéant, au prix des produits et prestations fixés par le Comité économique des produits de santé (CEPS) (article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale).

● Le *Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité* publie en texte intégral, selon un double classement thématique et chronologique, les textes n'ayant pas déjà été publiés au JORF, c'est-à-dire les arrêtés, annexes d'arrêtés, avis, décisions, circulaires et notes de service.

Ce bulletin officiel, réalisé en partenariat avec la direction de l'information légale et administrative (DILA), est publié le 15 de chaque mois.

● Les circulaires de l'assurance maladie sont des textes d'application de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) précisant l'interprétation de certaines dispositions réglementaires et donnant des instructions aux services pour l'application des textes législatifs et réglementaires.

L'étude d'impact souligne que « *cette multiplicité des sources ne favorise pas la diffusion large des règles de prescription et de prise en charge des produits, ni leur respect* ». En effet, près de 1 200 produits font l'objet d'une décision chaque année, ce qui nécessite d'en assurer une meilleure visibilité afin de gagner en efficacité et d'accélérer l'accès des intéressés à ces décisions.

Cet article propose en conséquence de remplacer les différentes publications existantes par une base de données unique relative à la prise en charge des produits de santé. Cette base serait accessible de manière dématérialisée, exhaustive et opposable.

2. Le contenu de la mesure

Le 12° du II propose ainsi de compléter l'article L. 162-17-3-1 du code de la sécurité sociale, dont les I et II portent sur les moyens mis à la disposition du Comité économique des produits de santé, par un III renvoyant au nouveau « *Bulletin officiel des produits de santé* » la publication de l'ensemble des informations relatives à la prise en charge des produits de santé.

Ce *Bulletin officiel des produits de santé* (BOPS) regrouperait ainsi l'ensemble des informations et décisions relatives au remboursement, aux prix, aux tarifs et à l'encadrement de la prescription et de la dispensation :

– des médicaments ;

– des dispositifs médicaux ;

– des autres produits de santé et le cas échéant, des prestations associées, c'est-à-dire les prestations inscrites sur la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Par coordination, à l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, le 11° du II substitue, la référence au JORF par un renvoi au « *Bulletin officiel des produits de santé* », s'agissant des prix de vente au public des médicaments, des tarifs et, le cas échéant, des prix des produits et prestations fixés par le comité.

L'étude d'impact précise que le BOPS sera « *développé et maintenu par la Caisse nationale d'assurance maladie, sous la responsabilité du ministre chargé de la sécurité sociale* ».

3. Les effets attendus

Cette mesure présente, d'après l'étude d'impact, au moins deux intérêts :

– une meilleure accessibilité aux décisions administratives, d'une part

– une réduction des délais de publication de ces décisions, d'autre part.

L'étude d'impact considère ainsi que le raccourcissement des délais de publication permettra de réaliser des économies de l'ordre de 10 millions d'euros.

Cette hypothèse d'économies tient compte, selon les éléments communiqués au rapporteur général, du coût du développement du BOPS – jusqu'à 1 million d'euros – ainsi que de l'effet net sur les prises en charge grâce à

l'accélération de l'entrée en vigueur des baisses de prix, et de l'arrivée accélérée de nouveaux médicaments.

4. Les modalités d'entrée en vigueur

L'entrée en vigueur du *BOPS* sera fixée par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, au plus tard le 1^{er} mars 2022 (**B** du **III**).

Le rapporteur général s'est vu confirmer l'intention de déployer le plus rapidement possible le *BOPS*, idéalement au cours de l'année 2020. La date butoir du 1^{er} mars 2022 permet toutefois de tenir compte des incertitudes pesant sur l'avancée du chantier relatif au système d'information des produits de santé déployé par la CNAM.

*

* *

Article 30

Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU

Adopté par la commission avec modifications

L'article 30 prévoit de mieux encadrer la délivrance d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives. Il permet de privilégier la délivrance d'ATU de cohorte, et de mieux encadrer la prise en charge par l'assurance maladie de ces ATU nominatives.

Par ailleurs, cet article permet de donner une meilleure lisibilité aux industriels pour le remboursement des remises, en modifiant notamment le droit existant en matière de remboursement des remises dues par les industriels au moment de la sortie du dispositif d'ATU.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE CADRE GÉNÉRAL

1. Le parcours d'accès au marché du médicament

Pour comprendre la spécificité du dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU), un retour sur la procédure de droit commun d'accès au marché des médicaments est nécessaire.

- Après avoir réalisé les essais cliniques nécessaires, si ceux-ci sont concluants, l'industriel doit solliciter une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Cette autorisation est délivrée, selon le médicament, par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour les médicaments présumés innovants, la procédure est centralisée au niveau européen. L'AMM est accordée après une évaluation scientifique de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité du médicament, si celui-ci présente un rapport bénéfice-risque au moins équivalent à celui des produits déjà commercialisés.

- Après avoir obtenu une AMM, l'industriel peut fixer librement le prix de son médicament. En revanche, pour qu'il soit remboursable, il doit déposer une demande à la Haute Autorité de santé (HAS).

La HAS détermine alors :

- si le produit doit être remboursé et le cas échéant à quel taux, en fonction de son intérêt clinique. C'est l'évaluation du « service médical rendu » ;

– si le produit apporte un progrès thérapeutique par rapport aux traitements qui existent déjà. Cette évaluation de « l'amélioration du service médical rendu » sert ensuite de base pour la détermination du prix du médicament par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

- Sur la base de cette évaluation, une négociation s'engage entre les industriels concernés et le CEPS, qui est un organisme interministériel. Cette négociation doit ensuite aboutir à la fixation d'un prix facial publié au *Journal officiel*, mais aussi de remises conventionnelles dont le montant est protégé par le secret des affaires.

- Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fixe ensuite le taux de remboursement du médicament en fonction de l'amélioration du service médical rendu déterminée par la HAS, et un arrêté ministériel marque l'admission au remboursement du médicament.

2. L'accès précoce : les autorisations temporaires d'utilisation

Créé en 1994 dans le cadre de la lutte contre le sida, le dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) a permis à la France d'être précurseur dans l'accès précoce aux médicaments innovants.

L'article L. 5121-12 du code de la santé publique précise que cette voie d'accès précoce ne peut être utilisée qu'à titre exceptionnel, et seulement si :

- le médicament est destiné au traitement de maladies graves ou rares ;
- aucun autre traitement approprié n'est disponible ;
- elle concerne des patients dont le traitement ne peut pas être différé.

Deux catégories d'ATU doivent être distinguées :

- les **ATU de cohorte**, délivrées à la demande des industriels, qui doivent parallèlement avoir déposé une demande d'AMM ou s'engager à le faire dans un délai maximal d'un an ;

- les **ATU nominatives**, délivrées pour un patient nommément désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale – en général des patients atteints de maladies rares. L'ATU est alors délivrée sous la responsabilité du médecin prescripteur qui en a fait la demande, si le médicament est susceptible de présenter un bénéfice pour le patient.

Les médicaments sous ATU ne sont pas disponibles en ville, mais uniquement à l'hôpital pour les patients hospitalisés ou dans les pharmacies hospitalières.

- Une fois l'ATU autorisée par l'ANSM, tout médicament faisant l'objet d'une ATU est pris en charge par l'assurance maladie, sur la base d'un prix fixé

librement par les laboratoires (article 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale), à titre d'indemnité.

Depuis 2017, le laboratoire peut toutefois être soumis à un remboursement rétroactif à l'assurance maladie :

– 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 ;

– si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandé par l'industriel.

● Enfin, entre l'obtention de l'AMM et la fixation du prix d'un médicament précédemment sous ATU, le médicament peut continuer à être délivré aux patients et pris en charge par l'assurance maladie grâce à un régime transitoire de « post-ATU » mis en place en 2011.

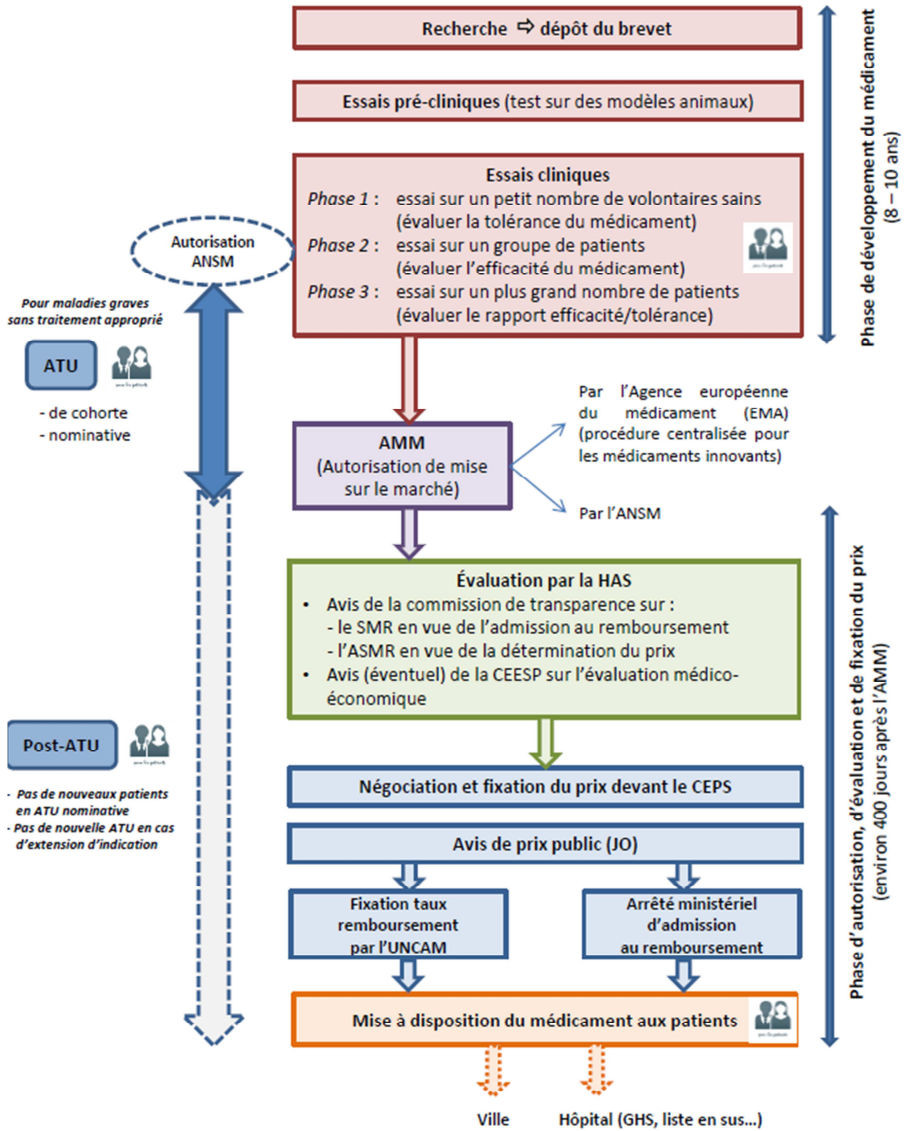
En effet, l'allongement des délais entre la délivrance de l'AMM et la fixation du prix du médicament fragilisait la continuité de la prise en charge des patients bénéficiaires de médicaments sous ATU. Le régime « post-ATU » décrit à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale permet désormais à tout médicament qui, préalablement à l'obtention d'une AMM, était bénéficiaire d'une ATU, d'être pris en charge par l'assurance maladie sur la base de l'indemnité librement fixée par les laboratoires pharmaceutiques.

Si les médicaments sous ATU sont systématiquement pris en charge par l'assurance maladie, ce n'est pas le cas des médicaments en post-ATU :

– un principe de continuité de la prise en charge est retenu quand le patient a initié son traitement sous le régime de l'ATU. Le médicament continue à être remboursé, sauf si l'indication considérée n'a pas été retenue dans l'AMM ou si une alternative thérapeutique a pu être trouvée ;

– en revanche, si le traitement est initié pendant la période de post-ATU, le médicament ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que s'il s'agit d'une ATU de cohorte et à condition que l'indication soit mentionnée dans l'AMM ou dans une extension d'AMM en cours de validation.

Le parcours d'accès au marché et aux patients du médicament



Source : 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 sociales du Sénat, 13 juin 2018.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Comme le souligne l'étude d'impact, le coût des dispositifs d'ATU pour l'assurance maladie représente désormais plus de 1 milliard d'euros par an, contre une centaine de millions d'euros il y a six ans, alors même que ces prises en charge concernent un nombre de patients de plus en plus faible. Cette augmentation du coût de prise en charge est en partie due à des dérives : ainsi, l'étude d'impact évoque le cas d'un médicament pour lequel plusieurs ATU nominatives ont été délivrées en 2019 et pour lequel le laboratoire a facturé 2 millions d'euros par patient.

Le présent article vise à limiter ces dérives pour préserver notre système d'accès précoce.

A. MIEUX RÉGULER LES ATU NOMINATIVES

Alors que les ATU de cohorte sont délivrées pour un grand nombre de patients, les ATU nominatives sont délivrées au cas par cas.

Comme le souligne un récent rapport du Sénat ⁽¹⁾, ces ATU nominatives, délivrées de manière très limitées et pour un usage compassionnel, permettent « *de contourner les aléas de la mise à disposition des produits de santé, liés notamment à la stratégie industrielle des laboratoires* ».

En général délivrées de manière plus précoce que les ATU de cohorte, elles sont aussi, la plupart du temps, délivrées pour une période plus longue, dès lors que l'industriel ne demande pas une AMM pour le produit concerné. Ainsi, alors que la durée moyenne d'une ATU de cohorte est de sept mois, le rapport du Sénat précité souligne qu'il est impossible de dégager une moyenne pour les ATU nominatives : « *tandis que certaines ATU nominatives visent à autoriser une injection unique d'un produit pour un seul patient, d'autres sont accordées pour le traitement de maladies chroniques, qui peuvent dès lors conduire à un traitement à vie du patient* ».

Moins transparentes pour les patients, les ATU nominatives peuvent également donner lieu à des excès, puisqu'elles ne donnent lieu à aucune discussion entre les pouvoirs publics et le laboratoire concerné, et que ce dernier n'a pas l'obligation, contrairement aux ATU de cohorte, de s'engager à déposer une AMM. Depuis plusieurs années, la politique de l'ANSM est d'inciter, pour un médicament pour lequel il y a plusieurs délivrances d'ATU nominatives, à basculer vers un régime d'ATU de cohorte, voire idéalement faire en sorte qu'il relève directement du régime des ATU de cohorte. Or l'ANSM ne dispose que de peu de leviers pour inciter les laboratoires à faire une demande d'ATU de cohorte, et certains laboratoires préfèrent éviter de s'engager dans cette démarche.

(1) Rapport d'information n° 569 (2017-2018) précité.

En effet, une ATU nominative, pour être délivrée, doit seulement remplir l'un des quatre critères ci-dessous :

- avoir demandé à bénéficier d'une ATU de cohorte ;
- ou avoir demandé une AMM ;
- ou conduire des essais cliniques en France (ou avoir fait une demande en ce sens) ;
- ou s'engager à demander une AMM ou une ATU de cohorte.

ATU NOMINATIVES

	2014	2015	2016	2017	2018
Octroi d'ATU-n	25 521	24 791	27 095	22 295	21 633
Médicaments mis à disposition par an	208	219	205	253	217
Patients inclus	18 831 (dont 12 822 en initiation de traitement)	17 829 (dont 12 175 en initiation de traitement)	19 625 (dont 14 029 en initiation de traitement)	16 621 (dont 11 390 en initiation de traitement)	15 987 (dont 11 342 en initiation de traitement)

ATU DE COHORTE

	2014	2015	2016	2017	2018
Nouvelles substances ayant eu une ATU-c	25	13	10	11	20
Médicaments sous ATU-c ayant obtenu l'AMM	24	12	9	8	16
Patients nouvellement inclus	12 111	10 216	11 909	8 250	5 642

Source : ANSM, rapport annuel 2018.

1. Mieux encadrer les demandes d'ATU nominatives

Le **A du I** du présent article vise à mieux encadrer la délivrance d'ATU nominatives en modifiant l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

Le **1°** définit plus strictement les ATU nominatives.

Aujourd'hui, les ATU nominatives ne peuvent être demandées que si le médicament est susceptible d'apporter « *un bénéfice* » au patient. Le **a du 1°** vise

à augmenter le niveau d'exigence relatif à ce bénéfice attendu : le médicament devra désormais apporter une « *efficacité cliniquement pertinente* » et un « *effet important* » dans le traitement du patient. Cette disposition harmonise les termes utilisés avec ceux de l'article R. 163-32-1 du code de la sécurité sociale.

Le **b du 1°** conditionne également la délivrance d'une ATU nominative à des « *conséquences graves fortement probables* » pour le patient en l'état des thérapeutiques disponibles. Il insiste sur l'exigence d'efficacité et de sécurité déjà mentionnée à cet article, afin de préciser qu'elles doivent être « *fortement* » présumées (reprenant ainsi la formule existant déjà pour les ATU de cohorte).

Le **2°** encadre plus strictement les conditions dans laquelle ces demandes peuvent être examinées par l'ANSM.

Parmi ces conditions alternatives, figure aujourd'hui le fait que ce médicament ait fait l'objet d'une ATU de cohorte. Le **b du 2°** précise qu'aucune décision relative à cette demande ne doit pas avoir été prise : **un médicament bénéficiant déjà d'une ATU de cohorte ou pour lequel une telle demande a été refusée ne pourra donc plus bénéficier d'une ATU nominative.**

Dans la même optique, le **c du 2°** durcit la condition relative aux essais cliniques, **supprimant la possibilité d'obtenir une ATU nominative si une demande d'essai clinique a seulement été déposée** : pour remplir cette condition, des essais cliniques devront impérativement être conduits en France.

Actuellement, une ATU nominative peut être délivrée si le laboratoire s'engage à déposer une demande d'AMM ou d'ATU de cohorte, dans un délai déterminé par l'ANSM. Le **d du 2°** prévoit que la durée maximale de ce délai sera fixée par décret.

Le **e** crée une cinquième possibilité permettant à l'ANSM d'autoriser une ATU nominative, si l'état clinique du patient du fait de son urgence vitale nécessite le traitement immédiat par ce médicament. Cette possibilité ne pourra s'appliquer que pour les traitements des maladies aiguës sans alternative thérapeutique pris en charge par l'assurance maladie. Selon les informations transmises au rapporteur général, il s'agit ici de pouvoir traiter les patients en cas d'urgence vitale et absolue (par exemple suite à une morsure de serpent où une intoxication par un champignon) et que le médicament ne dispose ni d'AMM en France ni d'ATU de cohorte, ces cas restant évidemment très minoritaires.

Le **f** crée un nouveau B du III à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui prévoit que trois conditions supplémentaires devront désormais être réunies pour qu'une demande d'ATU nominative soit recevable :

– le nombre total d'ATU nominatives délivrées pour un même médicament ne devra pas dépasser un seuil fixé par arrêté. Au-delà de ce seuil, l'industriel pourra déposer une demande d'ATU de cohorte. Le **B du II** réalise la coordination

nécessaire à l'application de cette disposition à l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale ;

– le médicament faisant l'objet d'une ATU nominative ne doit pas disposer d'une AMM, quelle que soit l'indication pour laquelle cette AMM a été donnée. Il s'agit ici d'une simple précision, puisque l'article L. 165-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que les ATU nominatives ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge qu'avant la délivrance d'une première autorisation de mise sur le marché pour le médicament ;

– le médicament ne doit pas déjà disposer d'une ATU de cohorte.

Le 3° supprime deux des hypothèses dérogatoires existantes pouvant donner le droit à la délivrance d'une ATU nominative, même en l'absence de demande à venir ou en cours d'instruction d'AMM, ou d'ATU de cohorte ou de réalisation d'essais cliniques :

– lorsque, en l'état des thérapeutiques disponibles, des conséquences fortes pour le patient sont très fortement probables, cette condition étant désormais un facteur commun pour toutes les ATU nominatives (*cf. supra*) (b) ;

– si une demande d'essai clinique ou d'ATU de cohorte a été refusée, par cohérence avec les dispositions introduites précédemment (c).

La seule dérogation restant possible sera donc les cas dans lequel le médicament a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation, si l'indication thérapeutique sollicitée est différente de celle de l'autorisation du médicament ayant fait l'objet de cet arrêt.

Le **B du I** modifie l'article L. 5151-20 du code de la santé publique, afin de préciser que les modalités – et non plus seulement les conditions – d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait des ATU sont déterminées par décret en Conseil d'État.

Le rapporteur général s'interroge sur les effets de cette mesure tant pour les patients que sur les finances sociales, non documentés dans l'étude d'impact. Il s'interroge notamment sur les modalités d'application du « seuil » quantitatif nouvellement applicable aux ATU nominatives, et de la transition entre les régimes d'ATU nominatives et de cohorte, dans le cas où un industriel déciderait de ne pas déposer de demande d'ATU de cohorte.

2. Mieux réguler le coût des ATU nominatives

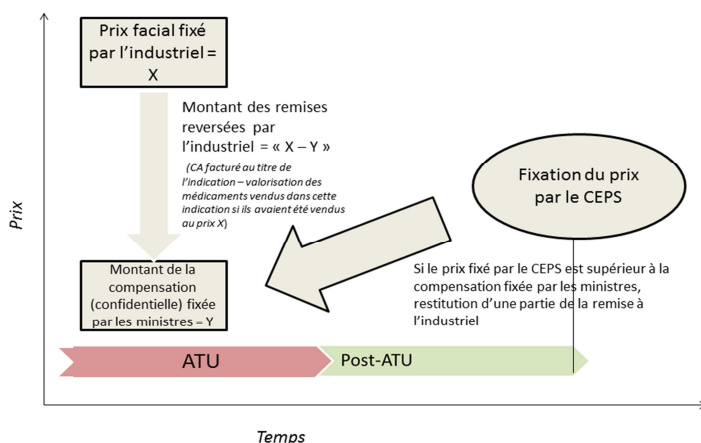
Pour mémoire, tout médicament faisant l'objet d'une ATU est entièrement pris en charge par l'assurance maladie dès l'octroi de l'ATU, sur la base d'un prix libre (« indemnité ») décidé et fixé par les laboratoires. Ce financement est assuré pendant toute la période de post-ATU (entre l'AMM et la prise en charge de droit commun).

Toutefois, au vu du poids croissant de ces prises en charge pour l'assurance maladie, l'article 65 de la LFSS 2019 a prévu un mécanisme de financement différent, pour les extensions d'indications post-AMM, les « accès directs » en post-ATU et la prise en charge précoce des dispositifs médicaux innovants.

Cette compensation, dont le niveau est confidentiel, correspond en réalité à la prise en charge par l'assurance maladie du médicament dans cette nouvelle indication. L'industriel doit reverser chaque année, 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 pour cette nouvelle indication avaient été valorisés au prix (compensation) fixé par le ministre. Cette indemnité est prévue au V de l'article L. 162-16-5-1.

Le 2° du II applique ce nouveau mécanisme de « compensation » aux ATU nominatives, afin de mieux en réguler le coût.

MÉCANISME DE COMPENSATION APPLICABLE AUX ATU NOMINATIVES AUX TERMES DU PRÉSENT ARTICLE



Source : commission des affaires sociales.

B. FACILITER LE VERSEMENT DES REMISES POST-ATU PAR LES LABORATOIRES

Le II du présent article modifie le droit existant en matière de remises dues par les laboratoires au moment de la sortie du dispositif d'ATU.

En effet, une fois le prix fixé par le CEPS, au moment de la sortie de l'ATU ou du post-ATU, le laboratoire rembourse de manière rétroactive le différentiel entre l'indemnité ATU fixée librement par l'industriel et le prix du médicament *in fine* défini par le CEPS après que le médicament a obtenu son AMM.

Depuis la LFSS 2017, le montant de ce remboursement rétroactif est désormais calculé non plus par rapport au tarif de remboursement, c'est-à-dire au prix facial du médicament, mais par rapport à son prix net de référence, c'est-à-dire net des remises conventionnellement consenties par le laboratoire.

Or, selon l'étude d'impact, les laboratoires n'anticipent pas les niveaux, parfois élevés, de remises dues, ce qui complexifie leur recouvrement. Il n'existe pas, à ce jour, de mécanisme permettant de demander au laboratoire de provisionner ou de reverser périodiquement une partie des montants perçus au titre de l'ATU ou du post-ATU.

Le **1° du A du II** vise à faciliter ce remboursement rétroactif pour les industriels, en introduisant plus de souplesse dans le remboursement.

Il crée un B au III de l'article L. 162-16-5, qui précise que pour chaque indication considérée, l'intégralité de ces remises est versée en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu, tout en prévoyant un mécanisme dérogatoire.

Ainsi, tout laboratoire redevable de ce remboursement rétroactif à la suite d'une ATU pourra être exonéré s'il signe avec le CEPS une convention relative au versement des remises. Cette convention devra être signée avant le 1^{er} mai de l'année suivant l'année civile au cours de laquelle l'indication concernée a été inscrite au remboursement. Cette convention pourra prévoir :

- soit le versement sur au plus deux années successives des remises dues ;
- soit le versement en une seule fois, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu. Dans ce cas, une décote de 3 % pourra être appliquée sur le montant dû.

Il crée également un nouveau C, qui prévoit que pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire concerné un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait finalement prendre en charge cette indication. Cette disposition ne s'appliquera pas aux extensions d'indications pour les médicaments disposant déjà d'une AMM. Selon les indications transmises au rapporteur général par le Gouvernement, *« il s'agit d'un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait finalement prendre en charge cette indication, pour que le laboratoire puisse en tirer les conséquences comptables. Ce montant ne présage pas du prix auquel le médicament sera finalement négocié et pris en charge dans le droit commun. C'est une communication à titre informatif pour le laboratoire, pour qu'il puisse passer des provisions dans ses comptes et ainsi disposer des fonds potentiellement nécessaires pour le versement des remises au moment de l'inscription du produit. »*

Si cette proposition, qui permettra de donner plus de visibilité aux laboratoires, apparaît tout à fait pertinente, le rapporteur général s'interroge cependant sur la valeur juridique de cette communication et sur la nécessité de la mentionner dans la loi.

C. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le **III** précise les modalités d'entrée en vigueur du présent article.

Les dispositions relatives à la régulation des ATU nominatives entreront en vigueur au 1^{er} mars 2020 et seront applicables aux demandes d'autorisations déposées à compter de cette date, mais ne concerneront pas les ATU nominatives délivrées avant le 1^{er} mars 2020 (**A**). Pour le rapporteur général, cette formulation crée un vide juridique pour les demandes d'autorisations déposées mais pas encore délivrées avant le 1^{er} mars 2020.

Les dispositions relatives à la convention éventuellement conclue pour étaler le remboursement des remises, prévues au nouveau B du III de l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, sont applicables aux spécialités bénéficiant du régime d'ATU ou de post-ATU « à compter d'une date ultérieure au jour de l'entrée en vigueur de la présente loi » ainsi que pour les spécialités déjà sous ATU ou post-ATU ou dont la prise en charge sous ce régime a pris fin au cours de l'année 2019. Cette disposition, peu claire, signifie, selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale, que cette disposition « s'applique à toutes les ATU et post-ATU (ATU comprises et nouveaux dispositifs issus de la LFSS pour 2019) qui auraient été clôturées en 2019, ou qui seraient toujours en cours ou qui seraient initiées après la date d'entrée en vigueur de la loi (application au stock et au flux) » (**B**).

Les dispositions relatives à la communication indicative du ministre sur le niveau de prix qui pourrait être fixé pour cette spécialité sont applicables à toutes les ATU pour lesquelles aucune compensation n'est par ailleurs fixée. En effet, lorsqu'une compensation est prévue, le laboratoire reverse déjà une partie des futures remises et la nécessité de provisionnement ne se pose pas. Elle concerne à la fois le stock actuel et le flux à venir d'ATU prises en charge, à l'exception des ATU nominatives dont le stock n'est pas concerné (**C**).

Le **D** précise l'application du nouvel article L. 162-16-5-4 au sein du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 65 de la LFSS 2019, qui impose des obligations nouvelles aux industriels dans la période qui suit la sortie du système dérogatoire (ATU ou post-ATU), afin d'éviter les abus et de garantir la continuité des traitements. Il précise que ces obligations sont applicables aux spécialités bénéficiant d'une prise en charge dérogatoire encore en cours lors de la publication de la présente loi. Aujourd'hui, l'incertitude liée à l'entrée en vigueur de la disposition conduit à ne l'appliquer que pour les ATU initiées après l'entrée en vigueur de la LFSS 2019.

*

* *

Article 31

Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie

Adopté par la commission sans modification

L'article 31 transfère le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) et de l'Agence nationale de santé publique (ANSP), qui dépendaient jusqu'ici de la mission *Santé* du budget de l'État vers la branche maladie de la sécurité sociale, pour un montant de 270 millions d'euros.

1. Le financement des agences de santé : un paysage composite et évolutif

● Depuis leur multiplication dans les années 1990 et 2000, à la suite de plusieurs crises sanitaires, les agences sanitaires constituent une formule juridique largement utilisée depuis pour distinguer, au sein des politiques de santé publique, la gestion du risque, qui appartient à l'administration, et l'évaluation, qui doit appartenir à des organismes d'expertise indépendants.

Ces agences, conçues pour créer une « distance institutionnelle » avec l'administration, n'en demeuraient pas moins sur un plan juridique, pour la plupart d'entre elles, des établissements publics administratifs de l'État ⁽¹⁾, sans d'ailleurs que ce dernier assure la totalité de leur financement. Dans son rapport d'information de 2011 ⁽²⁾, notre collègue Yves Bur pointait déjà « *un financement diversifié* », associant subventions de l'État, mais aussi de la sécurité sociale, ressources propres (taxes affectées, redevances, chiffre d'affaires...).

● Le paysage des agences a connu une action conjuguée de modernisation et de rationalisation dans les années 2010, afin de tenir compte de leur premier bilan et de leurs premières limites.

Certaines agences ont ainsi changé, non seulement de nom, mais aussi de périmètre à l'instar de l'Agence du médicament devenue « Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » (AFSSAPS) en 1998, puis « Agence nationale de sécurité du médicament et de produits de santé » (ANSM) en 2012.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)

L'ANSM a repris à compter du 1^{er} mai 2012 les missions de l'AFSSAPS, vivement mise en cause dans l'affaire dite « Mediator ». Elle assure depuis, avec des moyens renforcés, une compétence de police sanitaire pour le compte de l'État : autorisation mais aussi retrait des produits pharmaceutiques, autorisation des essais cliniques, interdiction des dispositifs médicaux, autorisation ou interdiction des publicités.

(1) L'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites virales ont été créés sous la forme de groupement d'intérêt public (GIP), et l'Établissement français du sang, pour des raisons liées à la spécificité de son activité, sous la forme d'un établissement public à caractère industriel et commercial (EPIC).

(2) Rapport d'information (n° 3627) de la mission sur les agences sanitaires, 6 juillet 2011.

D'autres ont fait l'objet d'importantes opérations de fusion, dont la plus spectaculaire fut la création de l'agence nationale de santé publique (ANSP) en 2016, pour remplacer l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), l'Institut de veille sanitaire (INVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS). Il est désormais souvent fait référence à cette agence sous le terme qu'elle promeut dans sa communication publique, « Santé publique France ».

L'Agence nationale de santé publique (ANSP)

La création de l'ANSP a procédé de la volonté de regrouper les compétences en matière de connaissances et d'intervention en matière de prévention au sein de la même entité. L'Agence assure ainsi aussi bien l'observation épidémiologique, que la veille sanitaire, la promotion de la santé, l'éducation à la santé ou la réponse aux crises sanitaires.

● Dans le même temps a été engagé, conformément aux préconisations de la Cour des comptes, un décroisement des financements entre l'État et l'assurance maladie :

– la loi de finances pour 2015⁽¹⁾ a transféré à la sécurité sociale le financement, jusqu'ici assuré par le programme 204 du budget de l'État, de l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation, du Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), de la Haute Autorité de Santé et de la formation médicale initiale (indemnisation des internes en médecine notamment) pour un total de 160,8 millions d'euros ;

– la loi de finances pour 2017⁽²⁾ a procédé à la même opération s'agissant du fonds d'intervention régional tandis que la part de financement par l'assurance maladie de l'ANSP a été supprimée et transférée au programme 204, et ce légèrement en défaveur de la sécurité sociale à hauteur de 51 millions d'euros ;

– enfin, la loi de finances pour 2018⁽³⁾ a transféré à l'assurance maladie le financement de l'Agence de la biomédecine ainsi que celle de l'École des hautes études en santé publique (EHESP).

Au terme de ces opérations, il ne reste plus que quatre agences financées par le programme 204 : l'ANSM, l'ANSP, l'INCa et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

(1) Loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015.

(2) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

(3) Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

2. L'article 31 transfère le financement de l'ANSM et de l'ANSP au budget de la sécurité sociale

Le présent article prévoit le transfert du financement de deux des quatre agences qui relèvent encore du budget de l'État à la branche maladie de la sécurité sociale.

- Le **I** modifie l'article L. 1413-12 du code de la santé publique en vue de rétablir, parmi les ressources prévues par le législateur pour l'ANSP, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, fixée et répartie par décret simple.

Contrairement à la rédaction abrogée en 2017, il ne s'agit pas d'un financement partiel et fléché, mais bien d'une substitution au versement de l'État. La faculté pour celui-ci, comme pour toute autre collectivité, établissement public ou encore l'Union européenne ou une organisation internationale, d'accorder une subvention n'est pas supprimée, afin de ne pas « verrouiller » le dispositif.

Le montant transféré correspond donc à la subvention pour charges de service public prévue pour 2020, soit 159 059 275 euros. Cette somme correspond à une hausse de 3,4 % de sa dotation en 2020, par rapport à la subvention budgétaire prévue en 2019 (153 740 000 euros en autorisation d'engagements).

- Le **II** procède à la même opération à l'article L. 5321-2 s'agissant de l'ANSM. L'étude d'impact annonce un transfert à hauteur de 112 507 438 euros, soit une baisse de 4,6 % par rapport à la subvention budgétaire en 2019.

L'étude d'impact souligne qu'il devrait s'agir d'un financement intégré au sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), catégorie résiduelle qui comprend les « autres prises en charge ». Ce faisant, et bien que le transfert soit compensé en recettes (*cf. infra*), il aura nécessairement une incidence sur la construction de l'ONDAM 2020, en augmentant d'autant la croissance des dépenses d'assurance maladie de 268 602 713 euros, soit 0,13 point.

Lors de son audition par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale a confirmé que la construction d'un ONDAM à 2,3 % se faisait à périmètre constant, et que le financement de ces deux agences n'entamerait pas cette norme de dépenses, mais viendrait s'y ajouter :

TRANSFERT DU FINANCEMENT DE L'ANSM ET DE L'ANSP VERS L'ONDAM

(en milliards d'euros)

Base de l'ONDAM 2019	Montant du transfert	ONDAM 2020 à champ constant	ONDAM (+ 2,3 %)
200,4	0,3	200,6*	205,3*

* L'écart est dû à un effet d'arrondi des bases, dû à la présentation au dixième près.

Source : annexe 7 du projet de loi.

CHAPITRE 2
Améliorer l'accès aux soins

Article 32

Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a étendu le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière. Ce nouveau dispositif, dit « complémentaire santé solidaire », rend obsolètes les différents contrats de sortie jusqu'alors proposés aux personnes ne remplissant plus les conditions pour prétendre à la CMU-C ou à l'ACS.

L'article 32 instaure en conséquence un dispositif unique et simplifié pour tous les sortants du nouveau dispositif de « complémentaire santé solidaire », leur permettant d'accéder pendant un an à un contrat responsable, pour un coût modéré.

Il modifie, en outre, les modalités de fixation des frais de gestion applicables aux organismes gestionnaires de la complémentaire santé solidaire, pour substituer un forfait fixe par bénéficiaire au coefficient de majoration retenu par la LFSS 2019.

Cet article autorise enfin l'ouverture en cours de mois du droit à la complémentaire santé solidaire pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale.

I. REFONTE DES DISPOSITIFS À DESTINATION DES ASSURÉS EN FIN DE DROIT À LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE EN MATIÈRE DE SANTÉ

A. LE DROIT ANTÉRIEUR À LA LFSS 2019

1. Des « contrats de sortie » visant à atténuer les effets de la fin du droit aux dispositifs de protection complémentaire en matière de santé

Sous condition de résidence stable et régulière en France, les personnes ayant de faibles ressources peuvent bénéficier d'un accès facilité à une protection complémentaire en matière de santé.

Jusqu'à la mise en place d'une couverture complémentaire unique qui entrera en vigueur à compter du 1^{er} novembre 2019, en application de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019⁽¹⁾, cette protection se composait de deux dispositifs : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), d'une part, et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), d'autre part.

(1) Article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

**La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)
et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)**

- La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est une complémentaire santé gratuite ouvrant droit, notamment, à la prise en charge intégrale du ticket modérateur, des participations forfaitaires et du forfait journalier en cas d'hospitalisation, ainsi qu'au tiers payant. Au 1^{er} avril 2019, le plafond de ressources permettant de bénéficier de la CMU-C s'élève à 8 951 euros par an pour une personne seule résidant en métropole.
- L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) est quant à elle un « chèque santé » visant à aider les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % à supporter le coût d'une complémentaire santé. Cette aide ouvre droit à une réduction de cotisations lors de la souscription de l'un des onze contrats sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence, offrant chacun trois niveaux de garanties (A, B ou C). Le montant de cette aide, variable en fonction de l'âge du bénéficiaire, s'élève entre 100 euros à 550 euros par an. Au 1^{er} avril 2019, le plafond de ressources annuel pour en bénéficier est de 12 084 euros pour une personne seule résidant en métropole.

Pour assurer la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la CMU-C peuvent opter soit pour leur caisse d'assurance maladie, soit pour un organisme complémentaire (mutuelle, institution de prévoyance, société d'assurance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer cette assurance complémentaire. Les bénéficiaires de l'ACS doivent quant à eux choisir entre l'un des onze contrats proposés par les organismes gestionnaires habilités.

Lorsque leurs ressources dépassent le plafond permettant de bénéficier soit de la CMU-C, soit de l'ACS, les assurés sortants de ces dispositifs doivent se voir systématiquement proposer un « contrat de sortie » par l'organisme gestionnaire de leurs droits.

Les modalités de ces contrats, mis en place pour adoucir les effets de seuil résultant du dépassement des plafonds de ressources et pour éviter le renoncement à la complémentaire santé, diffèrent selon qu'ils sortent du dispositif de la CMU-C ou de l'ACS.

- *Le contrat proposé aux sortants du dispositif de la CMU-C*

Aux termes de l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, les bénéficiaires de la couverture complémentaire dépassant simultanément le seuil d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS ont droit à une prolongation de leur contrat pendant un an, assortie de conditions particulières.

Ce contrat de sortie doit en effet couvrir les mêmes garanties que la CMU-C, et ne peut dépasser le montant annuel maximal de 370 euros pour une personne seule.

- *Le contrat proposé aux sortants du dispositif de l'ACS*

Pour les personnes ne remplissant plus les conditions de bénéfice de l'ACS, leur organisme complémentaire est tenu de leur proposer, selon l'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale :

- soit une prolongation pour une période d'un an de leur contrat ;
- soit la souscription d'un nouveau contrat parmi les trois niveaux de garanties (A, B ou C) existants, à un tarif identique à celui appliqué aux bénéficiaires de l'ACS.

Les assurés sortants doivent toutefois acquitter l'intégralité du coût de ce contrat, puisqu'ils ne bénéficient plus de l'aide financière. En outre, ce contrat de sortie ne permet plus à l'assuré de bénéficier du tiers payant intégral, ni de la prise en charge des majorations pour non-respect du parcours de soins, des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 euro.

2. Des dispositifs sous-utilisés et rendus obsolètes par la fusion de la CMU-C et de l'ACS opérée par la LFSS 2019

- En pratique, les contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS sont peu utilisés.

Le contrat de sortie du dispositif de la CMU-C, en particulier, est extrêmement peu sollicité : selon les informations transmises au rapporteur général, seuls 6 500 contrats de sortie CMU-C en moyenne sont ouverts chaque année, alors que 30 % des bénéficiaires de ce dispositif –soit environ 1,8 million de bénéficiaires⁽¹⁾ – le quittent chaque année.

Deux catégories de facteurs peuvent expliquer cette situation :

- en premier lieu, le nombre d'assurés sortants du dispositif de la CMU-C et éligibles au contrat de sortie est limité. La plupart d'entre eux peuvent en effet prétendre à l'ACS, dispositif qui demeure plus intéressant que le contrat de sortie dont la durée est limitée dans le temps. De plus, les bénéficiaires qui sortent du dispositif de la CMU-C grâce à une revalorisation de leurs revenus liée à la reprise d'une activité professionnelle peuvent, le cas échéant, choisir d'adhérer au contrat collectif de leur entreprise ;

- d'autres facteurs, en revanche, sont directement imputables aux caractéristiques du contrat de sortie et peuvent expliquer un très faible taux de recours. L'étude d'impact explique en effet que ce contrat est très méconnu, y compris par les organismes complémentaires gestionnaires de la CMU-C eux-mêmes : une étude conduite en 2015 montrait que sur 69 organismes ayant répondu – pour 320 interrogés –, seuls 70 % connaissaient bien le dispositif, et

(1) 5,63 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C au 31 janvier 2019.

seuls 36 % d'entre eux avaient déjà été sollicités par un ancien bénéficiaire de la CMU-C pour la mise en place d'un tel contrat. Par ailleurs, le tarif du contrat de sortie est fixe, quel que soit l'âge du bénéficiaire, ce qui le rend désavantageux pour les plus jeunes.

Le contrat de sortie du dispositif ACS a bénéficié quant à lui à environ 170 000 personnes, selon l'étude d'impact ⁽¹⁾. Néanmoins, ce nombre est sans doute surestimé car selon la même source, un certain nombre de ces contrats seraient utilisés plutôt comme un contrat transitoire, dans l'attente d'une nouvelle attestation ACS pour le renouvellement du contrat. De plus, « *le taux de recours varie fortement entre les organismes* », ce qui peut traduire « *des politiques plus ou moins volontaristes de la part de ces organismes, mais aussi des difficultés à diffuser l'information* ».

- Quel que soit le motif, le non-recours au contrat de sortie risque cependant d'entraîner une moindre couverture complémentaire de publics dont les revenus restent très modestes : entre 2012 et 2014, près de 5 % des Français ne bénéficiaient ainsi d'aucune couverture complémentaire santé ⁽²⁾. Or, cette absence de couverture complémentaire santé, observée plus fréquemment chez les demandeurs d'emploi, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes, est le plus souvent liée au revenu.

La refonte de ces dispositifs pour les rendre plus lisibles et plus attractifs permettrait, dès lors, d'améliorer le taux de couverture en matière de complémentaire santé.

- La fusion de la CMU-C et de l'ACS opérée par l'article 52 de la LFSS 2019 (cf. encadré ci-après) rend par ailleurs nécessaires l'adaptation et la simplification de ces différents contrats de sortie : il n'y aurait en effet pas de sens à maintenir deux dispositifs distincts de contrats de sortie alors qu'il n'existera bientôt plus qu'un seul dispositif de protection complémentaire en matière de santé.

(1) *Données constatées en juin 2018 dans le cadre d'une enquête réalisée auprès des organismes gestionnaires de l'ACS.*

(2) [*Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(DREES\), « La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres », Études et Résultats n° 1048, janvier 2018.*](#)

La fusion de la CMU-C et de l'ACS

L'article 52 de la LFSS 2019 a étendu le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) aux personnes éligibles à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), moyennant une participation financière.

En pratique, le dispositif reste gratuit pour les personnes dont les ressources annuelles sont inférieures au plafond permettant de bénéficier de la CMU-C. Pour celles dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et le plafond de l'ACS, cette nouvelle protection complémentaire est accessible grâce au paiement de la participation financière prévue au 2° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Elle est comprise entre 100 euros et 360 euros par an, en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Cette réforme permet aux personnes qui étaient éligibles à l'ACS de bénéficier d'une meilleure prise en charge de leurs frais de santé : ils pourront désormais accéder à un large panier de soins sans reste à charge (prise en charge intégrale du ticket modérateur ou du forfait journalier en établissement médico-social sans limite de durée, par exemple, mais aussi absence de reste à charge sur les prothèses dentaires, les aides auditives et les équipements d'optique).

En outre, par cohérence avec le remplacement de l'ACS par une nouvelle protection complémentaire, l'article L. 863-7 du code de la sécurité sociale relatif au contrat de sortie du dispositif ACS a déjà été abrogé par l'article 52 de la LFSS 2019. Cette abrogation, qui prendra effet le 1^{er} novembre 2019, rend d'autant plus urgente la création d'un nouveau dispositif de contrat de sortie pour les personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé expire.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Il convient de souligner en préambule que le projet de loi propose de renommer « complémentaire santé solidaire » la nouvelle couverture complémentaire prévue par la LFSS 2019, en lieu et place de la « couverture maladie universelle complémentaire » (CMU-C). Cette dénomination permettra en effet d'améliorer la visibilité de ce nouveau dispositif sans risque de confusion par rapport à la CMU-C « ancienne version », qui concernait un nombre réduit de bénéficiaires.

En conséquence, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie mentionné à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale change de nom et devient « Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire » (**a** et **b** du **8°** du **I**).

1. Un contrat de sortie aux tarifs encadrés et répondant au cahier des charges des contrats responsables

Pour tirer les conséquences de la fusion de la CMU-C et de l'ACS tout en encourageant le recours aux contrats de sortie, le 7° du **I** définit dans un nouvel article L. 861-12 du code de la sécurité sociale les modalités du nouveau contrat

de sortie accessible, pour une période d'un an, à toute personne ne bénéficiant plus de la couverture complémentaire solidaire.

Les règles sont très simplifiées par rapport à celles applicables aux anciens contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS.

● Ainsi, la seule exigence posée par l'article L. 861-12 nouveau est que le contrat proposé soit « conforme aux règles définies à l'article L. 871-1 » du même code. Il s'agit donc obligatoirement d'un contrat dit « responsable », qui doit respecter certaines conditions de prise en charge (cf. encadré).

Grâce à la réforme du « 100 % santé » prévue par l'article 51 de la LFSS 2019 et précisée par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 ⁽¹⁾, qui a renforcé le contenu minimal des contrats responsables, les assurés optant pour ce contrat de sortie bénéficieront ainsi d'un large panier de soins sans reste à charge, y compris sur certains soins dentaires, optiques et d'audiologie.

Le cahier des charges des contrats responsables

Les contrats d'assurance maladie complémentaires qui respectent les critères de « contrat responsable » tels que définis aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du code de la sécurité sociale bénéficient de plusieurs avantages fiscaux et sociaux, tels qu'un taux spécifique de taxe de solidarité additionnelle.

Le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 a renforcé les obligations du cahier des charges des contrats responsables afin d'élargir le panier de soins offert aux assurés de ces contrats. Désormais, le panier minimum de soins couvert par les contrats responsables comprend notamment :

- la prise en charge du ticket modérateur pour les soins de ville (consultations et actes réalisés par les professionnels de santé, médicaments dont la prise en charge avec l'assurance maladie est fixée à 65 %, etc.) ;
- l'intégralité du ticket modérateur sur les frais d'hospitalisation ainsi que du forfait journalier hospitalier ;
- l'intégralité des frais d'acquisition des prestations et équipements du panier de soins « 100 % santé » en matière d'optique, d'audiologie et de soins prothétiques dentaires.

Source : Instruction n° DSS/SDSA/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

● Le contrat est proposé pour une période d'un an. Le tarif du contrat de sortie sera défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, et variable en fonction de l'âge du bénéficiaire : il s'agit d'une nouveauté par rapport aux anciens contrats de sortie, qui vise notamment à encourager les populations les plus jeunes à conserver une couverture complémentaire.

(1) Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires.

Ce tarif pourra être revu à la baisse dans le cadre du régime local d'Alsace-Moselle, tant pour les salariés relevant du régime général (article L. 325-1 du code de la sécurité sociale) que pour les membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles (article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime). Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle comporte en effet une couverture complémentaire santé spécifique obligatoire impliquant une cotisation plus importante pour les assurés de ces régimes – une surcotisation compensée, donc, par un prix moins élevé du contrat de sortie dans ce cas particulier.

● La possibilité d'adhérer à ce contrat de sortie s'accompagne par ailleurs, pour l'ensemble des personnes ne bénéficiant plus du droit à la complémentaire santé solidaire, de deux garanties, qui s'appliquaient déjà aux contrats de sortie de la CMU-C conformément à l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée :

– le tiers payant continue de s'appliquer pendant une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit (**a** et **b** du **2°** du **I**) – cette mesure constitue en revanche une nouveauté par rapport aux anciens contrats de sortie de l'ACS, qui ne permettaient plus de bénéficier du tiers payant ;

– en outre, aucune « *période probatoire* » ne peut leur être opposée en cas de souscription à une assurance individuelle de frais de santé (**c** du **2°** du **I**).

En conséquence, les dispositions redondantes à l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 sont abrogées par le **II**. L'article 6-1 de la même loi, qui posait les conditions applicables au contrat de sortie de la CMU-C, est également abrogé par le **II**.

2. Les effets attendus

a. Pour les bénéficiaires du contrat de sortie

Les bénéficiaires sortant du dispositif de couverture santé solidaire et adhérant au contrat de sortie proposé par leur organisme gestionnaire bénéficieront, pour un coût réduit, d'un large panier de soins, sans reste à charge sur le panier minimum de garanties couvert par les contrats responsables et notamment sur un ensemble d'équipements et de produits d'optique, de prothèses auditives ou dentaires. Le panier de soins couvert pourra toutefois, dans certains cas, être moins protecteur que l'ancien contrat de sortie CMU-C, ce qui ne sera pas nécessairement une difficulté car le niveau de couverture de ce contrat était parfois très large au regard des besoins effectifs des bénéficiaires, notamment parmi les jeunes.

Ce dispositif doit inciter les bénéficiaires sortants à conserver une couverture complémentaire, tout en bénéficiant transitoirement de conditions

tarifaires privilégiées pour tenir compte de leur situation financière qui peut être encore fragile.

D'après les informations transmises au rapporteur général, le Gouvernement anticipe une augmentation du taux de recours aux contrats de sortie de 3 points en 2020, de 6 points en 2021 et de 9 points en 2022.

b. Pour les organismes complémentaires

Cette mesure représente plus de simplicité et de liberté pour les organismes complémentaires, car ils pourront proposer le contrat de sortie qu'ils souhaitent, avec pour seule contrainte l'obligation que ce dernier réponde au cahier des charges des contrats responsables et aux tarifs fixés par voie réglementaire.

Le Gouvernement considère en outre que le fait de réserver aux organismes complémentaires la possibilité de proposer un contrat de sortie pourrait encourager les primo-bénéficiaires de la couverture santé solidaire à choisir un organisme complémentaire – et non leur caisse d'assurance maladie – pour assurer la gestion de leurs droits.

Le rapporteur général s'interroge, néanmoins, sur la pertinence de cette disposition : est-il juste de priver d'anciens bénéficiaires de la couverture complémentaire santé d'un contrat de sortie à moindre coût avec un panier de soins de qualité, au seul motif qu'ils ont choisi pour gestionnaire leur caisse d'assurance maladie, et non un organisme de droit privé ?

c. Sur les recettes de taxe de solidarité additionnelle

● L'un des objectifs du nouveau dispositif est d'améliorer le taux de recours aux contrats de sortie. Si elle se vérifie, cette hypothèse entraînerait deux effets opposés :

– une baisse de la recette de taxe de solidarité additionnelle (TSA), d'une part, liée au moindre coût des contrats de sortie par rapport à la plupart des contrats de droit commun ;

– d'autre part, un renchérissement des recettes de TSA au titre des assurés qui opteraient pour le contrat de sortie de la complémentaire santé solidaire, alors qu'ils renoncent actuellement à toute couverture complémentaire à la sortie du dispositif de la CMU-C ou de l'ACS.

Le Fonds de financement de la couverture santé solidaire est attributaire de la part de TSA nécessaire à l'équilibrage de son résultat, tandis que le solde restant est attribué à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). En cas de variation de la TSA par rapport à la situation actuelle, cette variation « *se répercutera donc sur les produits retranscrits dans les comptes de la CNAM* ».

L'étude d'impact ne fournit toutefois aucune estimation sur l'évolution des recettes de TSA, à la hausse ou à la baisse : il est en effet difficile d'évaluer précisément le nombre d'assurés sortants qui décideront d'avoir recours au nouveau contrat de sortie.

3. L'entrée en vigueur du nouveau contrat de sortie

Sans changement par rapport aux anciennes dispositions applicables aux contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS, le 5° du **I** précise à l'article L. 861-8 du code de la sécurité sociale que le fait de proposer à leurs assurés ne remplissant plus les conditions pour bénéficier de la couverture complémentaire solidaire un contrat de sortie répondant aux conditions posées par l'article L. 861-12 du code de la sécurité sociale est une obligation pour les organismes gestionnaires. Aucun mécanisme de contrôle n'est toutefois prévu pour attester du respect de cette obligation.

Le **A** du **III** précise que les nouveaux contrats de sortie définis à l'article L. 861-12 du code de la sécurité sociale seront proposés à tous les assurés dont le droit à la couverture santé solidaire ou à l'aide à l'ACS vient à expiration à compter du 1^{er} janvier 2020. Toutefois, les contrats de sortie des dispositifs de CMU-C et de l'ACS en cours au 1^{er} janvier 2020 continueront de produire leurs effets jusqu'à leur terme.

S'agissant des personnes dont le droit à la CMU-C ou à l'ACS arrive à expiration entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2020, elles devront se voir proposer les actuels contrats de sortie de la CMU-C et de l'ACS, respectivement prévus par l'article 6-1 de la loi n° 89-1009 précitée, pour les anciens bénéficiaires de la CMU-C (1° du **B** du **III**), et par l'article 863-7 du code de la sécurité sociale, pour les anciens bénéficiaires de l'ACS (2° du **B** du **III**). Ces articles leur demeurent applicables dans leur rédaction en vigueur avant l'entrée en vigueur de cette loi ou, s'agissant de l'ACS, dans leur version en vigueur avant le 1^{er} novembre 2019.

4. Les autres modifications proposées

- Le 1° du **I** est une modification rédactionnelle du titre VI du livre III du code de la sécurité sociale consistant à supprimer la référence à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, pour tenir compte de la suppression de cette dernière par l'article 52 de la LFSS 2019.

- Le 6° du **I** corrige à l'article L. 861-11 du code de la sécurité sociale une coquille qui s'était glissée au même article 52 de la LFSS 2019.

- Le **II** abroge l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 précitée, qui précisait les dispositions applicables aux bénéficiaires de la CMU-C déjà affiliés à un organisme complémentaire avant d'entrer dans ce dispositif, pour le remplacer par un nouvel article L. 861-4-1 codifié au sein du code de la sécurité sociale créé par le 3° du **I**.

Ce nouvel article L. 861-4-1 reprend pour l'essentiel les dispositions de l'article 6-2 abrogé, tout en les adaptant à la nouvelle complémentaire santé solidaire. Ainsi, les assurés qui bénéficiaient déjà auprès d'un organisme assureur de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident avant d'entrer dans le dispositif de la complémentaire santé solidaire pourront continuer à obtenir de plein droit :

– soit la résiliation totale des garanties souscrites auprès de cet organisme, si ce dernier n'est pas inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer cette assurance complémentaire ;

– soit la gestion pour leur compte, par cet organisme, de la complémentaire santé solidaire, à condition que cet organisme soit bien inscrit sur la liste mentionnée à l'alinéa précédent. Si la personne bénéficiait d'autres garanties que celles prévues dans le cadre de la couverture complémentaire en matière de santé, ces garanties peuvent être reconduites auprès du même organisme, mais dans les conditions tarifaires de droit commun.

Les autres dispositions de l'article L. 861-4-1 nouveau reprennent, sans les modifier, les dispositions de l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 abrogé par le présent article.

II. MODIFICATION DES MODALITÉS DE FIXATION DES FRAIS DE GESTION APPLICABLES À CERTAINS ORGANISMES GESTIONNAIRES

Pour assurer la gestion de leurs droits, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire peuvent choisir, comme il a été dit, 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.

Ces organismes prennent en charge les dépenses de leurs assurés, puis sont eux-mêmes remboursés par le Fonds de financement de la couverture complémentaire santé, sur la base des dépenses réellement engagées, en application de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale.

Le remboursement des dépenses par le Fonds peut être modulé dans deux cas :

– lorsque les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire doivent s'acquitter de la participation prévue au 2° de l'article L. 861-1, le montant de cette participation est déduit des dépenses remboursées par le Fonds à l'organisme gestionnaire ;

– pour les seuls organismes complémentaires (mutuelles, assurances et instituts de prévoyance) inscrits sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la protection complémentaire, les dépenses remboursées par le Fonds sont majorées pour chaque bénéficiaire, au titre des frais de gestion.

Pour définir le montant de cette majoration, la formule retenue par la LFSS 2019 consistait à fixer un coefficient de majoration des dépenses, multiplié par le nombre de bénéficiaires adhérent à chaque organisme. Cependant, ce taux ne permet pas aux organismes prestataires d'anticiper précisément le montant qu'ils percevront, puisqu'ils auraient dans ce cas dû attendre de connaître le montant exact de leurs dépenses de soins remboursées.

Afin de donner aux organismes gestionnaires une meilleure visibilité financière et « *de calibrer ce montant de manière plus appropriée* », le 9° du I modifie le *a* de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale pour substituer à ce coefficient de majoration un montant forfaitaire annuel fixe pour chaque bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire.

Ce montant sera défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Selon l'étude d'impact, il s'élèverait à 32 euros par bénéficiaire et par an en 2020, puis serait réduit à 30 euros en 2021 et 28 euros à compter du 1^{er} janvier 2022 – la différence de montant permettant de tenir compte, la première année, des coûts de bascule entre l'ACS et la complémentaire santé solidaire.

Le montant de ces frais de gestion a été calculé sur la base d'une estimation de 1,35 million de bénéficiaires, et reflète les frais de prise en charge annuels d'un assuré incluant notamment le coût d'évolution des systèmes d'information – qui sera amorti au fur et à mesure de la montée en charge du dispositif.

• S'agissant des frais de gestion, qui s'élèveront à 32 euros en 2020, l'étude d'impact évalue à 34 millions d'euros les montants attribués aux organismes gestionnaires, soit un surcoût de 4 millions d'euros en 2020 par rapport au taux de 5 % de frais de gestion qui correspond au montant forfaitaire par bénéficiaire cible de 28 euros, en moyenne, en 2022.

III. OUVERTURE EN COURS DE MOIS DU DROIT À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LES PERSONNES EN SITUATION D'URGENCE MÉDICO-SOCIALE

Enfin, cet article propose d'autoriser l'ouverture des droits à la complémentaire santé solidaire en cours de mois, pour les personnes en situation d'urgence.

L'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale permet déjà d'accorder rétroactivement le droit à la prise en charge complémentaire en matière de santé au premier jour du mois de la demande, lorsque la situation du demandeur le justifie – en cas d'hospitalisation, par exemple. En revanche, l'ouverture des droits de base a nécessairement lieu à la date de réception de la demande par la caisse, et ne peut être rétroactive.

En conséquence, les personnes ne bénéficiant d'aucune prise en charge des frais de santé et qui déposent simultanément une demande d'ouverture des droits de base et de complémentaire santé solidaire ne peuvent bénéficier de la rétroactivité au premier jour du mois de la prise en charge complémentaire, car ils ne disposent pas de droits de base à cette date. Dans ce cas précis, l'ouverture des droits complémentaires se fait donc le premier jour du mois suivant la demande.

Pour permettre à ces personnes en situation très précaire de bénéficier le plus tôt possible de la prise en charge intégrale de leurs frais de santé au titre des droits de base et de la complémentaire, le 4° du I modifie l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale pour autoriser une ouverture des droits à la couverture complémentaire en matière de santé en cours de mois lorsque la situation médicale ou sociale du demandeur l'exige.

Cette disposition ne remet pas en cause l'ouverture rétroactive au premier jour du mois, lorsque cela est possible.

*

* *

Article 33

**Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception
pour l'ensemble des mineures**

Adopté par la commission sans modification

Cet article propose la prise en charge en tiers payant de l'ensemble des frais liés à la contraception pour les jeunes filles mineures – consultations de prescription ou de suivi, prescription d'un contraceptif, actes de biologie, de pose ou de retrait d'un contraceptif –, alors que cette gratuité était jusqu'alors réservée aux mineures d'au moins 15 ans.

**I. LES CONDITIONS D'ACCÈS À LA CONTRACEPTION DES MINEURES
DIFFÉRENCIÉES EN FONCTION DE L'ÂGE**

**1. Le droit existant garantit la prise en charge intégrale des frais liés à la
contraception aux seules mineures d'au moins 15 ans**

Depuis 2013, plusieurs dispositions législatives ont progressivement levé l'ensemble des freins d'accès à la contraception pour les mineures d'au moins 15 ans :

– la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 ⁽¹⁾ a ainsi prévu la prise en charge à 100 % des contraceptifs remboursables par l'assurance maladie, tout en assurant aux patientes le secret de la délivrance de ces contraceptifs ;

– la LFSS 2014 ⁽²⁾ a ensuite instauré le tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base sur les consultations réalisées par le médecin ou la sage-femme en prévision de la prescription d'un contraceptif, ainsi que sur les examens de biologie qui y sont liés ;

– la LFSS 2016 ⁽³⁾, enfin, a supprimé toute participation financière pour les consultations et éventuels examens biologiques réalisés dans le cadre de la prescription d'un contraceptif.

En pratique, selon le 5° de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale, sont intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et sans avance de frais pour l'assurée :

– les frais relatifs à une consultation annuelle du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale ainsi que les frais relatifs à une consultation de suivi la première année d'accès à la contraception – seuls les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge ;

(1) Article 52 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Article 64 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

– les frais relatifs aux examens de biologie médicale réalisés en vue d’une prescription contraceptive (glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides) et dans la limite d’une fois par an ;

– les frais d’acquisition des contraceptifs remboursables ;

– les frais relatifs à la pose, au changement ou au retrait d’un contraceptif par un médecin ou une sage-femme.

2. Une distinction selon l’âge difficile à justifier et peu propice à la prévention des grossesses non désirées chez les très jeunes filles

D’après un rapport de l’Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d’avril 2015 ⁽¹⁾, à chaque génération, environ 25 000 personnes – hommes et femmes confondus – « *entrent dans la sexualité avant l’âge de 15 ans* », soit entre 10 000 et 15 000 femmes.

Or, le critère de l’âge retenu par les récentes dispositions législatives pour faciliter l’accès à la contraception des mineures exclut *de facto* les jeunes filles de moins de 15 ans. Pour ces dernières, le parcours d’accès à la contraception reste semé d’embûches, notamment financières : elles n’ont en effet accès ni à la gratuité des consultations et actes liés à la contraception et de la délivrance des contraceptifs, ni à la dispense d’avance de frais. Elles disposent seulement des dispositions garantissant leur anonymat, et peuvent également bénéficier d’une prise en charge intégrale des interruptions volontaires de grossesse (IVG) et de la contraception d’urgence.

Selon le rapport de l’IGAS précité, cette distinction par le critère de l’âge est un frein important à l’accès à la contraception des mineures, et « *générateur d’une complexité administrative qui se reporte directement sur les personnes concernées* » : comment demander à une jeune fille de faire l’avance des frais chez le médecin pour obtenir la prescription d’un contraceptif et de demander le remboursement à sa caisse d’assurance maladie, par exemple, tout en lui garantissant l’anonymat de la consultation ? Cette distinction n’a, en outre « *pas grand sens dans la pratique* », car « *les mineures de moins de 15 ans ont par définition encore moins d’autonomie financière que les mineures de 15-17 ans* ».

Les difficultés d’accès à la contraception préventive peuvent expliquer en partie la stabilité du nombre de grossesses non désirées chez les très jeunes filles : chaque année entre 1980 et 2013, sont recensées près d’un millier de grossesses chez des mineures de 12 à 14 ans – dont plus des trois quarts d’entre elles (770) se sont conclues par une IVG en 2013 –, alors que sur la même période, le nombre de grossesses indésirables a été divisé par trois pour les jeunes femmes de 15 à 19 ans.

(1) [Inspection générale des affaires sociales \(IGAS\), L’accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures, avril 2015.](#)

Pour améliorer la prévention de ces grossesses non désirées et mieux accompagner les jeunes filles, quel que soit leur âge, dans l'accès à la contraception préventive, le rapport de l'IGAS préconisait ainsi dès 2015 d'étendre le dispositif de gratuité de la contraception aux mineures de moins de 15 ans : une mesure « *bénéfique en termes de santé publique* », qui permettrait « *d'aligner les dispositifs visant à renforcer la confidentialité et la gratuité* » (recommandation n° 6).

Cet article vise donc à supprimer la condition d'âge minimal pour étendre à l'ensemble des mineures la gratuité de la contraception et de l'ensemble des frais qui y sont liés.

II. ASSURER UN ACCÈS CONFIDENTIEL ET GRATUIT À LA CONTRACEPTION POUR L'ENSEMBLE DES MINEURES

1. Les conditions d'extension de la gratuité

Le 1° du I supprime, à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, le plancher de 15 ans permettant aux assurées mineures de bénéficier de la dispense des « *frais d'acquisition de certains contraceptifs* » et des « *frais relatifs aux actes et consultations* » afférents.

Le 2° du I supprime également ce plancher à l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale, qui précise les conditions de prescription de contraceptifs par les médecins, et à l'article L. 162-8-1 du même code, qui adapte ces modalités pour les sages-femmes ⁽¹⁾.

Ainsi, tout médecin ou sage-femme qui prescrit un contraceptif à une assurée mineure, quel que soit son âge, qui prescrit ou effectue des examens de biologie en vue d'une telle prescription, ou qui effectue la pose, le changement ou le retrait d'un contraceptif sera tenu d'appliquer la dispense d'avance de frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie.

L'ensemble des mineures bénéficiera ainsi d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire et en tiers payant des frais liés :

– aux consultations réalisées auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en vue de la prescription d'un contraceptif, de la prescription d'examens de biologie médicale liés à la contraception, ou pour assurer le suivi de la contraception retenue ;

– aux contraceptifs remboursables prescrits par le professionnel de santé – pilules contraceptives de première ou deuxième génération, dispositifs intra-utérins (stérilets), implants contraceptifs, diaphragmes ou préservatifs masculins ;

(1) Notons que le 2° corrige également deux erreurs de référence aux articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale.

– aux actes liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif.

La prise en charge de la gratuité de la contraception pour l'ensemble des mineures continuera de se faire dans le respect du secret garanti par l'article L. 5134-1 du code de la santé publique, qui dispose que « *la délivrance de contraceptifs, la réalisation d'examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive, la prescription de ces examens ou d'un contraceptif, ainsi que leur prise en charge, sont protégées par le secret pour les personnes mineures* ». Ainsi, le consentement des titulaires de l'autorité parentale n'est pas requis pour la prescription et la délivrance de contraceptifs aux mineures.

2. Entrée en vigueur

La gratuité de la contraception et des consultations et actes liés pour l'ensemble des mineures entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020 et sera applicable en métropole ainsi qu'en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à La Réunion, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

La mesure sera en outre applicable à Mayotte : le **II** modifie en effet l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 ⁽¹⁾ afin de rendre applicables dans ce département les articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 du code de la sécurité sociale précités.

Elle sera enfin applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, en application de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 ⁽²⁾ modifié par le **III**.

3. Le coût prévisionnel de la mesure

En 2015, les remboursements par l'assurance maladie de la part obligatoire des frais liés à la contraception pour les mineures de moins de 15 ans représentaient un montant d'environ 430 000 euros par an – dont plus de la moitié au titre des seules consultations.

Le calcul du coût de cette mesure se fonde sur la consommation réelle des assurées : d'après les éléments transmis au rapporteur, entre 10 000 et 15 000 assurées ont en effet eu recours à la prise d'un contraceptif en 2014 et ont à cet effet effectué des consultations en vue de la prescription d'un tel contraceptif, ainsi que des examens de biologie.

(1) Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

(2) Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

L'étude d'impact estime en conséquence à environ 200 000 euros par an, à compter de 2020, le surcoût engendré par l'extension de la prise en charge intégrale aux mineures de moins de 15 ans, dont :

- 100 000 euros au titre des consultations ;
- 50 000 euros au titre de la délivrance des contraceptifs en pharmacie ;
- 50 000 euros supplémentaires au titre des examens biologiques.

*

* *

Article 34

Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments

Adopté par la commission avec modifications

Depuis 2008, le nombre de signalements de tensions d'approvisionnement de médicaments dits d'intérêt thérapeutique majeur a explosé : alors que quarante-quatre situations de ruptures de stock ou risques de ruptures avaient été signalées à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2008, plus de mille signalements ont déjà été recensés en 2019.

L'article 34 renforce le dispositif actuel de lutte contre les ruptures de stock de médicaments.

Il modifie le code de la santé publique afin de renforcer les obligations des industriels, qui devront désormais constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national.

Par ailleurs, en cas de rupture d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ou d'un vaccin, si ni les alternatives éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux, il pourra leur être demandé d'importer une alternative médicamenteuse, et de prendre en charge les surcoûts éventuellement générés pour l'assurance maladie.

Les sanctions financières afférentes à ces obligations sont parallèlement renforcées.

Selon une étude réalisée par l'institut BVA pour France Assos Santé en décembre 2018 ⁽¹⁾, un Français sur quatre s'est déjà vu refuser la délivrance d'un médicament ou d'un vaccin pour cause de pénurie. Ce taux s'élève jusqu'à 31 % pour les personnes en affection de longue durée (ALD).

Le présent article vise à lutter contre ces ruptures d'approvisionnement, de plus en plus pénalisantes pour les patients et de plus en plus chronophages pour les professionnels de santé.

I. DES RUPTURES DE STOCK DE PLUS EN PLUS PRÉOCCUPANTES

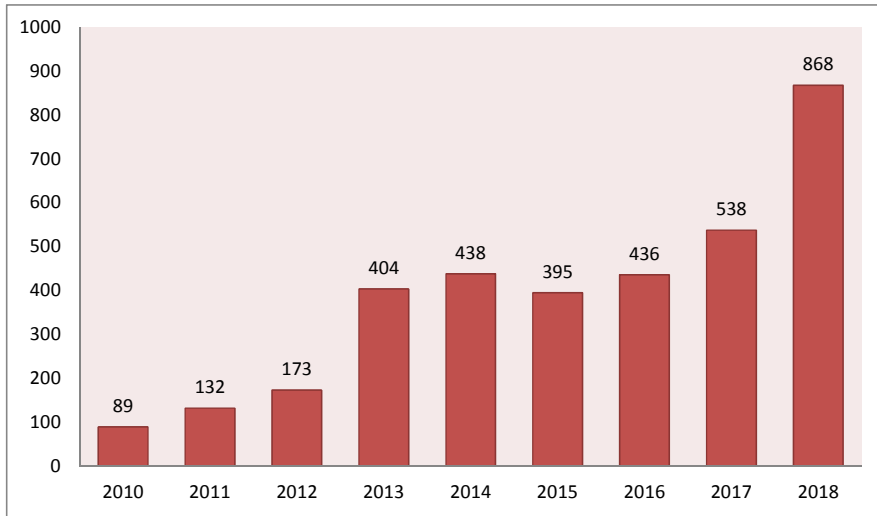
A. UN PHÉNOMÈNE D'AMPLEUR

Depuis 2008, le nombre de signalements de tensions d'approvisionnement de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur a explosé : alors que quarante-quatre situations de tension avaient été signalées à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2008, elles s'élevaient à 871 en 2018. Selon l'étude d'impact, plus de mille signalements ont déjà été recensés fin août 2019.

(1) https://www.france-assos-sante.org/communique_presse/penurie-de-vaccins-et-medicaments-inquietudes-de-france-assos/

Selon le rapport d'activité de l'ANSM pour 2018, ces ruptures concernaient principalement les produits du système cardiovasculaire et du système nerveux, les produits anti-infectieux (antibiotiques et vaccins) et les médicaments dérivés du sang.

ÉVOLUTION DES SIGNALEMENTS DE RISQUES DE RUPTURES ET DE RUPTURES DE STOCK



Source : commission des affaires sociales, d'après les données transmises par l'ANSM.

B. UN PHÉNOMÈNE MONDIAL

Cette situation n'est pas propre à la France et l'Organisation mondiale de la santé, en 2016, a souligné dans une résolution l'importance de ce problème partout dans le monde ⁽¹⁾.

Ainsi, selon une enquête menée par le groupement pharmaceutique de l'Union européenne en 2018 ⁽²⁾, les ruptures de stock d'approvisionnement se sont accrues dans toute l'Europe depuis 2014, et touchent principalement les anti-infectieux, les vaccins et les anticancéreux. Dans cette enquête, 75 % des pharmaciens hospitaliers européens déclarent connaître des ruptures de stock hebdomadaires ou quotidiennes, et 91 % considèrent que les ruptures de stock de médicaments affectent les soins apportés aux patients ou le fonctionnement de l'hôpital. Une tendance similaire est observée aux États-Unis, où le nombre de ruptures signalées est passé de 70 en 2006 à 267 en 2011.

(1) <https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22423fr/s22423fr.pdf>

(2) Miljković N, et al. Eur J Hosp Pharm 2019, <https://ejhp.bmj.com/content/ejhp/26/2/60.full.pdf>

Les causes des pénuries de médicaments

« 1. Les **causes industrielles**, liées à la soutenabilité et à l'intégrité du processus de fabrication des médicaments. Elles comprennent :

- les défauts de qualité sur les matières premières à usage pharmaceutique comme sur les produits finis, tels que la contamination par des composants dangereux pour la santé ou dégradant l'efficacité du produit, ou encore le non-respect de normes environnementales ;
- les incidents de production, consécutifs à des pannes d'équipement ou des catastrophes naturelles ;
- l'insuffisance de substances pharmaceutiques actives, qui peuvent elles-mêmes résulter d'un défaut de qualité chez le fournisseur ou de problèmes d'approvisionnement.

2. Les **causes économiques**, liées à l'environnement économique du médicament et aux stratégies commerciales des entreprises pharmaceutiques. Elles comprennent :

- l'accroissement de la demande et l'incapacité des laboratoires à augmenter leurs capacités de production pour répondre à ses variations. La hausse de la demande d'un produit pour une entreprise pharmaceutique peut résulter soit d'une évolution non anticipée des besoins, soit de la défaillance d'un producteur, soit d'une évaluation incorrecte de la demande d'un pays par l'entreprise ;
- les décisions de suspension ou d'arrêt de commercialisation prises par les entreprises pharmaceutiques en raison de la rentabilité jugée insuffisante d'un produit ;
- les décisions d'allocation des stocks prises par les entreprises pharmaceutiques, qui sont conditionnées non seulement à l'évaluation qu'elles font des besoins sur un marché, mais également à l'attractivité dudit marché, elle-même tributaire de plusieurs facteurs ;
- les procédures d'appels d'offres pour l'acquisition de médicaments, dont la massification conduit à la réduction du nombre de fournisseurs et à la maximisation des risques de tension d'approvisionnement.

3. Les **dysfonctionnements du circuit de distribution**. Ils peuvent résulter :

- de problèmes de transport ;
- de défauts dans la circulation de l'information sur l'état des stocks d'un médicament donné, donnant lieu à l'identification tardive d'une tension et un manque de préparation, ou à des effets de bord ou des pratiques de stockage sur-calibré chez les dispensateurs ;
- de pratiques commerciales des distributeurs occasionnant des tensions sur les stocks disponibles pour un marché donné, notamment au travers des exportations parallèles de médicaments au sein du marché européen. »

Source : Sénat, Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, par M. Yves Daudigny, président, et M. Jean-Pierre Decool, septembre 2018.

C. DES CONSÉQUENCES IMPORTANTES

Ces ruptures de stock et d’approvisionnement ne sont pas sans conséquence. Les premiers touchés sont évidemment les patients, pour qui ces ruptures peuvent rapidement devenir synonymes de perte de chances, même en présence de solutions de substitution thérapeutique. Ainsi, un récent rapport du Sénat ⁽¹⁾ cite, parmi d’autres exemples :

– le cas des antibiothérapies qui, incorrectement suivies, peuvent perdre en efficacité et entraîner des résistances ;

– des accidents survenus au centre hospitalier universitaire de Nantes en 2017 lors de tension d’approvisionnement en melphalan, utilisé dans la prise en charge de certains cancers, qui ont nécessité la mise en place d’un nouveau protocole de soins ;

– des effets secondaires très graves lorsque les situations de pénurie obligent à recourir à un produit en dehors de son autorisation de mise sur le marché (AMM) en pédiatrie, où les AMM disponibles sont souvent rares. *« Il arrive alors que l’on cherche en urgence à traiter une maladie au moyen d’un produit dont les effets secondaires chez l’enfant, dont la physiologie est différente de l’adulte, n’ont pas été étudiés. »* ;

– une réduction considérable du recours au traitement. Le rapport cite en exemple le traitement de substitution mis en place pour le traitement de la syphilis, rendu nécessaire par l’arrêt de la production d’Extencilline® par le laboratoire Sanofi. Ainsi, les modalités de mise à disposition de la Sigmacillina®, importée du marché italien par l’ANSM, en limitent fortement l’utilisation, puisque ce médicament est uniquement dispensé à l’hôpital et en centres gratuits d’information, de dépistage et de diagnostic, sous forme injectable et sans possibilité d’utiliser concomitamment des antalgiques.

Ces ruptures désorganisent par ailleurs l’hôpital, nécessitant des mesures de gestion tant coûteuses que chronophages. Elles ont également un coût pour l’assurance maladie, puisqu’elles impliquent régulièrement de recourir à des traitements de substitution plus onéreux, et, nécessitent parfois d’importer des médicaments.

Enfin, ces pénuries ne peuvent qu’exacerber la perte de confiance de nos concitoyens dans notre système de santé, notamment lorsqu’il s’agit de l’indisponibilité de certains vaccins.

(1) Rapport d’information fait au nom de la mission d’information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, par M. Yves Daudigny, président, et M. Jean-Pierre Decool, septembre 2018.

II. UN ARSENAL JURIDIQUE EMBRYONNAIRE

A. LE CADRE EUROPÉEN

Le droit français applicable aux ruptures d'approvisionnement s'inscrit avant tout dans un cadre européen.

L'article 23 *bis* de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain prévoit en effet que « *si le médicament n'est plus mis sur le marché d'un État membre, de manière provisoire ou définitive, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché le notifie également à l'autorité compétente dudit État membre. Cette notification doit avoir lieu, hormis dans des circonstances exceptionnelles, au plus tard deux mois avant l'interruption de la mise sur le marché du médicament.* »

L'article 81 de cette même directive dispose que « *le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ainsi que les distributeurs de ce médicament mis sur le marché de façon effective dans un État membre assurant, dans la limite de leur responsabilité respective, un **approvisionnement approprié et continu de ce médicament** pour les pharmacies et les personnes autorisées à délivrer des médicaments de manière à couvrir les besoins des patients de l'État membre concerné* ».

Des dispositions européennes complémentaires imposent également aux fabricants de médicaments d'informer l'Agence européenne du médicament ou les autorités nationales compétentes de l'indisponibilité d'un produit pharmaceutique lorsque celle-ci résulte d'un défaut de fabrication ⁽¹⁾.

B. LE CADRE FRANÇAIS

● En France, ces principes ont été traduits dans la loi de 2004 relative à la politique de santé publique ⁽²⁾, l'article L. 5124-6 du code de la santé publique obligeant les établissements pharmaceutiques à informer les autorités de tout risque de rupture de stock.

● La loi dite « Médicament » de 2011 ⁽³⁾ a ensuite complété cette obligation en augmentant à un an le préavis que doivent respecter les industriels après information de l'ANSM et avant de suspendre ou d'arrêter la commercialisation d'un médicament utilisé dans une ou des pathologies graves dans lesquelles elle ne disposerait pas d'alternatives disponibles sur le marché

(1) Directive 2003/94/CE de la Commission du 8 octobre 2003 établissant les principes et lignes directrices de bonnes pratiques de fabrication concernant les médicaments à usage humain et les médicaments expérimentaux à usage humain.

(2) Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

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

français. Elle a également mis en place un système d’astreinte et des obligations de service public pour les grossistes-répartiteurs.

Parallèlement, elle a introduit la possibilité d’infliger des sanctions financières en cas de manquement aux obligations de signalement des ruptures ou risques de rupture de stock, et des nouvelles obligations reposant sur les grossistes répartiteurs.

La notion de rupture d’approvisionnement a par la suite été précisée par le décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l’approvisionnement en médicament à usage humain, pris en application de la loi de 2011. Ce décret définit pour la première fois les ruptures d’approvisionnement, en disposant que *« la rupture d’approvisionnement se définit comme l’incapacité pour une pharmacie d’officine ou une pharmacie à usage intérieur définie à l’article L. 5126-1 de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures. Ce délai peut être réduit à l’initiative du pharmacien en fonction de la compatibilité avec la poursuite optimale du traitement du patient. »*

● Dans un contexte de ruptures de stock et d’approvisionnement, la loi de modernisation de notre système de santé de 2016⁽¹⁾ a constitué un pas très important, et a permis de renforcer les obligations applicables aux industriels.

Son article 151 introduit dans le code de la santé publique la notion de **« médicaments d’intérêt thérapeutique majeur »** (MITM). Il s’agit des médicaments ou de classes de médicaments dont la rupture de l’approvisionnement conduirait à la mise en cause du pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie (article L. 5111-4 du code de la santé publique).

Il renforce les obligations applicables aux titulaires d’une autorisation de mise sur le marché (AMM) et aux entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments, qui doivent assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national de manière à couvrir les besoins des patients en France.

Après avoir pris toutes les mesures destinées à prévenir les ruptures de stock et au cas où elles surviendraient, ces entreprises doivent permettre la diffusion des informations dont ils disposent aux pharmaciens d’officine ou responsables d’une pharmacie à usage intérieur, ainsi qu’aux pharmaciens responsables et délégués des grossistes-répartiteurs (article L. 5121-30 du code de la santé publique).

Cette loi garantit également la publicité sur le site de l’ANSM de la liste des MITM pour lesquels une rupture ou un risque de rupture a été signalé ou mis en évidence (article L. 5121-30 du code de la santé publique).

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

Enfin, elle impose aux exploitants l'élaboration et la mise en place de plans de gestion des pénuries destinés à prévenir et à pallier une rupture de stock sur un MITM (article L. 5121-31 du code de la santé publique). Ces plans de gestion ne sont obligatoires que pour ceux des MITM pour lesquels « *du fait de leurs caractéristiques, la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat* », ainsi que pour les vaccins. L'exploitant d'un MITM doit informer l'ANSM de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture de stock sur ce médicament, et mettre en œuvre des solutions alternatives permettant de faire face à cette situation et, le cas échéant, son plan de gestion des pénuries (article L. 5121-32 du code de la santé publique).

Ces mesures sont devenues pleinement effectives en janvier 2017.

III. LA NÉCESSITÉ D'ALLER PLUS LOIN

Face à l'augmentation exponentielle des ruptures de stock, il est nécessaire de renforcer les mesures adoptées en 2016.

Le présent article modifie le code de la santé publique afin de renforcer les obligations des laboratoires. Ils devront désormais constituer pour chaque médicament un stock de sécurité destiné au marché national. Par ailleurs, en cas de rupture d'un MITM ou d'un vaccin, il pourra leur être demandé d'importer une alternative médicamenteuse, et de prendre en charge les surcoûts éventuellement liés à cette importation pour l'assurance maladie. Les sanctions financières afférentes à ces obligations sont parallèlement renforcées.

A. DE NOUVELLES OBLIGATIONS

Le I complète les obligations imposées aux laboratoires pour prévenir les ruptures de stock.

Le 1° ajoute en effet un nouvel alinéa à l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, relatif à l'approvisionnement approprié et continu du marché national que doivent assurer les industriels.

Ce nouvel alinéa prévoit que tout titulaire d'autorisation de mise sur le marché et toute entreprise pharmaceutique exploitant un médicament doit constituer un stock de sécurité destiné au marché national.

La taille de ce stock sera définie par décret en Conseil d'État en fonction de la classe thérapeutique du médicament, et ne pourra excéder quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité au cours des douze derniers mois. Selon la direction générale de la santé, lors de son audition par le rapporteur général, les médicaments concernés seront principalement les MITM (concernés ou non par les plans de gestion des pénuries) qu'il est possible de stocker et certains médicaments spécifiques comme les pilules contraceptives ou certains solutés majeurs.

Les informations relatives à la localisation de ce stock de sécurité devront être tenues à la disposition de l'ANSM, et lui devront pouvoir lui être transmises à tout moment à sa demande. En revanche, l'article ne précise pas où devront être localisés ces stocks.

Cette disposition entrera en vigueur le 30 juin 2020 (V).

Le 2° étend les obligations prévues à l'article L. 5121-32 du code de la santé publique relatives aux mesures en cas de rupture de stock.

- Alors que ces obligations ne concernent actuellement que l'entreprise pharmaceutique, elles sont étendues aux titulaires de l'AMM.

- Il précise que les entreprises doivent informer l'ANSM de tout risque dès qu'ils en ont connaissance.

- Cette information devra désormais se faire *via* un modèle-type défini par voie réglementaire.

Le 3° modifie l'article L. 5121-33, qui prévoit actuellement que les pharmacies d'officine peuvent dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation délivrée par l'ANSM pour pallier une rupture d'un MITM, sur décision du directeur général de l'Agence, publiée sur son site internet.

Le I permet, en cas de rupture de stock et en dehors de cas de force majeure, au directeur général de l'ANSM d'imposer à l'entreprise pharmaceutique exploitante d'importer toute alternative au produit en rupture, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire.

Cette obligation ne peut s'imposer que si :

- il s'agit d'un MITM pour lequel la rupture ou le risque de rupture de stock présente pour les patients un risque grave et immédiat, ou d'un vaccin ;

- ni les alternatives éventuellement disponibles sur le territoire national, ni les mesures communiquées par l'entreprise exploitante ne permettent de couvrir les besoins nationaux.

Cette obligation est limitée :

- dans le temps à la durée de cette rupture,

- à la proportion de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois précédant la rupture de stock.

L'entreprise défaillante devra prendre en charge le coût de l'importation, et verser à l'assurance maladie la différence entre les montants remboursés afférents à l'alternative au médicament et ceux qui auraient résulté du

remboursement du médicament initial pendant la période de rupture, dans la limite de sa part dans la couverture des besoins au cours des six mois avant la rupture.

B. RENDRE EFFECTIVES LES OBLIGATIONS EXISTANTES

Le **III** refond entièrement le système de sanctions financières applicable en matière de rupture de stock ou d’approvisionnement, aujourd’hui prévu aux 1° et 2° de l’article L. 5123-8 du code de la santé publique.

Aujourd’hui, ces sanctions peuvent viser :

– le fait pour une entreprise de ne pas informer immédiatement l’ANSM de toute action engagée pour suspendre la commercialisation d’un produit, le retirer du marché, retirer un lot déterminé ou de ne pas indiquer la raison de cette suspension ou de ce retrait ;

– le fait de ne pas respecter l’obligation d’information de tout risque de rupture de stock ou de toute rupture qui lui incombe, ou de ne pas mettre en œuvre les solutions alternatives ou les mesures prévues par le plan de gestion des pénuries.

Le **2° du II** présent article permet d’aller beaucoup plus loin.

Il crée un article L. 5423-9 nouveau au sein du code de la santé publique, regroupant l’ensemble de ces sanctions.

Cet article rend passibles de sanctions les titulaires d’AMM et les entreprises pharmaceutiques exploitant un médicament ne respectant pas les obligations prévues par le code de la santé publique et donc :

– s’ils ne constituent pas le stock de sécurité prévu par le présent article (1°) ;

– s’ils prennent la décision de suspendre ou de cesser la commercialisation d’un MITM, ou si, ayant connaissance de faits susceptibles d’entraîner la suspension ou la cessation de cette commercialisation, n’en informent pas au moins un an avant la date envisagée ou prévisible l’ANSM comme prévu à l’article L. 5124-6 (2°) ;

– s’ils cessent la commercialisation avant la fin du délai nécessaire pour mettre en place les solutions alternatives permettant de couvrir ce besoin (3°) ;

– s’ils n’informent pas immédiatement l’ANSM lorsqu’elle doit suspendre la commercialisation d’un médicament en cas d’urgence ou pour retirer un lot déterminé (4°).

Le 5° prévoit que des sanctions pourront également être infligées à un titulaire d’AMM ou une entreprise pharmaceutique exploitant un MITM ne

respectant pas les obligations prévues à l'article L. 5121-31 du code de la santé publique et donc :

– s'ils ne respectent pas l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un plan de gestion des pénuries pour les médicaments et vaccins concernés (a) ;

– s'ils ne déclarent pas à l'ANSM la liste des médicaments pour lesquels ils ont élaboré ce plan de gestion des pénuries (b) ;

– s'ils ne prévoient pas dans le plan de gestion des pénuries des mesures suffisantes (c) ;

– s'ils ne procèdent pas à l'importation d'une alternative, telle que prévue par le présent article (d).

Le 6° prévoit que des sanctions pourront également être infligées à un titulaire d'AMM ou une entreprise pharmaceutique exploitant un MITM ne respectant pas les obligations prévues à l'article L. 5111-4 du code de la santé publique en cas de rupture de stock et donc :

– s'ils n'informent pas dès qu'ils en ont connaissance l'ANSM de toute rupture ou risque de rupture de stock (a) ;

– s'ils ne mettent pas en œuvre les mesures prises dans le plan de gestion des pénuries (b) ;

– s'ils ne mettent pas en œuvre les mesures d'accompagnement des professionnels de santé et des patients (c).

En conséquence, le **1° du III** supprime les sanctions aujourd'hui existantes dans ce domaine.

Ces sanctions pourront être prononcées par l'ANSM, dans la limite de 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit concerné, dans la limite de 1 million d'euros (coordination effectuée aux **1° et 3° du IV**).

Par dérogation au cadre général des sanctions financières prononcées par l'ANSM, elle pourra assortir cette sanction d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté. Cette astreinte est limitée à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit concerné (**2° du IV**).

C. COORDINATION

Le **II** remplace les termes « médicament utilisé dans une ou des pathologies graves » par les mots « médicaments d'intérêt thérapeutique majeur » à l'article L. 5124-6 du code de la santé publique.

Article 35

Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

Adopté par la commission avec modifications

L'article 35 instaure une obligation d'effectuer un bilan de santé des enfants entrant dans le dispositif de protection de l'enfance. Ce bilan de santé, qui consistera en une « consultation complexe » prise en charge par l'assurance maladie après adressage par le conseil départemental, doit permettre de prévenir le développement de pathologies physiques et psychiques. Inscrit dans le projet pour l'enfant, il sera la première étape d'un suivi médical régulier et coordonné.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. MALGRÉ LE RENFORCEMENT RÉCENT DU CADRE JURIDIQUE DE LA PROTECTION DE L'ENFANCE...

Le système de protection de l'enfance, tel que défini aujourd'hui à l'article L. 221-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF), est l'héritage à la fois de considérations anciennes et d'une restructuration récente du cadre juridique. La mise en œuvre de l'aide sociale à l'enfance (ASE) est en effet assurée par l'échelon départemental depuis les lois de décentralisation de 1983 et de 1986⁽¹⁾. Cette compétence n'est toutefois pas exclusive d'une forme de coordination nationale assurée par l'Observatoire national de protection de l'enfance, qui constitue, avec le Service national d'accueil téléphonique de l'enfance en danger (SNATED – le 119) un groupement d'intérêt public (GIP).

● L'accueil de l'enfant au sein de ce dispositif passe par l'élaboration d'un projet destiné à l'accompagner pendant les nombreuses années au cours desquelles il vivra sous l'égide des services de l'ASE. Ce « projet pour l'enfant » (PPE) a été renforcé par la loi de 2016⁽²⁾, d'initiative parlementaire. Ce plan :

– a pour vocation de garantir le « *développement physique, psychique, affectif, intellectuel et social* »⁽³⁾ de l'enfant ;

– détermine « *la nature et les objectifs des interventions menées en direction du mineur, de ses parents et de son environnement, leur délai de mise en œuvre, leur durée, le rôle du ou des parents et, le cas échéant, des tiers intervenant auprès du mineur* »⁽⁴⁾ ;

(1) L'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 confie en effet au département la responsabilité et le financement du service de l'aide sociale à l'enfance, comme de manière plus générale les compétences d'aide et d'action sociales à destination de la généralité des publics concernés.

(2) Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant.

(3) Article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles.

(4) Idem.

– comprend « une évaluation médicale et psychologique du mineur afin de détecter les besoins de soins qui doivent être intégrés au document » ⁽¹⁾.

Il revient au président du conseil départemental de se porter garant de ce projet, auquel l'enfant est associé, selon des modalités adaptées.

B. ... UN TROP GRAND NOMBRE D'ENFANTS DEMEURE PRIVÉ DU SUIVI MÉDICAL ET PSYCHOLOGIQUE ADÉQUAT

1. Un trop grand nombre d'enfants bénéficiant du dispositif de l'ASE souffrent de séquelles physiques et psychologiques

● La population concernée par l'aide sociale à l'enfance est exposée à une forte vulnérabilité par construction, et une forme de pluri-précarité. Celles-ci, selon le rapport de notre collègue Perrine Goulet ⁽²⁾, sont de trois ordres :

– une forte prévalence du handicap, puisque 17 % des « enfants de l'ASE » présenteraient un handicap physique ou mental reconnu par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), contre 2 % dans la population générale des enfants ;

– une scolarité heurtée. À l'âge de 17 ans, selon l'avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE) consacré à cette question ⁽³⁾, 23 % des « enfants de l'ASE » ne sont plus scolarisés dans une formation diplômante, contre 9,6 % pour l'ensemble des jeunes du même âge ;

– des difficultés d'accès au logement. Ainsi, 25 % des personnes de moins de 25 ans sans domicile ont été placées auparavant en foyer ou en famille d'accueil.

2. Le dispositif actuel est encore grevé de trop nombreuses failles pour assurer un suivi médical et psychologique adéquat des enfants

● En dépit des progrès résultant de la loi du 14 mars 2016 ⁽⁴⁾, le suivi médical dans chaque département souffre encore d'un trop grand nombre d'inégalités territoriales. À ce titre, l'article L. 221-2 du CASF dispose désormais que, « *dans chaque département, un médecin référent "protection de l'enfance", désigné au sein d'un service du département, est chargé d'organiser les modalités de travail régulier et les coordinations nécessaires entre les services départementaux et la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes, d'une part, et les médecins libéraux et hospitaliers ainsi que les médecins de santé scolaire du département, d'autre part* ». Selon le

(1) Idem.

(2) Rapport d'information n°2110 de Mme Perrine Goulet déposé par la mission d'information sur l'aide sociale à l'enfance, le 3 juillet 2019.

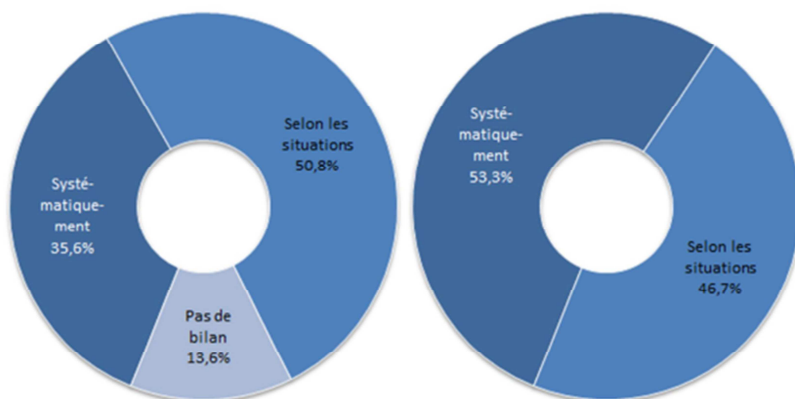
(3) https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_17_protection_enfance.pdf

(4) Loi n° 2016-297 du 14 mars 2016 précitée.

rapport précité ⁽¹⁾, il n'y a pourtant que 51 départements qui ont mis en place, en 2019, un tel dispositif.

Les failles dans le dispositif de prise en charge médicale des enfants relevant de l'ASE aboutissent à ce qu'un trop grand nombre d'entre eux ne bénéficient pas d'un bilan de santé auquel ils devraient pourtant avoir droit. Selon les données rendues disponibles d'après une enquête quantitative et qualitative conduite en 2016 par plusieurs chercheurs et commandée par le Défenseur des droits, il n'est systématique que dans 35 % des cas relevant de l'ASE et que dans 53 % des situations relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) ⁽²⁾.

Fig.16 : Réalisation d'un bilan de santé des enfants lors de leur entrée dans le dispositif



Source : Rapport final commandé par le Défenseur des droits, de Séverine Eurillet, Juliette Halifax, Pierre Moisset et Nadège Séverac : L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin, mars 2016.

- Il existe par ailleurs une trop grande dispersion dans les modalités de prise en charge médicale des enfants au moment de leur entrée dans le dispositif de protection. Celle-ci tient à une absence de coordination, qui favorise les initiatives disparates ou isolées des départements. L'étude d'impact précise à cet égard que les évaluations médicales et psychologiques sont réalisées alternativement par les établissements de protection maternelle et infantile (PMI), par des professionnels de santé rémunérés par des établissements de l'ASE, par un partenariat avec un centre de santé de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), éventuellement par une consultation « classique » en secteur libéral. L'absence de solution coordonnée à l'échelle du pays conduit donc à de graves inégalités territoriales.

- Enfin, lorsque l'évaluation médicale et psychologique est bien mise en œuvre, elle intervient souvent de manière partielle. Le Défenseur des droits a

(1) Rapport d'information n° 2110 de Mme Perrine Goulet précité.

(2) https://defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/recherche_acces_sante_et_sens_du_soins_rapport_final_janv_2017.pdf

également relevé que « *la dimension santé est assez peu envisagée dans le cadre des projets d'établissements ou de services de protection de l'enfance, qui tendent à privilégier les approches éducatives et sociales* »⁽¹⁾. À ce titre, le rapporteur général souhaite rappeler que le Gouvernement et les parlementaires de l'actuelle législature ont voté en faveur d'une expérimentation à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018⁽²⁾ : celle-ci, actuellement menée par deux agences régionales de la santé, sous la tutelle de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), consiste en un forfait global permettant de prendre en charge les besoins des enfants à l'échelle d'un parcours. Ce parcours doit permettre de :

- garantir une prise en charge somatique et en santé mentale la plus précoce possible ;

- mettre en place des soins et des prises en charge plus individualisés et mieux adaptés aux pathologies des enfants ;

- garantir la traçabilité des différentes étapes du parcours et alimenter le dossier médical pour permettre la prise en charge dans la durée.

Il s'ensuivrait une vérification tous les ans pour tenir compte de l'évolution de la situation des enfants et des adolescents et, le cas échéant, les orienter vers des structures spécialisées.

Il est certes trop tôt pour tirer tous les enseignements de cette expérimentation, mais elle pourrait utilement préfigurer la prise en charge globale des « enfants de l'ASE ».

- La lettre de l'actuel article L. 223-1-1 demeure donc insatisfaisante. Il n'est prévu à l'heure actuelle, pour l'élaboration du projet pour l'enfant, que d'une « *évaluation médicale et psychologique* » du mineur. La nécessité d'assurer un véritable bilan de santé pour l'ensemble des mineurs protégés suppose donc une nouvelle inscription législative.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article remplace l'actuel quatrième alinéa de l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles, pour s'assurer :

- de l'existence d'un véritable bilan de santé. Cette mention permet d'aller au-delà de la seule évaluation médicale et psychologique actuelle et doit permettre de garantir le « *développement physique, psychique, affectif* » de l'enfant, tel qu'il est défini dans le premier alinéa du même article. Il permet aussi de pallier l'un des problèmes majeurs identifiés lors de l'entrée de l'enfant dans le dispositif de

(1) Rapport Droits de l'enfant en 2017 : Au miroir de la Convention internationale des droits de l'enfant.

(2) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017.

l'ASE, à savoir l'ignorance de ses antécédents médicaux et l'absence de carnet de santé ;

- du caractère obligatoire de ce bilan de santé, désormais pleinement intégré au projet pour l'enfant. Cela doit permettre d'éviter la dispersion actuelle des dispositifs de prise en charge départementaux ;

- de la réalisation de ce bilan de santé à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, qui doit conduire à la suppression des retards actuels. Un traitement rapide des éventuelles conséquences physiques ou psychologiques dont les enfants peuvent souffrir à la suite de leurs parcours familiaux généralement heurtés pourrait *in fine* diminuer la prévalence de lourdes séquelles ;

- de l'engagement d'un suivi médical régulier et coordonné du mineur. L'établissement d'un bilan de santé global qui puisse permettre de repérer dans la mesure du possible l'ensemble des besoins de soins physiques et psychiques de l'enfant constitue en effet un préalable à la poursuite de son parcours de soin. Cette première étape serait donc susceptible d'orienter le mineur dans un parcours de soin ultérieur adapté ;

- de la prise en charge financière de cette nouvelle mesure par l'assurance maladie. Le bilan de santé proposé ici prendrait la forme d'une consultation complexe, permettant de « *tenir compte de l'ensemble des facteurs de complexité identifiés, pour améliorer la prise en charge sanitaire des enfants et des adolescents protégés en valorisant l'investissement des médecins généralistes et pédiatres qui y participent* »⁽¹⁾. Cette consultation :

- est comparable aux consultations complexes intervenant dans le cadre du parcours du jeune enfant ;

- sera facturable en une fois par les pédiatres et les médecins généralistes pour chaque enfant ou adolescent protégé, sur adressage par les services du conseil départemental ;

- fera donc l'objet de négociations ouvertes par la ministre des solidarités et de la santé entre les professionnels de santé et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en vue de fixer le montant de remboursement pour la réalisation du bilan de santé à 46 euros.

*

* *

(1) *Étude d'impact.*

Article 36

Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins

Adopté par la commission avec modifications

Cet article propose quatre mesures distinctes visant à inciter les médecins à s'installer ou à exercer en zones sous-denses, en leur proposant des contreparties financières ou en réduisant les coûts liés à leur installation.

● La première mesure vise à remplacer les quatre types de contrats incitatifs à l'installation des jeunes médecins en zones sous-denses créés depuis 2013 – le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR) et le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS) – par un contrat unique mais modulable, le « contrat début d'exercice ».

Ce contrat début d'exercice, ouvert à l'ensemble des spécialités de médecine, offrira une garantie de revenus aux médecins signataires acceptant de s'installer dans des zones dépourvues de médecins.

● Cet article propose ensuite de compléter la palette de mesures incitatives à l'installation des jeunes médecins en zones sous-denses par la création d'une aide permettant la prise en charge intégrale, pendant deux années, des cotisations sociales dues par un médecin libéral ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire (secteur 1) ou pratiquant des dépassements d'honoraires encadrés (secteur 2 ayant adhéré au contrat « Option de pratique tarifaire maîtrisée » [OPTAM]), et s'installant dans une zone sous-dense.

Cette aide fera l'objet d'une évaluation en 2022, en vue de son éventuelle pérennisation à compter de 2023.

● Les deux dernières mesures de cet article visent à adapter les modalités de versement de certaines cotisations afin d'améliorer la progressivité de dispositifs à destination des médecins. Ces deux mesures visent plus indirectement les médecins installés en zones sous-denses.

Il s'agit :

– en premier lieu, de diminuer les effets de seuil induits par le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales destiné aux médecins remplaçants créé par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Elle autorise ainsi les médecins remplaçants dépassant le plafond d'éligibilité à ce régime simplifié à verser des cotisations complémentaires sur la part de leurs revenus dépassant le plafond d'éligibilité, pour continuer à bénéficier de ce régime ;

– en second lieu, de réduire les effets de seuils liés à la dispense de cotisations dues pour la prestation complémentaire vieillesse (PCV), en permettant le versement d'une cotisation proportionnelle et non forfaitaire.

I. UNE PALETTE DE DISPOSITIFS INCITATIFS À L'INSTALLATION DES JEUNES MÉDECINS AU SEIN DES DÉSERTS MÉDICAUX

A. PANORAMA DES DISPOSITIFS EXISTANTS

La démographie médicale demeure très inégale sur le territoire français. Au sein d'une même région, voire d'un département, de très fortes inégalités d'accès aux soins existent.

Pour résoudre ces inégalités d'accès aux soins, un ensemble de dispositifs incitatifs vise soit à encourager les étudiants en médecine ou les jeunes médecins n'étant pas encore installés à choisir l'exercice en libéral ou en remplacement dans des zones en déficit de médecins, soit à inciter les médecins exerçant déjà au sein de tels territoires à continuer à y exercer, le cas échéant en formant leurs confrères.

Aux termes du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, les zones particulièrement marquées par la désertification médicale peuvent être identifiées par les agences régionales de santé (ARS) en tant que zones d'intervention prioritaires (ZIP) ou zones d'action complémentaire (ZAC), et bénéficier ainsi de moyens supplémentaires en matière d'aides à l'installation et au maintien des médecins au sein de ces territoires.

Comme l'a souligné le rapport du Dr. Sophie Augros sur l'évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, remis à la ministre des solidarités et de la santé au mois de septembre 2019 ⁽¹⁾, il existe trois types d'aides : les aides conventionnelles, les aides des collectivités territoriales ainsi que les aides de l'État.

1. Les aides conventionnelles

L'assurance maladie propose notamment des avantages pécuniaires aux médecins de toutes les spécialités choisissant de s'installer, d'exercer, d'effectuer des remplacements ou de former de nouveaux médecins à exercer au sein des ZIP.

Quatre types de contrats, non réservés aux jeunes médecins, sont ainsi proposés :

– le contrat d'aide à l'installation pour les médecins (CAIM) offre une prime forfaitaire à l'installation, dont le montant peut atteindre 50 000 euros sur la durée du contrat, fixée à cinq ans ;

– le contrat de stabilisation et de coordination médecins (Coscom) propose une prime versée sous forme de forfait, pour inciter au maintien au sein du territoire. Elle est conditionnée à la pratique en exercice coordonné, et peut être majorée lorsque le médecin réalise des consultations dans un hôpital de proximité ou accueille des stagiaires ou internes ;

(1) [D^r Sophie Augros, Évaluation des aides à l'installation des jeunes médecins, septembre 2019.](#)

– le contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) propose pour sa part une bonification des honoraires à hauteur de 25 % pour les médecins acceptant de réaliser des consultations au moins dix jours par an dans une zone sous-dense ;

– le contrat de transition pour les médecins (COTRAM) propose une bonification des honoraires de 10 % aux médecins préparant leur cessation d'exercice et accueillant dans cette perspective, au sein de leur cabinet, un confrère âgé de moins de 50 ans.

Selon les chiffres du rapport du Dr. Sophie Augros, l'on recensait, au mois de juin 2019, 859 CAIM, 2 004 Coscom, 66 COTRAM et 74 CSTM.

2. Les aides des collectivités territoriales

Aux termes de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, les collectivités territoriales peuvent également financer des bourses d'études ou des aides financières, en contrepartie d'une installation.

Selon le rapport du Dr. Sophie Augros, la plupart de ces aides s'adressent aux médecins généralistes et demandent l'engagement du médecin à exercer dans une zone sous-dense, le plus souvent pour une durée de trois à cinq ans, « *parfois associée à un temps de travail minimal* ».

Les montants proposés sont très variables – du simple au double –, de même que les durées d'installation exigées, allant de deux à sept ans.

Certaines collectivités, moins nombreuses – une dizaine de conseils départementaux et un conseil régional –, proposeraient des aides financières aux jeunes médecins, sous des formes – subventions d'équipement, primes forfaitaires – et des montants très divers.

L'article L. 1511-8 précité impose aux collectivités territoriales d'adosser leurs aides facultatives au zonage prévu par le 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique. Cependant, selon la même source, « *la plupart des conseils départementaux s'en affranchissent au profit d'une cartographie ad hoc, voire en soutenant l'ensemble des installations sur leur territoire indépendamment de toute considération de zonage* ». La pertinence de ces zonages mérite, dès lors, d'être interrogée.

3. Les aides de l'État

Les aides de l'État se concentrent quant à elles sur l'installation en zones sous-denses, pour les étudiants en médecine ou les jeunes diplômés s'appêtant à exercer en libéral.

L'État finance ainsi un contrat d'engagement de service public (CESP), qui repose sur un avantage forfaitaire constitué d'une bourse d'études de 1 200 euros bruts par mois, destinée aux étudiants ou internes en médecine ou en odontologie, en contrepartie de leur installation, pour une durée déterminée, dans l'un des territoires identifiés comme ZIP ou ZAC par l'agence régionale de santé (ARS).

En complément, quatre dispositifs ont été successivement mis en place par le législateur depuis 2013, et codifiés aux articles L. 1435-4-2 à L. 1435-4-5 du code de la santé publique. Ces dispositifs reposent tous sur le principe d'aides ou d'avantages financiers afin de rassurer les médecins acceptant de s'installer en zone sous-dense, soit par des mécanismes de garantie de revenus, le temps de se constituer une patientèle, soit en leur assurant un complément de revenus en cas de congé de maternité, de paternité ou de maladie.

• Trois de ces contrats s'adressent exclusivement aux médecins généralistes :

– le contrat de praticien territorial de médecine générale (PTMG), créé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 ⁽¹⁾ ;

– le contrat de praticien territorial médical de remplacement (PTMR), créé par la LFSS 2017 ⁽²⁾ ;

– le contrat de praticien isolé à activité saisonnière (PIAS), créé par la LFSS 2015 ⁽³⁾.

• Un seul contrat, le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA), également créé par la LFSS 2015 ⁽⁴⁾, s'adresse à tous les médecins, quelle que soit leur spécialité.

• Selon le contrat considéré peuvent s'ajouter d'autres conditions, telles que la durée d'exercice – nécessairement inférieure à un an depuis l'obtention du diplôme pour être éligible au contrat PTMG – ou l'obligation de conventionnement avec l'assurance maladie. En outre, le PTMR est accessible à certains étudiants internes exerçant en remplacement d'un médecin ou en tant qu'adjoint d'un médecin, dans les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique.

Les différents contrats proposent tous une aide financière, plus ou moins significative selon les cas. Cette aide peut ainsi prendre la forme d'une garantie de revenus, différentielle (PTMG) ou forfaitaire (PTMR), d'une aide forfaitaire à l'investissement (PIAS) ou d'une aide à l'activité proportionnelle aux revenus annuels du médecin (PIAS).

En outre, tous les contrats à l'exception du PIAS prévoient un complément de revenu en cas de congé de maternité ou de paternité d'une durée supérieure à sept jours.

(1) Article 46 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale.

(2) Article 73 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale.

(3) Article 55 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale.

(4) Article 54 de la loi n° 2014-1554 précitée.

La durée de ces différents contrats varie d'un an à trois ans, éventuellement renouvelables par tacite reconduction, comme le montre le tableau récapitulatif ci-après.

**CARACTÉRISTIQUES DES CONTRATS INCITATIFS À L'INSTALLATION
EN ZONES SOUS-DENSES**

Contrat	PTMG <i>Art. L. 1435-4-2</i>	PTMA <i>Art. L. 1435-4-3</i>	PIAS <i>Art. L. 1435-4-4</i>	PTMR <i>Art. L. 1435-4-5</i>
Spécialité	Toutes.	Généraliste.	Généraliste.	Généraliste.
Conditions d'accès	Médecin sur le point de s'installer en libéral, ou installés depuis moins d'un an.	Médecin conventionné.	Médecin conventionné.	<ul style="list-style-type: none"> - Soit médecin généraliste ; - Soit étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique ; - Soit assistant spécialiste à temps partiel au sein d'un établissement public de santé.
Engagements du signataire / Critères d'éligibilité	<ul style="list-style-type: none"> - Respect d'engagements individualisés (tarifs opposables, prescription, actions de dépistage, etc.) ; - Minimum de 165 consultations par mois. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des tarifs opposables secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM ; - Respect d'engagements individualisés. 	<ul style="list-style-type: none"> - Respect des tarifs opposables ; - Activité marquée par une forte saisonnalité et revenus inférieurs à un certain seuil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Exercice, pendant la durée du contrat, d'une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets médicaux implantés dans les zones concernées.
Zones d'exercice	Zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.	Zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.	Territoire isolé (montagne notamment).	Zone caractérisée par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.
Aides financières et contreparties proposées	Garantie de revenus (différence entre le niveau de revenu du signataire et un plafond fixé par décret à 6 900 euros bruts par mois).	Rémunération forfaitaire en cas d'interruption de son activité médicale pour cause de maladie, de maternité ou de paternité.	Rémunération complémentaire composée d'une aide à l'investissement forfaitaire et une aide proportionnelle à l'activité.	<ul style="list-style-type: none"> - Service d'appui concernant la gestion de ses remplacements ; - Garantie minimale de rémunération forfaitaire visant à couvrir des périodes d'interruption d'activité, à condition d'avoir réalisé au moins 5 000 actes au cours de l'année.
Complément de revenu maternité / paternité	Oui.	Oui.	Non.	Oui.
Durée	Un an, renouvelable une fois.	Comprise entre trois et six ans.	Comprise entre trois et six ans.	12 mois, renouvelable par tacite reconduction, dans la limite maximale de 72 mois pour les étudiants en médecine et de 36 mois pour les médecins non installés.

Source : commission des affaires sociales.

B. CERTAINS DISPOSITIFS MANQUENT DE LISIBILITÉ ET D'ATTRACTIVITÉ

Force est de constater que les contrats incitatifs à l'installation des jeunes médecins en zones sous-denses n'ont pas tous rencontré leur public, tant s'en faut.

Si plus de 3 000 étudiants ont d'ores et déjà bénéficié d'une bourse d'études à travers le contrat d'engagement de service public (CESP) depuis sa création, les autres types de contrats « État », qui répondent pourtant selon le Dr. Augros « à un besoin réel d'accompagnement et de soutien aux projets d'installation en territoire fragile », rencontrent un succès très mitigé en pratique.

Le contrat de PTMG est le plus sollicité des quatre dispositifs, avec environ 200 contrats signés par an, pour un total de 1 208 contrats signés depuis la mise en œuvre du dispositif en septembre 2013. Le recours à ce contrat est le plus souvent motivé par la garantie de revenus, très sécurisante pour les jeunes médecins : près des deux tiers (64 %) des signataires ont mobilisé cette garantie au moins une fois au cours de leurs trois premiers mois d'exercice. Le nombre de signataires ne concerne cependant qu'une très faible proportion des quelque 2 500 médecins théoriquement éligibles à ce dispositif en 2018 (à peine 8 % d'entre eux).

Les autres types de contrats demeurent largement méconnus et peu attractifs : seuls 71 PTMA ont ainsi été signés depuis la création du dispositif. Selon le rapport du Dr. Augros, cet échec s'explique avant tout par « *des avantages trop maigres pour assurer l'attractivité du contrat* ». Ce contrat a par ailleurs manifestement manqué sa cible, puisque la quasi-totalité des contrats (69 sur 71) a été signée avec des médecins généralistes, alors que l'ambition de ce contrat était principalement d'inciter les médecins d'autres spécialités à s'installer dans les zones sous-denses.

Les statistiques sont encore plus défavorables pour les deux derniers contrats, avec seulement dix-neuf contrats de PTMR et neuf contrats de PIAS signés depuis la mise en place de ces dispositifs.

- Si la politique d'attractivité des zones sous-denses ne peut se résumer aux seuls contrats incitatifs et aux aides financières, qui ne sont qu'un déterminant parmi l'ensemble des considérations prises en compte par les médecins lors de leur installation en libéral⁽¹⁾, certaines caractéristiques des contrats de PTMG, PTMR, PIAS et PTMA peuvent néanmoins expliquer le faible recours à ces dispositifs.

En premier lieu, ce succès mitigé peut s'expliquer par « *une notoriété insuffisante, nourrie en partie par la complexité du dispositif* ». La coexistence de plusieurs contrats créés sans cohérence d'ensemble, avec des conditions d'accès,

(1) Selon le rapport du Dr. Augros, les principaux déterminants à l'installation des jeunes médecins sont : les attaches antérieures sur un territoire (personnelles ou professionnelles), la qualité et le cadre de vie offerts sur le territoire, l'existence d'un projet professionnel collectif porté par des confrères ainsi que les possibilités d'emploi du conjoint.

d'éligibilité et d'aides financières variables en fonction de chaque contrat, rend relativement illisible la plus-value de chaque dispositif pour un interne en médecine ou un jeune médecin disposé à s'installer en libéral.

En outre, le faible recours peut s'expliquer par « *l'inadaptation de certains paramètres ou conditions d'éligibilité* » : en particulier, aucun des quatre contrats proposés ne tient compte des situations particulières telles que l'exercice mixte – salariat pour une partie du temps et libéral l'autre partie du temps –, ou l'exercice à temps partiel, alors même que ces modalités d'exercice séduisent de plus en plus de jeunes médecins.

La possibilité de conclure des engagements individualisés proposée par certains contrats et portant par exemple sur la prescription, les modalités d'exercice, les actions de dépistage ou encore de permanence des soins s'est par ailleurs avérée être un facteur de complexité supplémentaire, car les ARS n'ont pas les moyens de définir ni de suivre de tels engagements dans le temps. Une partie de ces engagements relève par ailleurs des bonnes pratiques valorisées dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Les aides versées en contrepartie aux signataires des contrats sont en outre insuffisamment attractives.

Les médecins ayant conclu un contrat de PTMG ou de PTMA en application des articles L. 1435-4-2 et L. 1435-4-3 du code de la santé publique bénéficient en effet d'une prise en charge spécifique en cas de congé de maternité ou de paternité, avec une indemnisation à hauteur de 3 105 euros bruts par mois, dans la limite de trois mois pour le congé maternité et de 1 138 euros bruts pour onze jours pour le congé de paternité. Or, l'avenant n° 3⁽¹⁾ à la convention médicale du 25 août 2016 a étendu cette protection maternité et paternité à l'ensemble des médecins exerçant en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant au contrat d'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), sans condition d'implantation géographique en zone sous-dense. Cette disposition a dès lors réduit très significativement l'attractivité des contrats de PTMG ou de PTMA.

De même, les médecins exerçant une spécialité autre que la médecine générale ne sont éligibles qu'au contrat de PTMA, qui ne comporte aucune garantie de revenus. Les remplaçants de ces spécialités médicales ne sont, de surcroît, éligibles à aucune aide contractuelle.

(1) L'avenant n° 3, signé le 8 février 2017 et paru au Journal officiel du 29 avril 2017, a pour objet d'instaurer une aide financière complémentaire à destination des médecins libéraux interrompant leur activité médicale pour cause de maternité, de paternité ou de congé d'adoption, afin de les aider, pendant cette période, à faire face aux charges inhérentes à la gestion du cabinet médical.

II. LES MESURES PROPOSÉES

A. LE « CONTRAT DÉBUT D'EXERCICE » : UN CONTRAT UNIQUE ACCESSIBLE À TOUTES LES SPÉCIALITÉS DE MÉDECINE POUR ENCOURAGER L'INSTALLATION EN ZONES SOUS-DENSES

Dans la droite ligne des préconisations du rapport du Dr. Sophie Augros, cet article propose de substituer aux quatre contrats incitatifs un unique dispositif, le « contrat début d'exercice ».

L'objectif de ce nouveau contrat est d'offrir « *des conditions d'accès identiques et une dénomination unique* », tout en conservant « *des "options" permettant aux médecins spécialistes, aux médecins remplaçants ainsi qu'aux médecins installés dans les territoires à forts flux saisonniers, de bénéficier de paramètres adaptés à leurs spécificités* ».

Le **I** propose de créer le contrat début d'exercice par une nouvelle rédaction globale de l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique, qui abroge *de facto* les dispositions relatives au PTMG. En conséquence, le **II** abroge les articles L. 1435-4-3 à L. 1435-4-5 respectivement relatifs au PTMA, au PIAS et au PTMR ⁽¹⁾.

1. Les conditions générales du contrat

a. Le public ciblé

Ce contrat serait ouvert aux jeunes médecins non encore installés, aux médecins installés depuis moins d'un an dans une zone sous-dense, ainsi qu'aux étudiants ou médecins exerçant en tant que remplaçants. Selon le premier alinéa de l'article L. 1435-4-2, ce nouveau contrat pourra ainsi être conclu entre les agences régionales de santé et :

– soit un étudiant remplissant les conditions prévues à l'article L. 4131-2 du même code, c'est-à-dire un étudiant ayant validé le deuxième cycle des études de médecine ainsi qu'un certain nombre de semestres, variable en fonction de la spécialité suivie, au titre du troisième cycle des études médicales, et autorisé à ce titre à exercer en tant que remplaçant ou comme adjoint d'un médecin ;

– soit un médecin conventionné exerçant une activité libérale. Le cas échéant, l'installation en libéral doit dater de moins d'un an, et elle doit avoir lieu dans une zone sous-dense, c'est-à-dire dans l'un des territoires mentionnés au

(1) Ces contrats restent néanmoins applicables jusqu'à leur terme, dans les conditions prévues au **IV** de cet article (cf. infra).

deuxième alinéa de l'article L. 1435-4-2 (*cf. infra*), ou dans une « zone limitrophe »⁽¹⁾, telle que définie par décret en Conseil d'État.

Le contrat début d'exercice vise donc en priorité le public des nouveaux médecins, en fin d'internat ou au terme de celui-ci, ou des médecins récemment installés en zones sous-denses ou à proximité de celles-ci, quelle que soit leur spécialité : cela représente une différence significative par rapport aux précédents contrats, qui n'étaient pour la plupart destinés qu'aux médecins généralistes.

La durée du contrat sera précisée par le contrat lui-même, en fonction d'un minimum et d'un maximum définis par décret en Conseil d'État. D'après les informations transmises au rapporteur général, le Gouvernement envisage de fixer la durée maximale du contrat à trois ans, afin de permettre aux médecins de s'installer durablement sur le territoire, tout en limitant les éventuels effets d'aubaine qui peuvent être observés à l'issue d'un tel délai.

Ce projet est en phase avec les préconisations du rapport du Dr. Augros, qui recommandait pour sa part de fixer une durée « *de deux à trois ans* », avec une diminution progressive des avantages proposés aux signataires, « *afin de remplir efficacement la fonction de stabilisation des signataires* ».

b. Le lieu d'exercice

Le contrat début d'exercice vise à inciter les jeunes médecins à exercer dans des déserts médicaux : le principal engagement des signataires est donc d'ordre géographique. Le deuxième alinéa de l'article L. 1435-4-2 dispose ainsi que le signataire du contrat doit s'engager :

– soit à exercer « *dans les territoires définis par l'agence régionale de santé et caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée* » ;

– soit à exercer une activité de remplacement dans un ou plusieurs cabinets implantés dans ces territoires.

La formulation proposée est distincte de celle mentionnée au 1° de l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, qui dispose que le directeur général de l'ARS détermine « *les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins* ». Ces zones correspondent, en pratique, aux zones d'intervention prioritaires (ZIP) et aux zones d'action complémentaire (ZAC).

Selon les informations transmises au rapporteur général, la rédaction retenue par cet article s'explique car le zonage mentionné à l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ne s'applique qu'à la spécialité de médecine générale.

(1) Selon les informations transmises au rapporteur général, cette notion de « zone limitrophe » a été ajoutée pour éviter de désavantager les médecins qui seraient installés à quelques kilomètres d'une zone sous-dense et ne pourraient ainsi prétendre au contrat de début d'exercice. Cette notion prête néanmoins à confusion.

L'établissement d'un zonage pour d'autres spécialités est en cours, mais nécessite un important travail statistique, conceptuel et de concertation qui ne pourra aboutir qu'à moyen terme.

La formulation proposée, qui sera précisée par voie réglementaire, permettrait donc de laisser une certaine marge de manœuvre aux ARS pour déroger ponctuellement au zonage des ZIP ou des ZAC, si des médecins de spécialité autre que généraliste en font la demande. Pour procéder à une telle dérogation, l'ARS serait tenue de mettre en évidence un déficit dans la spécialité concernée et sur le territoire choisi par le jeune médecin.

Le zonage ZIP ou ZAC resterait néanmoins de mise pour les médecins généralistes. Ce projet d'application réglementaire serait donc moins ambitieux, pour les médecins généralistes, que le rapport du Dr. Augros, qui préconisait de permettre aux ARS de « *soutenir une installation dans un territoire qui, sans être classé en ZIP ou en ZAC, présenterait toutefois des difficultés objectives d'accès aux soins dans la spécialité concernée* ».

Il est précisé que toute modification du périmètre de ces territoires par l'ARS ultérieure à la signature du contrat serait sans effet sur les contrats en cours.

2. Les engagements à respecter par le signataire du contrat

Les « *engagements individualisés* » prévus par les contrats de PTMG et de PTMA posaient plusieurs difficultés, soit parce qu'il était difficile pour les ARS de définir des engagements précis sans limiter l'attractivité du contrat, soit parce que ces engagements relevaient des bonnes pratiques conventionnelles, soit parce qu'il était en pratique difficile d'en vérifier le respect effectif par les signataires.

Le nouveau contrat début d'exercice ne retient en conséquence que deux conditions simples et facilement vérifiables : l'obligation pour les médecins conventionnés d'exercer en tarifs opposables (secteur 1) ou d'adhérer au contrat de maîtrise des dépassements d'honoraires, d'une part, et l'obligation pour le signataire de s'inscrire dans un dispositif d'exercice coordonné, d'autre part ⁽¹⁾.

a. Le respect des tarifs opposables

Le premier engagement du signataire du contrat, mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 1435-4-2, porte sur les tarifs pratiqués : le signataire doit ainsi respecter « *les tarifs opposables* », ou adhérer « *à un dispositif de maîtrise des dépassements d'honoraires* ».

Ainsi, le contrat début d'exercice pourra seulement être signé par des médecins s'engageant à exercer en secteur 1 – sans dépassement d'honoraires – ou par des médecins en secteur 2 ayant adhéré à l'option de pratique tarifaire

(1) Notons que le contrat début d'exercice n'a pas retenu l'obligation de participation des signataires du contrat à la permanence des soins.

maîtrisée (OPTAM), c'est-à-dire acceptant de limiter leurs dépassements d'honoraires. Les médecins conventionnés en secteur 2 pratiquant des honoraires libres sont donc exclus du dispositif.

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)

L'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) est un contrat signé entre l'assurance maladie et des médecins conventionnés exerçant en secteur 2.

L'OPTAM a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des patients en limitant les dépassements d'honoraires, d'une part, et en leur permettant d'être mieux remboursés par leur caisse de sécurité sociale et leur complémentaire santé, d'autre part.

Le praticien signataire de l'OPTAM s'engage en effet à ne pas dépasser un taux moyen de 100 % de dépassement d'honoraires, calculé sur la base des tarifs applicables aux praticiens en secteur 1.

Le patient paiera par exemple 50 euros maximum pour une consultation chez un médecin généraliste conventionné en secteur 2 et adhérent à l'OPTAM, contre 25 euros pour une consultation chez un médecin généraliste conventionné en secteur 1.

b. Une obligation de pratiquer en exercice coordonné

L'une des principales nouveautés proposées par ce nouveau contrat est l'obligation pour le signataire de participer à un exercice coordonné « *dans un délai de deux ans suivant la signature du contrat* ».

Cet exercice coordonné peut s'effectuer en intégrant une équipe de soins primaires ou de soins spécialisés telle que définie à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique, ou en exerçant dans l'une des structures définies par le code de la santé publique, c'est-à-dire une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) (article L. 1434-12), un centre de santé (article L. 6323-1-10) ou une maison de santé (article L. 6323-3).

Ce prérequis de l'exercice coordonné peut davantage être considéré comme un facteur d'attractivité que comme une contrainte : un nombre croissant de jeunes médecins aspirent en effet à exercer dans un cadre plus collectif, notamment lorsqu'il s'agit d'exercer dans des zones affectées par la désertification médicale, car ce mode d'exercice permet à la fois des échanges plus développés entre les professionnels de santé médicaux et paramédicaux, et des conditions de travail plus favorables qu'en cabinet isolé.

Une étude réalisée par la commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM)⁽¹⁾ confirme en effet que l'exercice regroupé est très largement plébiscité tant par les internes en médecine que par les jeunes médecins déjà installés, notamment pour les médecins remplaçants : 87 % des médecins remplaçants et 81 % des internes considèrent que la présence sur le

(1) https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1thxouu/cnom_enquete_installation.pdf

territoire d'autres professionnels de santé ou d'un hôpital est « *tout à fait* » ou « *plutôt* » déterminante pour leur installation. En outre, 72 % des internes plébiscitent l'exercice coordonné (en libéral ou en salariat) ainsi que l'exercice en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).

Plusieurs études de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) ont par ailleurs montré les effets bénéfiques de l'exercice regroupé, notamment en termes de productivité – et donc d'accueil des patients – et de qualité des soins délivrés. Selon une étude de 2014, en permettant de partager la prise en charge des patients sur la semaine, le regroupement de professionnels de santé au sein d'une même structure permet en effet d'accroître l'activité quotidienne et la productivité journalière, sans réduire la continuité relationnelle avec les patients⁽¹⁾. En outre, les médecins généralistes exerçant en exercice regroupé auraient une meilleure qualité de pratique que les médecins exerçant seuls pour la quasi-totalité des indicateurs considérés par l'IRDES, ainsi qu'une meilleure efficacité de la prescription⁽²⁾.

En invitant les signataires du contrat début d'exercice à exercer dans un cadre collectif, le Gouvernement confirme ainsi son inclination à faire de l'exercice coordonné « *le cadre de droit commun pour l'exercice ambulatoire des professionnels de santé d'ici la fin du quinquennat* », comme le rappelle l'étude d'impact.

c. L'impossibilité de cumul

Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4-2 précise qu'« *aucun autre contrat ne peut être conclu par le signataire* » du contrat début d'exercice et ce, pendant toute la durée du contrat.

Les avantages liés à la signature de ce contrat ne sont ainsi pas cumulatifs avec d'autres types de contrats incitatifs à l'installation.

3. Les contreparties proposées

Les contreparties proposées dans le cadre du contrat début d'exercice visent à renforcer l'attractivité de ce contrat : comme le rappelle l'étude du CNOM précitée, près de 9 internes en médecine sur 10 indiquent tenir compte des aides proposées dans leur choix d'installation, même si ces aides ne sont qu'un déterminant parmi l'ensemble des autres facteurs orientant leur choix.

(1) [Julien Mousquès, Fabien Daniel, « L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses », Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 210, juin 2015.](#)

(2) [Julien Mousquès, Fabien Faniel, « L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes », Questions d'économie de la santé, IRDES, n° 211, juillet-août 2015.](#)

a. Une garantie de revenus différentielle et une protection sociale recentrée sur l'avantage maladie

● Le premier alinéa de l'article L. 1435-4-2 précise que la signature du contrat début d'exercice ouvre droit « à une rémunération complémentaire aux revenus des activités de soins ».

Selon l'étude d'impact, cette aide consisterait en une « garantie de revenus » dite différentielle, telle qu'elle existe pour le contrat de PTMG : le signataire du contrat recevrait un montant correspondant à la différence entre les revenus tirés de ses honoraires et un plafond de revenus déterminé par voie réglementaire.

Cette aide pourrait être versée à tous les signataires du contrat début d'exercice « pendant un an » – le temps, pour le jeune médecin, de se constituer une patientèle. Les autres compléments de revenus, tels que l'avantage maladie, seraient ensuite dégressifs jusqu'à la fin du contrat. Ces dispositions permettraient ainsi la mise en place d'une sortie progressive vers le droit commun.

Le choix de la garantie de revenus présente un double intérêt pour le signataire du contrat : ce mécanisme est en effet plus facile à gérer puisqu'il permet de connaître à l'avance le niveau global de revenus ; en outre, ce mécanisme limite considérablement les effets de seuil par rapport à un versement forfaitaire.

Le complément de revenus garanti aux signataires pourrait être modulé en fonction du profil de ces derniers : l'étude d'impact suggère par exemple qu'un plafond différent pourrait être défini pour les généralistes et les spécialistes, pour tenir compte de la part souvent élevée des actes techniques dans les revenus de certains médecins spécialistes, ou que le mode de calcul pourrait être annualisé pour les remplaçants et les médecins à forte activité saisonnière.

● Selon l'étude d'impact, le nouveau contrat continuerait de prévoir une protection spécifique en cas de maladie pour tous les médecins signataires du contrat début d'exercice. Il offrirait en outre une protection en cas de maternité ou de paternité pour les seuls médecins remplaçants, qui ne sont pas couverts par l'avenant n° 3 à la convention médicale.

b. Un accompagnement individualisé pour faciliter les démarches d'installation en libéral

Le premier alinéa de l'article L. 1435-4-2 précise que la signature du contrat début d'exercice ouvre également droit « à un accompagnement à l'installation ».

Les freins à l'installation en libéral des jeunes médecins ont notamment été soulignés par le rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins publié en

octobre 2018 ⁽¹⁾, qui rappelle que « *les démarches requises pour l'installation sont nombreuses et complexes* », en dépit des guichets uniques en cours de structuration au niveau régional. Ce rapport appelait de ses vœux l'instauration d'un « *véritable accompagnement individuel, c'est-à-dire à la fois humain, personnalisé et suivi dans le temps* ».

L'accompagnement proposé aux signataires du contrat début d'exercice pourrait correspondre à ce besoin : selon l'étude d'impact, il s'agirait à la fois d'un dispositif de formation et d'accompagnement renforcé à la création et à la gestion d'un cabinet médical. Le financement et la mise en place de cet accompagnement pourraient être coordonnés par les ARS, charge à elles d'en confier la responsabilité à des partenaires ou prestataires régionaux pour une déclinaison sur le terrain.

4. Le coût du nouveau contrat

Actuellement, environ 200 contrats, tous dispositifs confondus (PTMG, PTMA, PIAS et PTMR), sont conclus chaque année, soit un taux de recours d'à peine 8 % pour les généralistes éligibles, et non significatif pour les médecins spécialistes.

L'étude d'impact estime que le nouveau contrat début d'exercice pourrait concerner 10 % des médecins généralistes installés en zone sous-dense, et 7 % des spécialistes installés dans ces mêmes zones.

La mise en place du dispositif nécessite des dispositions d'application, qui devraient être publiées au cours du premier trimestre 2020. L'année 2020 sera donc une année de montée en charge du dispositif : au total, l'étude d'impact estime à 300 le nombre de contrats susceptibles d'être conclus en 2020, puis environ 350 contrats par an les années suivantes. Ces contrats s'ajouteront aux quatre types de contrats incitatifs déjà signés jusqu'à expiration de ces derniers.

Le coût unitaire de chaque contrat est estimé à 5 000 euros, ce qui correspond au coût du PTMG majoré de 15 %, pour tenir compte des éventuelles majorations de revenus pour les spécialités hors médecine générale ainsi que pour la création d'une prestation d'accompagnement.

Au total, le coût de la mesure est donc évalué à 1,5 million d'euros en 2020, puis à 1,75 million d'euros supplémentaires par an à compter de 2021. Ce coût supplémentaire, qui correspond au coût de la deuxième année du contrat, est très probablement surévalué car comme cela a été dit, le mécanisme de garantie financière pourrait être limité à la première année du contrat seulement.

(1) [Mme Élisabeth Doineau, M. Thomas Mesnier, Dr. Sophie Augros, Rapport des délégués nationaux à l'accès aux soins, octobre 2018.](#)

5. Entrée en vigueur et mesures d'application

Le contrat début d'exercice entrera en vigueur après la publication du décret en Conseil d'État prévu au dernier alinéa de l'article L. 1435-4-2.

D'après l'étude d'impact, ce décret devra également déterminer les zones sous-denses concernées par le contrat début d'exercice : ces zones correspondraient *a priori* au zonage applicable aux médecins généralistes, sauf en cas de zonage spécifique pour certaines spécialités, et sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS pour les spécialités ne disposant pas de zonage spécifique.

Le décret précisera en outre la nature et le mode de calcul de la garantie de rémunération complémentaire offerte en contrepartie de la signature du contrat, notamment le montant, le seuil, le plafond, les périodes de référence ainsi que les éventuelles « *dispositions particulières applicables aux zones isolées connaissant des afflux saisonniers de population ainsi qu'aux territoires d'outre-mer* ».

B. LA PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES COTISATIONS SOCIALES POUR LES JEUNES MÉDECINS CONVENTIONNÉS S'INSTALLANT EN ZONES SOUS-DENSES

Cette mesure répond à un engagement pris en juin 2019 par la ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn, lors des débats en séance publique au Sénat portant sur le projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé ⁽¹⁾.

La commission des affaires sociales du Sénat avait ainsi adopté en première lecture de l'examen de ce projet de loi un article 4 *bis*, qui visait à instaurer un régime dégressif d'exonérations de cotisations sociales d'une durée maximale de cinq ans pour les médecins s'installant à titre libéral dans un délai de trois ans à compter de l'obtention du diplôme – quelle que soit la zone d'installation. La ministre avait à cette occasion rappelé son soutien de principe à toute mesure promouvant une installation rapide des médecins après la fin de leurs études, mais elle avait souhaité circonscrire ces mécanismes incitatifs aux seules zones sous-denses, tout en promettant une réflexion approfondie sur les conditions d'exonération de cotisations sociales des médecins dans le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le présent article s'inscrit dans le droit fil de cet engagement, puisque le I crée un nouvel article L. 162-5-19 au sein de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, instaurant une aide financière à la prise en charge des cotisations sociales des jeunes médecins s'installant en zones sous-denses.

(1) [Séance du 4 juin 2019. Suite de la discussion en procédure accélérée du projet de loi d'organisation et de transformation du système de santé \(texte de la commission\).](#)

1. Les bénéficiaires

Aux termes du I de l'article L. 162-5-19 nouveau du code de la sécurité sociale, plusieurs conditions cumulatives sont requises pour bénéficier de l'aide :

– les médecins doivent exercer en libéral et être conventionnés soit en secteur 1, soit en secteur 2, sous réserve d'être adhérents au contrat d'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui encadre les dépassements d'honoraires ;

– ils doivent s'installer dans un délai de trois ans à compter de l'obtention de leur diplôme de docteur en médecine (ou de son équivalent obtenu dans un État de l'Union européenne) ;

– ils doivent en outre exercer dans l'une des zones sous-denses définies par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé : en pratique, il s'agira, selon les éléments communiqués au rapporteur général, des zones d'intervention prioritaires.

L'aide vise un public de jeunes médecins diplômés, pour encourager ces derniers à s'installer rapidement à l'issue de leur formation, dans des zones caractérisées par un déficit de médecins : une récente étude réalisée par la commission jeunes médecins du Conseil national de l'Ordre des médecins a en effet montré qu'alors que les trois quarts des étudiants en médecine envisagent une activité libérale et/ou mixte (activité libérale et salariée), une minorité d'entre eux franchit finalement le pas – 12 % des installations se font en libéral, 1 % en exercice mixte, contre 62 % en exercice salarié⁽¹⁾.

2. Les modalités de versement de l'aide

a. Les cotisations prises en charge

• En application du I de l'article L. 162-5-19, le montant de l'aide accordé correspond à l'ensemble des cotisations sociales dues au titre de la maladie, de la maternité, de la vieillesse de base, des prestations complémentaires de vieillesse, d'invalidité et de décès ainsi que des allocations familiales calculées sur la base des honoraires conventionnels au cours des vingt-quatre premiers mois d'activité. Il convient toutefois de relever que la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) resteront dues.

Les revenus d'activité pour les deux premières années d'exercice des médecins bénéficiaires de l'aide seront ainsi exonérés de l'ensemble des cotisations sociales précitées, sous trois réserves.

– les cotisations exonérées sont les cotisations restant dues après prise en compte de la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels de santé, définie par voie conventionnelle

(1) [Conseil national des jeunes médecins \(CNOM\). Étude sur l'installation des jeunes médecins. 2019.](#)

conformément au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui organise les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins (*cf.* encadré ci-après). Cette participation de la Caisse nationale d'assurance maladie s'élève ainsi à 6,4 % de la cotisation d'assurance maladie pour les médecins en secteur 1 et en secteur 2 adhérant à l'OPTAM (soit un reste à charge de 0,10 % pour les médecins) ;

– pour les médecins en secteur 2 adhérant à l'OPTAM, l'assiette de l'aide est limitée aux revenus tirés de l'activité conventionnée nets de dépassements d'honoraires (deuxième alinéa du II de l'article L. 162-5-19 nouveau) : la prise en charge ne serait donc pas intégrale pour ces médecins, afin de conserver un avantage comparatif pour les médecins choisissant d'être conventionnés en secteur 1 ;

– l'aide financière est en outre plafonnée dans la limite de 80 000 euros de revenu tiré des honoraires conventionnels : en conséquence, la part de cotisations sociales correspondant à la fraction de revenu au-delà de 80 000 euros restera due.

Le rapporteur général s'interroge néanmoins sur les éventuels effets d'aubaine liés à l'absence de réversibilité de cette aide. La rédaction actuelle ne conditionne l'attribution de l'aide qu'à « *l'installation* » en zone sous-dense, et non à l'exercice en zone sous-dense pendant les deux années couvertes par le dispositif. Or, si certains médecins ne s'installent que pour quelques mois au sein d'une zone sous-dense, puis décident d'exercer dans une zone non dépourvue de médecins, la rédaction actuelle laisse penser qu'ils continueront de bénéficier de la prise en charge intégrale de leurs cotisations jusqu'au terme des deux années prévu par cet article, ce qui constituerait un contournement important de l'intention du dispositif.

b. Le rôle des URSSAF dans le calcul des cotisations

Le III de l'article L. 162-5-19 nouveau confie aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF)⁽¹⁾ le soin d'informer à la fois les caisses d'assurance maladie et le bénéficiaire de l'aide du montant de l'aide attribuée à ce dernier.

Les caisses d'assurance maladie sont ensuite tenues de reverser le montant de l'aide à l'URSSAF ayant calculé le montant de cotisation dû. Si les revenus du bénéficiaire sont supérieurs à 80 000 euros, l'URSSAF calculera en outre le solde de cotisations restant dû après l'application de l'aide financière, pour la partie des revenus supérieure à 80 000 euros : le cas échéant, « *le montant des cotisations appelées auprès des intéressés est diminué du montant de l'aide ainsi versée* ».

Le médecin n'aura aucune démarche particulière à effectuer, à l'exception de sa déclaration de revenus d'activité : cette dernière déterminera en effet

(1) Ainsi qu'aux caisses générales de sécurité sociale dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de La Réunion.

automatiquement le montant de cotisations pris en charge par l'assurance maladie. Le médecin n'aura donc aucune avance de cotisations à effectuer pendant deux ans – à l'exception de la CSG et de la CRDS –, puisque le montant de cotisations pris en charge sera reversé directement à l'URSSAF dont il relève.

3. Le coût prévisionnel

D'après l'étude d'impact annexée au projet de loi, environ un millier de médecins s'installent chaque année en zone d'intervention prioritaire (ZIP), dont un tiers environ s'installe dans les trois années suivant l'obtention de leur diplôme.

En se fondant sur une hypothèse de taux d'installation en ZIP de 500 médecins par an – soit 20 % de plus que la moyenne constatée ces dernières années, grâce à l'attrait de ce dispositif –, l'étude d'impact évalue à environ 8 millions d'euros à compter de 2021 le surcoût de la mesure proposée au présent article, par rapport à la prise en charge actuelle partielle des cotisations sociales par l'assurance maladie.

L'étude d'impact fait toutefois l'hypothèse d'une montée en charge très progressive avec seulement 4 millions d'euros de surcoût estimé en 2020, ce qui correspond à l'installation de 270 médecins environ, et un surcoût de 8 millions d'euros par an à compter de 2021, ce qui correspond à l'installation d'environ 500 médecins.

4. L'évaluation de la mesure

Afin d'évaluer la pertinence de cette aide financière avant son éventuelle pérennisation, la mesure est limitée dans le temps : elle ne sera en effet versée qu'à compter du 1^{er} janvier 2020, et seulement pour les médecins s'installant avant le 31 décembre 2022 (III).

Un rapport présenté au Parlement par le Gouvernement au plus tard le 30 juin 2022 aura pour mission d'évaluer l'efficacité de ce dispositif, en vue de son éventuelle pérennisation. Ce rapport devra notamment préciser l'effet de ce dispositif « *sur les effectifs de médecins libéraux dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins* ».

5. Modalités d'entrée en vigueur

Le IV dispose que le contrat début d'exercice entrera en vigueur à la date d'entrée en vigueur du décret en Conseil d'État mentionné à l'article L. 1435-4-2, et « *au plus tard le 1^{er} avril 2020* ».

La mise en place de ce nouveau contrat sera sans effet sur les contrats en cours à cette date, qui continueront de produire leurs effets « *sur la base des dispositions qui leur étaient applicables avec la date d'entrée en vigueur du même décret* ».

C. L'AMÉLIORATION DU RÉGIME SOCIAL SIMPLIFIÉ POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS

1. Le régime créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

Afin d'encourager les médecins et les étudiants à effectuer des remplacements ponctuels, en particulier dans les zones sous-denses, l'article 47 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 a créé à l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale un régime social simplifié optionnel pour les médecins et étudiants en médecine exerçant des remplacements à titre accessoire.

Ce régime social simplifié repose sur une assiette simple et un taux unique :

– l'assiette est calculée sur la base des rémunérations – qui désignent, dans ce cas, les honoraires rétrocédés aux remplaçants – auxquelles est appliqué le taux d'abattement de 34 % prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts ;

– le taux des cotisations et contributions sociales est remplacé par un taux global unique, appliqué par référence aux taux des contributions et cotisations sociales appliqués dans le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) après abattement de 34 %.

Le taux ainsi que les règles d'affectation des sommes versées entre les différents régimes et branches concernées devaient être définies par un décret, qui n'a pas encore été publié.

2. Un ajustement visant à limiter les effets de seuil

Ce régime social simplifié, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020, est accessible aux médecins et étudiants dont les rémunérations issues de l'activité de remplacement n'excèdent pas un plafond fixé par décret – ce dernier n'a pas encore été publié.

Pour adoucir les effets de seuils liés au dépassement de ce plafond et maintenir l'attractivité de ce dispositif pour les médecins ou étudiants disposés à effectuer des remplacements, le présent article vise à autoriser les médecins remplaçants dépassant le plafond fixé par décret à s'acquitter de cotisations complémentaires sur la part de leur rémunération dépassant ledit plafond, afin de continuer à bénéficier du régime social simplifié.

Le 2° du I modifie en conséquence le I de l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser qu'en cas de dépassement du seuil, les personnes éligibles au régime social simplifié « *acquittent des cotisations et contributions complémentaires à des taux et selon des modalités prévues par décret* ».

Ce décret pourra également préciser les conditions dans lesquelles ces personnes peuvent perdre le bénéfice du régime simplifié : d'après les informations transmises au rapporteur général, ce décret aura vocation à fixer un plafond de revenus au-delà duquel il ne sera plus possible d'accéder au régime social simplifié même en cas de versement de cotisations et contributions complémentaires.

Cette mesure sera neutre sur le plan financier, car les assurés choisissant de conserver le régime social simplifié y compris après dépassement du plafond de revenus fixé par décret s'acquitteront de cotisations équivalentes aux cotisations dont ils seraient redevables s'ils étaient affiliés au dispositif de droit commun (PAMC).

D. LE RENFORCEMENT DE LA PROGRESSIVITÉ DE LA DISPENSE DE COTISATIONS DUES POUR LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE VIEILLESSE

Depuis 1972, les médecins ont l'obligation de cotiser, en complément des cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire, à un régime de retraite surcomplémentaire dénommé « prestations complémentaires vieillesse » (PCV) et défini à l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

En application de l'article L. 645-2 du même code, le montant de la cotisation due au titre du régime PCV est forfaitaire et fixé par décret : il s'élève, en 2019, à 5 073 euros annuels. L'assurance maladie prend toutefois en charge cette cotisation à hauteur des deux tiers pour les médecins exerçant en secteur 1 ; elle s'élève donc, pour ces derniers, à 1 691 euros par an.

Le caractère forfaitaire de cette cotisation induit un effet de seuil significatif, notamment pour les médecins à faibles revenus. Un régime particulier est d'ailleurs prévu pour les médecins exerçant en cumul emploi-retraite : le deuxième alinéa de l'article L. 645-2 les autorise à choisir une cotisation proportionnelle en remplacement de la cotisation forfaitaire.

Pour réduire les effets de seuil induits par le caractère forfaitaire de la cotisation au régime PCV, le présent article permet désormais à tous les médecins d'opter soit pour la cotisation forfaitaire, soit pour une cotisation proportionnelle à leurs revenus.

Le 3° du I crée à cette fin un article L. 645-2-1 nouveau au sein du code de la sécurité sociale, dont le premier alinéa dispose que les médecins conventionnés peuvent opter pour une cotisation proportionnelle à leurs revenus d'activité non salariés issus de l'activité de remplacement, dans des conditions prévues par décret. Par défaut, les médecins resteront donc redevables de la cotisation forfaitaire : la cotisation proportionnelle ne s'appliquera que s'ils en font la démarche de manière volontaire.

À l'inverse, les médecins remplaçants éligibles au régime social simplifié décrit au C du II du présent commentaire d'article se verront appliquer d'office la cotisation proportionnelle, en application du premier alinéa de l'article L. 645-2-1 nouveau.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi et les éléments transmis au rapporteur général, le taux de la cotisation pourrait être fixé à 9,2 % et cette dernière plafonnée à 5 073 euros, comme cela est actuellement le cas pour les médecins en cumul emploi-retraite redevables d'une cotisation proportionnelle. Le cas échéant, pour les médecins en secteur 1, le taux de la cotisation applicable serait de 3 %, avec un plafond de 1 691 euros après prise en charge par l'assurance maladie.

Il convient de souligner que l'adhésion à la cotisation proportionnelle se traduira, pour les intéressés, par des prestations minorées, compte tenu du moindre taux de cotisation.

Le taux de cotisation proportionnelle à 9,2 % rendrait le dispositif attractif jusqu'à environ 55 000 euros de revenus. En supposant que 50 % des médecins concernés ⁽¹⁾ – c'est-à-dire gagnant moins de 55 000 euros de revenus annuels – optent pour une cotisation proportionnelle au revenu, le manque à gagner pour la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) serait de 26 millions d'euros.

Néanmoins, dans cette hypothèse, l'assurance maladie réaliserait en parallèle des économies compte tenu de la moindre prise en charge des cotisations de PCV pour les médecins en secteur 1. Ces économies sont évaluées à 13 millions d'euros. Le coût cumulé de cette mesure pour les finances publiques s'établit donc à 13 millions d'euros.

*

* *

(1) Il n'est en effet pas exclu qu'une part significative des médecins continue de choisir la cotisation forfaitaire, qui permet d'acquérir davantage de points de retraite que la cotisation proportionnelle.

Article 37

**Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes
les plus éloignées des maternités**

Adopté par la commission sans modification

L'article 37 propose, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité.

**I. UN MOUVEMENT DE CONCENTRATION DES MATERNITÉS QUI A PERMIS
D'AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS**

Depuis cinquante ans, un mouvement de concentration des maternités a eu lieu de manière continue. Ce mouvement s'est accéléré après la refonte du cadre réglementaire applicable aux maternités en 1998⁽¹⁾. Le nombre de maternités en France est ainsi passé de 1 128 en 1981 à 814 en 1996 et 488 en 2019.

Les maternités de taille intermédiaire (entre 1 000 et 1 500 accouchements), en particulier, sont de moins en moins nombreuses, alors que le nombre des maternités pratiquant moins de 500 accouchements par an se maintient et celui des très grandes maternités (plus de 3 500 accouchements par an) augmente⁽²⁾.

Un mouvement de concentration similaire s'observe chez nos voisins européens, souvent de manière plus prononcée qu'en France : ainsi, selon un rapport du Sénat, la réorganisation des maternités mise en place en Suède en 1967 a conduit à ne conserver que 18 maternités pour 160 000 naissances par an, qui effectuent en moyenne 6 500 accouchements (l'Île-de-France, beaucoup plus dense que la Suède, voit naître un nombre d'enfants supérieur de seulement 12,5 % à celui de ce pays dans cinq fois plus de maternités)⁽³⁾.

Cette concentration progressive a permis d'améliorer considérablement la qualité et la sécurité des soins dispensés aux mères et à leurs enfants dans ces maternités, avec l'augmentation du nombre de maternités disposant sur leur site d'une unité de réanimation adulte, d'une salle de réveil ouverte 24h/24, d'un dépôt de délivrance de produits sanguins labiles, de la présence d'un gynécologue-obstétricien et d'un anesthésiste-réanimateur 24h/24, etc.

(1) Décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique ; décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre I^{er} du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

(2) DREES, Les maternités en 2016, août 2017.

(3) Rapport d'information au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, Jean-Marie Vanlerenberghe, 2015.

Malgré ce mouvement de concentration, comme le montrent les études de la DREES, le temps médian parcouru par les femmes pour se rendre à la maternité n'a pas changé depuis 2003 : ce temps d'accès médian est de 17 minutes, et, en 2016, seulement 7,2 % des femmes déclaraient mettre 45 minutes ou plus pour se rendre à la maternité.

Toutefois, les disparités géographiques restent fortes. Ainsi, selon la DREES, en 2010, dans huit départements (Alpes-de-Haute-Provence, Ariège, Creuse, Gers, Haute-Corse, Haute-Saône, Lot, Lozère), plus de la moitié des femmes accouchent à une demi-heure ou plus de leur domicile. Par ailleurs, le temps d'accès médian masque des situations hétérogènes : ainsi, en Corse-du-Sud, où plus de la moitié des femmes accouchent dans la commune où elles habitent, le temps d'accès médian est estimé comme nul, mais 25 % des femmes sont à plus de 39 minutes de la maternité.

II. UN « ENGAGEMENT MATERNITÉ » PERMETTANT DE RÉPONDRE AUX INQUIÉTUDES EXPRIMÉES

Si le temps médian parcouru par les femmes pour se rendre à la maternité n'augmente pas, force est de constater que la fermeture de maternités ne respectant pas les garanties minimales de fonctionnement est source d'inquiétudes, et est parfois perçue comme le symptôme d'un renforcement des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins.

La présente mesure vise à apporter des réponses à ces inquiétudes très légitimes, sans pourtant renoncer aux exigences (notamment en ce qui concerne les effectifs minimum) indispensables pour garantir la sécurité des mères et des nouveau-nés – alors même que, selon la dernière enquête Euro-Peristat, la mortalité néonatale est stable en France depuis 2005, et non pas à la baisse comme dans l'ensemble des pays européens ⁽¹⁾.

Elle propose ainsi, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité.

A. UNE PRESTATION D'HÉBERGEMENT

Le I crée un article L. 6111-1-5 au sein du code de la santé publique.

Cette mesure doit permettre d'héberger des femmes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité en amont du terme prévu de la grossesse.

Ce nouvel article dispose en effet que pour des motifs de sécurité des soins, les maternités publiques et privées assurent une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé de femmes enceintes lorsque le temps d'accès entre

(1) https://www.europeristat.com/images/2018_11_26_CP_SantPrinatFrUE2015_V2.pdf

leur domicile et la maternité adaptée la plus proche – c’est-à-dire pouvant prendre en charge la grossesse en fonction de la complexité de celle-ci – est supérieur à un seuil fixé par décret en Conseil d’État.

Ce même décret précisera les conditions d’accès à cette prestation – notamment la période au cours de laquelle elle est proposée aux femmes enceintes – et les modalités de son attribution et de son organisation, déléguée à un tiers, le cas échéant, par voie de convention.

L’étude d’impact souligne que compte tenu des délais nécessaires à la passation des conventions entre établissements de santé et hôtels, la mesure devrait s’appliquer à partir du second semestre 2020.

Selon les informations transmises au rapporteur général, à ce jour, la rédaction du décret en Conseil d’État est prévue au premier trimestre 2020, et des concertations se sont d’ores et déjà tenues avec les représentants des professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes), les représentants des usagers, les fédérations hospitalières et des agences régionales de santé (ARS) en juillet et septembre 2019. Pour le moment, il est envisagé une prise en charge de l’ordre de quelques jours en amont du terme et éventuellement, pour les grossesses pathologiques, au cours d’épisodes de soins itératifs. Le financement serait dans un premier temps pris en charge sur les missions d’intérêt général et d’aides à la contractualisation.

Le rapporteur général, à l’origine d’une expérimentation relative aux hôtels hospitaliers adoptée en 2015⁽¹⁾, ne peut que se féliciter d’une telle mesure, tout en regrettant l’abandon de cette expérimentation, qui aurait pu permettre d’apporter d’ores et déjà une telle réponse.

B. UNE PRESTATION DE TRANSPORTS

Le **II** complète l’article L. 160-9 du code de la sécurité sociale relatif au risque maternité pris en charge par l’assurance maladie.

Il prévoit que la protection sociale contre les risques et conséquences de la maternité couvre les frais des transports pour des motifs de qualité et de sécurité des soins, dans des conditions précisées par voie réglementaire.

Comme toutes les dépenses prises en charge par le risque maternité, aucune participation financière ne pourra être demandée aux assurées.

Actuellement, seuls sont pris en charge sur prescription médicale les transports pour hospitalisation et ce, à n’importe quel moment de la grossesse. Ils sont couverts à 100 % à partir du sixième mois de grossesse et jusqu’à 12 jours après la date d’accouchement. *A contrario*, la mesure prévoit la prise en charge des frais de transport – toujours sur prescription médicale – quel que soit le

(1) Article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

moment de la grossesse mais pour d'autres motifs que l'hospitalisation, par exemple des consultations ou des examens.

Le **III** permet l'application de cette disposition à Mayotte.

C. IMPACT FINANCIER

Sur la base de cinq jours moyens d'hébergement et de deux allers-retours en moyenne pour les grossesses normales et quatre allers-retours pour les grossesses à risque, et de 60 000 femmes mettant plus de 45 minutes pour se rendre à la maternité, l'étude d'impact évalue le coût de cette mesure entre 20 et 40 millions d'euros par an.

*

* *

Article 38

Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

Adopté par la commission avec modifications

Cet article prévoit d'encadrer le financement de la prise en charge par des établissements étrangers, et tout particulièrement wallons, d'adultes français handicapés. Par ailleurs, il est prévu d'engager un plan de 90 millions d'euros sur trois ans pour développer des solutions alternatives à la hauteur des besoins dans les régions principalement concernées par les départs vers la Wallonie (Île-de-France, Hauts-de-France et Grand Est) et ainsi limiter le nombre de séparations subies par les familles.

I. LE COÛT CROISSANT DE L'ACCUEIL DES PERSONNES ADULTES HANDICAPÉES DANS DES ÉTABLISSEMENTS BELGES

A. L'ACCUEIL DE PLUSIEURS MILLIERS DE PERSONNES HANDICAPÉES FRANÇAISES EN BELGIQUE

La Belgique accueille en établissement 8 000 Français en situation de handicap, 1 500 enfants et 6 500 adultes environ, provenant principalement des régions Île-de-France (42 %), Hauts-de-France (32 %) et Grand Est. Si les établissements wallons accueillent depuis au moins 1954 des Français, ce phénomène s'est beaucoup accéléré depuis 1995 et notamment ces trois dernières années.

Cette situation s'explique avant tout par le manque de solutions dans les structures françaises, en particulier pour les personnes atteintes de troubles de l'autisme ou de troubles cognitifs et du comportement, mais aussi par le dynamisme de l'offre wallonne et les démarchages des sociétés belges. Ces placements sont souvent subis par les familles qui se retrouvent séparées de la personne handicapée.

Depuis 2016, dans le cadre de la démarche « une réponse accompagnée pour tous », la mise en œuvre par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) d'un nouveau dispositif d'orientation des personnes handicapées prévu par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé permet d'organiser la recherche et la mobilisation de solutions de proximité adaptées et de proposer à la personne un plan d'accompagnement global. À défaut de solutions sur le territoire national, le dispositif permet d'orienter, à titre exceptionnel, les personnes vers des établissements médico-sociaux wallons.

La mise en œuvre d'une politique de prévention des départs non souhaités vers la Wallonie s'est traduite par une mobilisation conjointe des acteurs territoriaux et a permis de limiter les départs vers la Wallonie, notamment s'agissant des enfants, et de proposer des solutions alternatives en France.

Cependant, on constate au cours des trois dernières années une évolution constante du nombre des adultes qui partent en Wallonie.

Au 31 décembre 2018, 3 355 prises en charge étaient financées en Wallonie par le Centre national des soins à l'étranger⁽¹⁾ selon l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. Ces personnes étaient réparties par les maisons départementales principalement dans des maisons d'accueil spécialisées (65 %) ou dans un foyer d'accueil médicalisé (35 %).

B. DES DÉPENSES CROISSANTES POUR L'ASSURANCE MALADIE

Face à la hausse des dépenses liées à la prise en charge de soins à l'étranger, un accord-cadre a été passé avec la Wallonie pour réguler les dépenses associées aux 1 500 places réservées à des enfants français handicapés dans 25 établissements wallons (72,8 millions d'euros en 2018). Entré en vigueur en 2014, il s'inscrit dans le cadre de l'objectif de dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En revanche, les dépenses relatives aux adultes handicapés placés dans des établissements wallons ne sont pas régulées. Fin 2018, 200 établissements wallons accueillait majoritairement une population de personnes adultes handicapées françaises. L'assurance maladie prend en charge les dépenses afférentes *via* le CNSE. Ces dépenses n'ont cessé d'augmenter ces dernières années, passant de 104 millions d'euros en 2015 pour 1 900 adultes à 178 millions d'euros en 2018 pour 3 400 adultes.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales⁽²⁾ préconisait notamment de procéder à un conventionnement des établissements pour adultes pour encadrer le nombre de places et imposer des conditions qualitatives de fonctionnement, définir des modalités et des niveaux de financement et disposer d'une meilleure connaissance des effectifs adultes accueillis.

II. UNE RÉPONSE À PLUSIEURS NIVEAUX

A. UNE MEILLEURE RÉGULATION DES DÉPENSES

La mesure vise à étendre le dispositif adopté pour l'accueil des enfants handicapés en Wallonie aux personnes adultes handicapées. Sur le plan législatif, elle se traduit par un article très court composé d'**un seul alinéa** qui complète le 4^o de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

(1) Le Centre national des soins à l'étranger (CNSE) a pour mission de rembourser les citoyens français qui ont avancé des dépenses pour se faire soigner lors de déplacements à l'étranger ou, depuis 2015, de payer les soins de santé dans les pays étrangers où il n'est pas nécessaire de faire l'avance de frais. Il est rattaché depuis sa création en 2006 à la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan.

(2) Christian Dubosq, Appui au dispositif visant à mettre un terme aux « départs forcés » de personnes handicapées en Belgique, IGAS, 2015-173, décembre 2016.

Sur le plan financier, cette mesure permettra de réguler les dépenses d'assurance maladie relatives aux adultes handicapés français placés dans des établissements pour personnes handicapées situés en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Les dépenses du CNSE pourront être réintégréées dans l'ONDAM médico-social et l'objectif de dépenses géré par la CNSA.

Sur le plan opérationnel, une programmation des conventions sur les trois prochaines années sera élaborée dès la fin de l'année 2019. Chaque année, de 2020 à 2022, une série de conventions sera signée, ce qui donnera lieu à un transfert de crédits du CNSE (6^e sous-objectif de l'ONDAM) vers l'ONDAM médico-social.

B. LA RECHERCHE DE NOUVELLES SOLUTIONS EN FRANCE

Parallèlement à la régulation des dépenses d'assurance maladie pour la prise en charge des adultes handicapés en Belgique, les trois ARS principalement concernées par les départs en Belgique (Île-de-France, Hauts-de-France et Grand Est) bénéficieront d'un accompagnement à la création de solutions nouvelles en France.

Une enveloppe de 90 millions d'euros sur trois ans (20 millions d'euros en 2020, 35 millions d'euros en 2021 et 35 millions d'euros en 2022) est prévue au titre de l'ONDAM médico-social afin de créer ces solutions alternatives dans ces trois régions qui sont le plus concernées par l'accueil de personnes en situation de handicap en Wallonie.

Cette politique devrait impacter positivement les finances publiques dès 2020. Elle contribuera en outre à la stratégie nationale Autisme 2018-2022 s'agissant de la prise en charge des troubles du neuro-développement, dont un des enjeux consiste à faire sortir des adultes des hôpitaux psychiatriques, aujourd'hui démarchés par des sociétés belges.

*

* *

Article 39

Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre

Adopté par la commission sans modification

Cet article propose de recentrer le pilotage et surtout le financement des centres de lutte contre la tuberculose et de lutte contre la lèpre au niveau des agences régionales de santé (ARS).

Sans revenir sur la compétence de certains départements en matière de gestion de ces centres – les départements volontaires pourront ainsi continuer à assurer cette activité sous réserve d'une habilitation délivrée à cette fin par le directeur général de l'ARS –, l'article 39 met fin au double circuit de financement des centres de lutte contre la tuberculose et de lutte contre la lèpre en confiant exclusivement le financement de ces centres au fonds d'intervention régional (FIR), alors que les départements assurant la gestion de ces centres disposaient jusque-là d'une enveloppe au titre de la dotation globale de fonctionnement.

Cette simplification du circuit de financement ne remet pas en cause le principe de la gratuité des actions de prévention et des soins délivrés au sein de ces centres.

Cet article entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2020. Toutefois, les départements assurant la gestion des centres pourront continuer d'exercer, selon les cas, jusqu'au terme de la convention conclue avec l'État ou jusqu'à l'attribution d'une habilitation par le directeur général de l'ARS.

I. UN DOUBLE CIRCUIT DE GESTION ET DE FINANCEMENT DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE

A. LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE : DEUX MALADIES TOUJOURS PRÉSENTES SUR LE TERRITOIRE, MALGRÉ UNE FAIBLE INCIDENCE

• La tuberculose est une maladie dont la fréquence et l'incidence ont très fortement diminué entre le début des années 1970 et la fin des années 1990 en France : en moyenne, l'incidence de cette maladie est inférieure à dix cas par an pour 100 000 habitants depuis dix ans.

Cette faible incidence de la tuberculose témoigne sans aucun doute de l'efficacité des politiques de prévention contre l'apparition de cette maladie. Cependant, d'importantes disparités territoriales existent d'une région à l'autre. Les grandes agglomérations – en particulier Paris, Lyon, Marseille – ainsi que Mayotte, la Guyane et l'Île-de-France présentent ainsi des taux d'incidence très supérieurs à ceux observés dans les autres régions⁽¹⁾, preuve que des actions restent à mettre en œuvre pour faire disparaître cette maladie sur le territoire.

C'est dans cet objectif que le Gouvernement a défini, dans sa feuille de route contre la tuberculose établie pour la période 2019-2023, quatre objectifs et

(1) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route_tuberculose_2019.pdf

quatorze propositions visant à « *conduire les actions clés pour mettre fin à la tuberculose en tant que problème de santé publique* ».

Les objectifs définis par le Gouvernement dans sa feuille de route « tuberculose » (2019-2023)

- Une incidence nationale inférieure à 5 pour 100 000 habitants ;
- Une incidence régionale inférieure à 10 pour 100 000 dans toutes les régions de France les plus affectées ;
- Un suivi documenté et favorable pour 75 % des cas traités ;
- Un suivi documenté de 100 % des cas de tuberculose multi-résistantes.

Parmi les différents leviers d'intervention identifiés par le Gouvernement pour amplifier la lutte contre la tuberculose, figurent le renouvellement du pilotage et le renforcement des missions des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), afin d'assurer une réponse homogène sur l'ensemble du territoire.

● Contrairement à la tuberculose, la lèpre a quasiment disparu en France. Néanmoins, plusieurs dizaines de cas sont recensés chaque année, en particulier dans les collectivités d'outre-mer (COM). L'incidence de cette maladie est ainsi de 17,9 cas pour 100 000 habitants à Mayotte, de 2,3 cas pour 100 000 habitants en Nouvelle-Calédonie et de 1,81 cas pour 100 000 habitants en Polynésie française ⁽¹⁾.

Plusieurs centres de lutte contre la lèpre sont dès lors toujours actifs au sein de ces collectivités, le plus souvent associés à d'autres structures de prévention telles que les CLAT.

B. UN MOUVEMENT DE RECENTRALISATION DU PILOTAGE DE LA LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET LA LÈPRE ENGAGÉ DÈS 2004, MAIS RESTÉ INACHEVÉ

Alors que les lois de décentralisation de 1983 avaient opéré un partage des compétences en matière de santé entre l'État et les départements, ce partage s'est révélé rapidement inadapté à l'évolution des enjeux sanitaires. Selon le degré d'implication des acteurs locaux, la mise en place et le suivi et des grandes campagnes de prévention de santé publique se sont en effet révélés disparates, peu cohérents et, en conséquence, peu efficaces en termes de santé publique.

Dans ces conditions, et conformément au principe du droit à la santé et de l'égal accès aux soins dont l'État se porte garant, la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales a engagé un mouvement de recentralisation vers l'État des activités de lutte contre la tuberculose.

(1) [Santé publique France, « Épidémiologie de la lèpre en Nouvelle-Calédonie de 1983 à 2017 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, n° 21, 23 juillet 2019.](#)

Cette loi a posé, à l'article L. 3112-2 du code de la santé publique, le principe selon lequel « *la lutte contre la tuberculose et la lèpre relève de l'État* ». Les centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) relevant de l'État sont ainsi habilités par les agences régionales de santé (ARS), et bénéficient d'un financement *via* le fonds d'intervention régionale (FIR). La plupart de ces centres sont gérés au sein d'établissements de santé ; leurs personnels relèvent en conséquence de la fonction publique hospitalière.

Afin de tenir compte des efforts fournis par de nombreux départements en matière de prévention et de vaccination contre la tuberculose ou la lèpre, le législateur a toutefois prévu en 2004 un droit d'option pour les départements souhaitant conserver cette compétence.

Dans le cadre d'une convention conclue avec l'État, les départements ayant choisi le maintien de cette compétence assurent donc la gestion des CLAT. Le cas échéant, ces départements sont tenus de conclure une convention avec l'État, en vertu du second alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique. Cette convention précise notamment « *les objectifs poursuivis, les catégories de bénéficiaires, les moyens mis en œuvre* » ou encore « *le montant de la subvention accordée par l'État* » dans le cadre de la dotation globale de fonctionnement (DGF).

Dans les mêmes conditions, les départements peuvent également gérer des centres de lutte contre la lèpre, dans les seuls territoires, toutefois, où la lèpre représente un problème de santé publique.

Les crédits de fonctionnement de ces centres sont financés par la DGF, pour un montant de 37,6 millions d'euros. Ces crédits ne sont toutefois pas répartis en fonction de l'épidémiologie actuelle de la tuberculose.

Sur la base du volontariat, les deux tiers des départements ont choisi depuis quinze ans de déléguer la gestion de la lutte contre la tuberculose aux ARS : à ce jour, 32 départements sur 101 conservent en gestion cette activité, soit 52 centres sur 148.

Néanmoins, la coexistence de deux modes de gestion et de financements distincts est complexe, et ne se justifie pas toujours au regard des résultats.

Cette mesure vise en conséquence à mettre fin à la dualité de financement et de gestion sur le territoire, afin de confier aux seules ARS l'ensemble des leviers de la lutte contre la tuberculose.

II. LES MODIFICATIONS PROPOSÉES

A. UNE RECENTRALISATION DU PILOTAGE ET DU FINANCEMENT DES CENTRES AU NIVEAU DES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

Cet article confie par principe aux agences régionales de santé la gestion des centres de lutte contre la tuberculose ou de la lèpre. Les départements assurant la gestion de ces centres auront néanmoins la possibilité de conserver cette activité, sous réserve d'une habilitation de l'ARS.

1. La clarification des missions des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre

En l'état du droit, il n'existe aucune définition législative des missions des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT) ou des centres de lutte contre la lèpre.

Le présent article rectifie cette situation en proposant, au c du 2° du I⁽¹⁾, de compléter l'article L. 3112-2 du code de la santé publique par un II définissant le périmètre des missions de ces centres.

Ces centres auront ainsi pour mission principale de contribuer « à la prévention, au dépistage et à la prise en charge, respectivement, de la tuberculose et de la lèpre ».

Ces missions pourront être accomplies grâce à « des activités d'information, de prévention, de dépistage, de diagnostic et de traitement ».

Les CLAT et les centres de lutte contre la lèpre sont en outre considérés comme l'un des maillons essentiels de la prise en charge des patients atteints ou susceptibles d'être exposés à ces maladies, puisqu'ils auront également pour mission de contribuer « à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge ».

2. Une gestion des CLAT confiée soit aux ARS, soit aux départements volontaires habilités par les ARS

Cet article fait le choix de confier par principe aux agences régionales de santé l'ensemble du pilotage des CLAT et centres de lutte contre la lèpre, achevant ainsi de tirer les conséquences du principe posé en 2004 au premier alinéa de l'article L. 3112-2 du code de la santé publique selon lequel la lutte contre la tuberculose et la lèpre « relève de l'État ».

En application du 1° du I et du b du 2° du I, qui modifient respectivement l'article L. 1432-2 du code de la santé publique et l'article L. 3112-2 du même code, c'est au directeur général de l'ARS qu'il reviendra d'habiliter, sur la base

(1) Le a du 2° du I est une simple disposition de coordination.

des besoins identifiés, « *un ou plusieurs centres de lutte contre la tuberculose* » au sein de sa région et, le cas échéant, « *un centre de lutte contre la lèpre* ».

La responsabilité de décliner au niveau régional la feuille de route « tuberculose » définie par l'État incombera donc aux seules ARS. Cette recentralisation du pilotage des CLAT par les ARS pourra en outre se traduire par une diminution du nombre de centres puisqu'à ce jour, chaque département dispose d'au moins un centre de lutte antituberculeuse.

Par délégation, les départements volontaires pourront néanmoins conserver leur compétence de gestion de ces centres, sous réserve d'être habilités à cette fin par le directeur général de l'ARS. Le cas échéant, ces départements se placeront néanmoins sous le pilotage de l'ARS, comme le précise l'étude d'impact, afin que les objectifs de la feuille de route définie au niveau national soient déclinés de manière égale sur l'ensemble du territoire.

3. Un financement assuré exclusivement par le fonds d'intervention régional (FIR)

a. Le financement par le FIR

Le recentrage du pilotage des CLAT et des centres de lutte contre la lèpre auprès des agences régionales de santé permet de recourir pleinement aux ressources du fonds d'intervention régional (FIR), dont les financements ont notamment pour objet, en fonction des actions définies par les ARS, d'assurer la promotion de la santé et la prévention des maladies (1° de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique).

Le **c** du 2° du **I** complète ainsi l'article L. 3112-2 du code de la santé publique par un **III** qui renvoie au FIR le soin de prendre en charge l'intégralité des dépenses afférentes aux CLAT et aux centres de lutte contre la lèpre. Grâce à l'instauration d'un unique circuit de financement, tout financement au titre de la DGF disparaît, y compris pour les départements ayant conservé la gestion de cette activité.

Par coordination, le **II** modifie l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale relatif aux dépenses liées aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive, pour préciser que les dépenses des centres de lutte contre la tuberculose ou la lèpre s'imputent également sur le FIR.

Le **III** crée en outre un article 20-5-8 au sein de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, afin de rendre applicables les dispositions de l'article L. 174-16 à Mayotte, dès le 1^{er} janvier 2020. Par dérogation, il est toutefois précisé que la caisse compétente pour le versement de la dotation de fonctionnement des centres est la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

b. La préservation du principe de gratuité des centres

Le principe de la gratuité des centres de lutte contre la tuberculose, actuellement défini à l'article L. 3112-3 du code de la santé publique ⁽¹⁾, est également pérennisé dans le cadre de cet article.

Afin de continuer d'assurer un accès facilité et gratuit à ces centres, le c du 2° du I précise en effet à l'article L. 3112-2 modifié qu'il ne peut être demandé aux personnes se rendant dans ces centres de justification de leur affiliation à l'assurance maladie, de participation forfaitaire ni de participation au forfait journalier hospitalier.

En conséquence, l'article L. 3112-3 est abrogé par le 3° du I.

c. Le transfert des crédits de la DGF vers le FIR

D'après les informations transmises au rapporteur, le circuit de financement unique par le FIR ne sera opérationnel qu'à compter du 1^{er} janvier 2021, afin de laisser le temps d'une concertation avec l'État et les départements.

Ce financement exclusif par le FIR se traduira donc en gestion, en 2021, par une mesure de transfert de 37,6 millions d'euros des crédits financés au titre de la dotation globale de fonctionnement vers le sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie relatif au FIR. À ce titre, il convient de rectifier une erreur matérielle au sein de l'étude d'impact : le coût de 37,6 millions pour le FIR n'est applicable qu'en 2021, et non en 2020 comme indiqué dans le tableau présentant l'impact financier de la mesure.

B. LES MODALITÉS D'ENTRÉE EN VIGUEUR

1. Pour les centres habilités par les ARS

Pour les centres dont la gestion est d'ores et déjà pilotée par les agences régionales de santé, cet article entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2020 (IV) : cela implique, donc, que les directeurs d'ARS délivrent d'ici cette date une habilitation aux différents CLAT et centres de lutte contre la lèpre relevant de leur territoire et de leur propre gestion.

En pratique, les évolutions proposées n'auront pas d'effet sur ces centres, qui continueront d'assurer leurs missions actuelles grâce au financement assuré par le FIR.

(1) Cet article dispose que « la vaccination, le suivi médical et la surveillance des médicaments [en matière de lutte contre la tuberculose] sont gratuits » lorsque ces actes sont réalisés par un établissement ou organisme habilité par l'ARS, ou par un organisme relevant d'un département ayant conclu une convention avec l'État.

2. Pour les départements habilités

Pour les départements assurant aujourd'hui la gestion d'un ou de plusieurs centres de lutte contre la lèpre en application d'une convention conclue avec l'État, deux cas de figure sont proposés par le **IV** :

– lorsque le terme de la convention est antérieur au 1^{er} janvier 2021, la convention continue de produire ses effets jusqu'à son terme sous réserve, d'après les éléments communiqués au rapporteur général, de la signature d'un avenant avec l'ARS. Afin d'assurer la continuité de leurs actions au-delà du 1^{er} janvier 2021, les départements concernés devront néanmoins déposer un dossier d'habilitation, avant le 30 juin 2021, pour poursuivre leur activité au-delà du 1^{er} janvier 2021 ;

– lorsque le terme de la convention est postérieur au 1^{er} janvier 2021, le département doit adresser avant le 30 juin 2020 au directeur général de l'ARS une demande d'habilitation comme centre de lutte contre la tuberculose, afin de poursuivre son activité au-delà du 1^{er} janvier 2021. Le cas échéant, la convention continue de produire ses effets « *jusqu'à la date à laquelle le directeur général de l'agence régionale de santé se prononce sur la demande d'habilitation* ».

Le **V** précise que les conventions entre l'État et les départements continuant à courir après le 1^{er} janvier 2020 en vertu des dispositions prévues au **IV** continueront de bénéficier de la dotation globale de fonctionnement versée par l'État, dans les conditions prévues notamment à l'article 199-1 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 précitée.

*

* *

CHAPITRE 3

Renforcer la qualité, la pertinence et l'efficacité des soins

Article 40

Mise en place d'un parcours de soins global après le traitement d'un cancer

Adopté par la commission avec modifications

Cet article vise à améliorer la prise en charge des personnes ayant reçu un traitement contre le cancer, en leur proposant un accès systématique à des soins dits « de support ».

Il propose à cette fin la création d'un parcours reposant sur un triple accompagnement psychologique, nutritionnel et en matière d'activité physique. Ce parcours, mis en place et financé par les agences régionales de santé (ARS), permettrait à chaque patient concerné de bénéficier d'environ six consultations ou bilans.

I. AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA QUALITÉ DE VIE APRÈS UN CANCER : UN DÉFI MAJEUR

1. Le cancer, une maladie aux conséquences physiques et psychologiques souvent négligées

● En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 382 000. Selon les données de l'Institut national du cancer (INCa), les plus fréquents sont le cancer de la prostate chez l'homme (près de 50 000 cas nouveaux en 2017), et le cancer du sein chez la femme (plus de 58 000 cas détectés en 2017).

Ces données sont en forte augmentation depuis trente ans : le nombre de nouveaux cas de cancers a en effet augmenté de 65 % chez l'homme entre 1990 et 2018, et de 93 % chez la femme, en raison notamment de l'augmentation de la population (20 %) et de son vieillissement (39 %).

Cependant, grâce aux progrès réalisés en termes de diagnostic et de traitement, la part des décès attribuable au cancer est en recul, de 54 % chez l'homme et de 25 % chez la femme sur la même période.

En dépit de chances de guérison plus élevées que par le passé, les anciens malades du cancer conservent néanmoins d'importantes séquelles physiques ou psychologiques, responsables d'une dégradation de leur qualité de vie.

La fatigue ainsi que l'apparition de douleurs chroniques constituent ainsi les symptômes les plus fréquemment ressentis par les personnes traitées pour un cancer. Ces séquelles ont également des effets directs sur la vie quotidienne des

anciens malades du cancer. Une étude de l'INCa⁽¹⁾ a par exemple rappelé qu'un tiers des personnes pratiquant au moins une activité physique régulière ont réduit leur niveau d'activité après l'annonce du diagnostic du cancer. De même, une personne sur trois a changé son alimentation depuis le diagnostic : si, dans certains cas, ce choix peut être motivé par l'envie d'adopter une alimentation « plus saine », il constitue un choix forcé dans d'autres cas, par exemple en cas d'apparition de difficultés à mastiquer, déglutir ou encore digérer liées aux traitements reçus.

2. Les effets bénéfiques d'un accompagnement physique et psychologique

Plusieurs travaux ont cependant démontré que des facteurs comportementaux et environnementaux peuvent contribuer à améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer, non seulement pendant la maladie mais également après la fin des traitements.

Les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS), notamment, ont permis de souligner les bienfaits d'une approche pluridisciplinaire auprès des patients atteints de cancer. Conjuguant activité physique, prise en compte des besoins nutritionnels et aide psychologique, cette approche n'a que des avantages : elle permet aux patients de lutter contre la diminution des performances physiques liée à la maladie et aux traitements, de renforcer leurs liens sociaux et de se sentir moins isolés, ou encore de retrouver confiance en soi.

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur l'état de santé et la qualité de vie des patients en sortie d'un cancer, en particulier, ne sont plus à démontrer. Dans un guide relatif aux recommandations en matière d'activité physique à destination des adultes publié en octobre 2018, la HAS rappelle ainsi que pour les personnes atteintes de cancer⁽²⁾, « *une activité physique régulière d'intensité au moins modérée est associée à des réductions de la mortalité toutes causes confondues, de la mortalité spécifique et des récurrences du cancer* ».

(1) La vie deux ans après un diagnostic de cancer. De l'annonce à l'après cancer, collection *Études et enquêtes*, Institut national du cancer (INCa), juin 2014.

(2) Il s'agissait, dans le cas d'espèce, des cancers du sein, colorectaux et de la prostate non métastatiques.

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur la condition physique, les symptômes et la qualité de vie

Selon la Haute Autorité de santé, chez un patient atteint d'un cancer l'activité physique a des effets bénéfiques pendant et après le traitement, notamment sur :

– la composition corporelle, avec un maintien voire une augmentation de la masse musculaire et une réduction de la masse grasse, de l'indice de masse corporelle (IMC) et du périmètre abdominal ;

– les aptitudes musculaires : *« les exercices en renforcement musculaire pendant, et plus encore, après les traitements, augmentent la force et l'endurance musculaires »* ;

– l'anxiété et la dépression : *« chez un patient atteint d'un cancer, les effets d'une activité physique régulière pendant et après traitement améliorent les symptômes dépressifs, le sommeil, l'estime de soi et l'image corporelle »* ;

– la qualité de vie : *« l'activité physique régulière poursuivie sur le long terme et adaptée à la condition physique et à l'état de santé du patient, en particulier lors de la phase active du traitement, a des effets bénéfiques sur la condition physique, la fatigue, les douleurs et la qualité de vie »*.

3. L'hétérogénéité de l'accès aux soins dits « de support »

À l'issue de leurs traitements, les patients peuvent consulter directement un médecin nutritionniste ou se voir prescrire de l'activité physique par leur médecin pour tenter d'atténuer les effets négatifs du cancer et de ses traitements.

L'article D. 1172-2 du code de la santé publique permet par exemple au médecin traitant d'un patient atteint d'une affection de longue durée (ALD), sous réserve de l'accord de ce dernier, de prescrire une activité physique dispensée par certains professionnels de santé – masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens – ou par certains professionnels dans le domaine du sport.

De même, les établissements de santé dispensant des traitements contre le cancer sont tenus, en vertu de l'article R. 6123-88 du code de la santé publique, d'assurer l'accès des patients à des soins dits « de supports », notamment un « soutien psychologique », ou l'aide à la reprise d'une activité physique adaptée. Ces soins sont financés par le fonds d'intervention régional (FIR) aux établissements de santé.

Il n'existe en revanche aucune pratique de prescription systématique de tels soins de support ou d'activité physique, ni aucune coordination de ces actions.

Cette situation est génératrice d'inégalités de santé, car il revient à chaque patient de solliciter de lui-même les professionnels de santé susceptibles de l'orienter ou de l'accompagner sur le chemin de la guérison.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA PRISE EN CHARGE D'UN PARCOURS GLOBAL D'ACCOMPAGNEMENT À L'ISSUE DES TRAITEMENTS CONTRE LE CANCER

Parce qu'il est essentiel de continuer à prendre en charge les patients atteints d'un cancer le plus tôt possible à l'issue des traitements, afin de leur apporter un soutien psychologique, d'évaluer les conséquences de la maladie sur le plan des capacités physiques et de les aider à se reconstruire après le cancer, cet article propose la création d'un parcours de soins pris en charge par l'assurance maladie pour accompagner les patients après le cancer. Ce parcours de soins pourra se composer, selon les cas, d'un suivi psychologique, d'un suivi nutritionnel et d'un bilan d'activité physique.

Les modalités de mise en place de ce nouveau parcours sont définies à l'article L. 1415-8 nouveau, créé au sein d'une nouvelle section 2 du chapitre V-1 du titre I^{er} du livre IV de la première partie du code de la santé publique, intitulée « Parcours de soins global après le traitement d'un cancer » (2°). Les articles L. 1415-2 à L. 1415-7 du même code sont quant à eux regroupés au sein d'une nouvelle section 1 intitulée « Institut national du cancer » créée par le 1°.

Le nouveau parcours poursuit principalement trois objectifs :

– mettre en place un parcours de prise en charge coordonné, individualisé et tenant compte des besoins et attentes exprimés par des patients ayant subi des traitements complexes contre le cancer ;

– débiter l'accompagnement le plus tôt possible après l'arrêt des traitements ;

– améliorer la continuité des soins entre l'hôpital et la ville, afin d'éviter les ruptures de prise en charge.

A. LE PUBLIC VISÉ

Le parcours s'adresse aux patients atteints d'un cancer bénéficiant d'une prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD), et bénéficiant à ce titre d'une exonération du ticket modérateur, dans les conditions prévues par le 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. Le bénéfice de l'ALD en cas de « *tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique* » est en effet accordé pour une durée initiale de cinq ans, renouvelable en cas de besoin, de récurrence ou d'apparition d'une séquelle tardive grave ⁽¹⁾.

Les patients éligibles doivent, en outre, avoir reçu un « *traitement* » contre le cancer. D'après les éléments communiqués au rapporteur général, les patients principalement visés par la mesure sont ceux ayant subi des traitements dits

(1) Dernier alinéa de l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale.

« aigu » du cancer : cette terminologie médicale, traduction littérale de l'anglais « *acute treatment* », désigne la phase de traitement initial ou de première intention, c'est-à-dire le traitement des tumeurs malignes solides ou d'hémopathies malignes par chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou encore par d'autres traitements médicamenteux. Cette phase de traitement aigu s'oppose d'une part aux traitements de deuxième intention – mis en place lorsque le premier traitement n'a pas été efficace – et d'autre part au traitement d'entretien, qui vise à ralentir ou à empêcher la réapparition du cancer.

Alors que la mesure annoncée lors du comité interministériel de la santé du 25 mars 2019 était initialement circonscrite aux patients atteints d'un cancer du sein, tous les patients atteints d'un cancer pourront donc être concernés par l'accompagnement proposé, dès lors qu'ils sont pris en charge au titre d'une affection de longue durée et ont bénéficié d'un traitement contre le cancer.

Cette extension de la mesure s'explique car ni les contraintes spécifiques liées à certains types de cancer, ni l'état des connaissances médicales ne justifiaient un traitement différencié entre les patients en raison de leur cancer et de l'intérêt de l'accès au panier de soins proposé.

Selon l'étude d'impact, environ 250 000 patients atteints de cancer seront concernés chaque année. Afin d'encourager ces derniers à avoir recours aux prestations offertes dans le cadre de ce parcours, ces derniers seront informés de l'existence du parcours « *dès la consultation d'annonce du diagnostic du cancer* », mentionnée à l'article R. 6123-88 du code de la santé publique. Une prescription médicale donnant accès à ce parcours leur sera délivrée au cours de la même consultation ou, au plus tard, lors de la consultation de fin de traitement.

B. LE CONTENU DU PARCOURS

Le parcours, soumis à prescription médicale, se compose de deux volets :

- un bilan d'activité physique, d'une part ;
- un bilan ainsi que des consultations de suivi nutritionnel et psychologique, d'autre part.

Au total, le financement envisagé permettra de financer un bilan d'une heure, et six consultations de bilan ou de suivi de trente minutes. Le coût des séances d'activité physique n'est pas pris en charge.

Le médecin prescripteur aura ainsi la possibilité d'individualiser le parcours en fonction des besoins du patient, en choisissant de ne prescrire qu'une partie des actions prévues.

Selon l'étude d'impact, dans le cadre du bilan d'activité physique, le patient se verra notamment adresser « *liste d'adresses ou d'associations* » pour la

l'encourager à suivre une activité physique adaptée à son âge, à son état de santé, à ses besoins et à ses envies.

C. LA MISE EN PLACE DU PARCOURS

L'article L. 1415-8 confie aux agences régionales de santé (ARS) la mise en place de ce nouveau parcours de soins global destiné à améliorer la prise en charge des personnes ayant reçu un traitement aigu contre le cancer.

Selon l'étude d'impact et les informations transmises au rapporteur général, les ARS pourront déléguer l'organisation du parcours à des organismes sélectionnés dans le cadre d'appels à projets régionaux. Ces organismes seront financés directement par les ARS, elles-mêmes destinataires d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR).

Les organismes sélectionnés par l'ARS auront pour principale mission d'identifier ou de confirmer, en lien avec le médecin prescripteur, les besoins de soins de support du patient, et de mettre en œuvre le parcours de soins en nouant des contrats avec des professionnels susceptibles de dispenser les prestations comprises dans le parcours – notamment, selon l'étude d'impact, « *des psychologues, des diététiciens ou des professionnels en capacité de réaliser des bilans d'activité physique* ».

Le contrat, qui pourra suivre un modèle défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, devra notamment préciser, selon l'étude d'impact :

– les modalités de rémunération, par l'organisme désigné par l'ARS, des prestations réalisées par les professionnels de santé contractants ;

– les conditions dans lesquelles doivent s'effectuer « *les retours d'information* » à l'organisme et au médecin traitant du patient.

Le dernier alinéa de l'article L. 1415-8 nouveau renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de préciser les modalités d'application de cet article.

D. LE COÛT DE LA MESURE

L'étude d'impact se fonde sur un taux de recours de 70 % des 250 000 patients concernés par la mesure, soit 175 000 personnes par an.

En évaluant le coût du parcours à 180 euros par an et par patient, le coût total de la mesure s'élèverait en conséquence à 31,5 millions d'euros en année pleine, soit à partir de 2022.

En 2020, l'étude d'impact fait l'hypothèse d'une mise en œuvre au second semestre – un délai qui paraît cohérent au regard des différentes dispositions

réglementaires d'application à prendre. Le coût pour 2020 est donc estimé à 10 millions d'euros. Il s'établirait ensuite à 26 millions d'euros en 2021, le temps de la montée en charge du dispositif.

Si l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'un cancer immédiatement après la fin de leurs traitements représente un coût significatif, l'étude d'impact considère toutefois que la mesure permettra à moyen terme de « *prévenir les complications survenant en période d'après-cancer* », et donc de diminuer les dépenses d'assurance maladie.

*

* *

Article 41

Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive

Adopté par la commission sans modification

Cet article remplace l'obligation pour les personnes mineures de fournir un certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique sportive, pour les disciplines sans contraintes spécifiques, par une simple autoévaluation.

I. LE DROIT EXISTANT

1. Une obligation de présentation d'un certificat médical pour toutes les personnes souhaitant disposer d'une licence sportive

Pour pouvoir obtenir une licence permettant la pratique d'un sport dans une fédération agréée par le ministère des sports, tous les sportifs sont tenus de produire un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline retenue.

Aux termes du I de l'article L. 231-2 du code du sport, toute personne – quel que soit son âge – souhaitant exercer une pratique sportive au sein d'une fédération sportive doit ainsi présenter un certificat médical datant de moins d'un an, attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline en question, pour obtenir une licence dite « loisir ».

Lorsque cette licence permet la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive, le certificat médical doit, en outre, attester de l'absence de contre-indication à la pratique, en compétition, du sport ou de la discipline concernés.

Aux termes de l'article L. 231-2-1 du même code, cette licence dite « compétition » est également requise pour l'inscription à une compétition sportive, si le sportif n'a pas déjà présenté de licence permettant la participation à une compétition dans le cadre de son inscription à une fédération, dans les conditions prévues au second alinéa du I de l'article L. 231-2 précité.

● La périodicité de la délivrance de ces certificats médicaux a d'ores et déjà fait l'objet d'un assouplissement par l'article 219 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui a renvoyé à un décret le soin de définir la périodicité de présentation des certificats médicaux.

L'article D. 231-1-3 du code du sport ⁽¹⁾ a ainsi fixé la validité du certificat médical, sauf exceptions, à trois ans, lorsque la licence permet la participation aux compétitions organisées par la fédération sportive qui la délivre et pour les licences dite « loisir ». Toutefois, dans le cas de ces licences « loisir », qui ne

(1) Article 1^{er} du décret n° 2017-520 du 10 avril 2017 relatif au certificat médical d'absence de contre-indication à la pratique des disciplines sportives aéronautiques.

permettent pas la participation à des compétitions, les fédérations peuvent décider d'allonger cette durée, après avis de leur commission médicale.

Il convient de souligner que certaines disciplines sportives exercées dans un environnement spécifique ou présentant des contraintes liées à la sécurité ou la santé des pratiquants restent soumises à l'obligation de présentation annuelle d'un certificat médical, conformément à l'article L. 231-2-3 du code du sport. Ces disciplines, énumérées à l'article D. 231-1-5 du même code, comprennent notamment la pratique de l'alpinisme, de la plongée subaquatique, de la spéléologie ou du rugby.

● Afin de sécuriser la pratique sportive malgré cet assouplissement de la périodicité de présentation des certificats médicaux, l'article D. 231-1-4 du code du sport a rendu obligatoire le renseignement d'un questionnaire de santé par le sportif (*cf.* encadré ci-après).

En cas de réponse affirmative à l'une des questions de ce formulaire, le sportif est tenu de produire un nouveau certificat médical attestant de l'absence de contre-indication, pour obtenir le renouvellement de sa licence.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ PRÉVU À L'ARTICLE D. 231-1-4 ET FIGURANT EN ANNEXE DE L'ARTICLE A. 231-1 DU CODE DU SPORT

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS SUIVANTES PAR OUI OU PAR NON. DURANT LES DOUZE DERNIERS MOIS :	OUI	NON
1) Un membre de votre famille est-il décédé subitement d'une cause cardiaque ou inexpliquée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Avez-vous ressenti une douleur dans la poitrine, des palpitations, un essoufflement inhabituel ou un malaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Avez-vous eu un épisode de respiration sifflante (asthme) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Avez-vous eu une perte de connaissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Si vous avez arrêté le sport pendant 30 jours ou plus pour des raisons de santé, avez-vous repris sans l'accord d'un médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Avez-vous débuté un traitement médical de longue durée (hors contraception et désensibilisation aux allergies) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À ce jour :		
7) Ressentez-vous une douleur, un manque de force ou une raideur suite à un problème osseux, articulaire ou musculaire (fracture, entorse, luxation, déchirure, tendinite, etc.) survenu durant les 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Votre pratique sportive est-elle interrompue pour des raisons de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Pensez-vous avoir besoin d'un avis médical pour poursuivre votre pratique sportive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>NB : Les réponses formulées relèvent de la seule responsabilité du licencié.</i>		

Source : Arrêté du 20 avril 2017 relatif au questionnaire de santé exigé pour le renouvellement d'une licence sportive.

2. Des consultations redondantes, pour les mineurs, avec les consultations existant par ailleurs dans le cadre du parcours de santé ?

L'obligation de production d'un certificat médical, bien qu'assouplie par la loi du 26 janvier 2016, représente en conséquence une cause très fréquente de consultation médicale, notamment chez les mineurs.

D'après les données de l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP), plus de 16 millions de personnes ont en effet bénéficié d'une licence sportive en 2018. Parmi eux, la moitié des licenciés sont âgés entre 0 et 19 ans ⁽¹⁾.

RÉPARTITION DES LICENCES PAR ÂGE EN 2018

Licences accordées par les fédérations françaises agréées en 2018*	0 à 4 ans	5 à 9 ans	10 à 14 ans	15 à 19 ans	20 ans et plus	Non renseigné	Total
Sous-total	133 294	2 197 986	3 706 279	2 188 285	7 121 416	1 023 636	16 370 896
Total	8 225 844						

(*) Agrément délivré par le ministère des sports.

Source : INJEP, Tableau statistiques relatifs au recensement des licences sportives de 2018.

Pour les seuls mineurs, les consultations ayant pour seul objectif la délivrance d'un certificat médical représentent un coût évalué à 30 millions d'euros par l'étude d'impact.

Or, d'après le Gouvernement, ces consultations revêtent pour les mineurs un caractère redondant avec les différents examens de santé pris en charge par l'assurance maladie et répartis tout au long de l'enfance et de l'adolescence.

Les nourrissons et enfants bénéficient en effet d'un parcours de santé jalonné d'une vingtaine de rendez-vous médicaux, selon une périodicité rénovée par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 ⁽²⁾ (cf. tableau ci-après).

CALENDRIER DES EXAMENS MÉDICAUX OBLIGATOIRES DE L'ENFANT

Au cours des deux premières années de l'enfant	13 examens
Au cours des 3 ^e à 6 ^e années	4 examens
Entre 8 et 9 ans	1 examen
Entre 11 et 13 ans	1 examen
Entre 15 et 16 ans	1 examen

Source : Arrêté du 26 février 2019 relatif au calendrier des examens médicaux obligatoires de l'enfant.

(1) L'étude d'impact évoque quant à elle environ 5,6 millions de mineurs licenciés dans des fédérations de sport.

(2) Article 56 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Ces consultations médicales, remboursées à 100 % par l'assurance maladie, visent notamment à surveiller la croissance staturo-pondérale de l'enfant ainsi que son développement physique.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Considérant que les consultations du parcours de santé permettent d'ores et déjà au médecin de l'enfant de s'assurer de l'état de santé général de ce dernier et, en conséquence, son aptitude à la pratique sportive, cet article propose donc de supprimer l'obligation de produire un certificat médical pour les mineurs souhaitant obtenir ou renouveler une licence sportive, pour la remplacer par une simple autoévaluation réalisée, avec le sportif, par les personnes titulaires de l'autorité parentale du mineur concerné.

L'objectif poursuivi est double : il s'agit à la fois de simplifier l'accès à la pratique sportive pour les mineurs, et de libérer du temps médical en diminuant le nombre de consultations exclusivement réalisées à des fins de délivrance d'un certificat médical.

1. La suppression du certificat médical pour les licences « loisir » et « compétition » concerne l'ensemble des mineurs

L'article 41 propose de modifier deux articles du code du sport relatifs à la présentation des certificats médicaux de non-contre-indication à la pratique sportive, dans le cadre des licences « loisir », d'une part, et dans le cadre des licences « compétition », d'autre part.

En premier lieu, le **b** du **I** modifie l'article L. 231-2 du code du sport pour supprimer par principe l'obligation de production d'un certificat médical pour les personnes mineures.

Ainsi, pour ces personnes, l'obtention ou le renouvellement d'une licence – que celle-ci permette de participer ou non à une compétition sportive – *« ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive »*.

La suppression de l'obligation de présentation d'un certificat médical s'applique également pour l'inscription à une compétition sportive des mineurs non licenciés, comme le prévoit le **III** de la nouvelle rédaction de l'article L. 231-2-1 du même code proposée par le **II**.

● L'article L. 231-2-3 du code du sport n'est pas modifié par cet article : ainsi, la suppression de l'obligation de fournir un certificat médical ne concerne pas les disciplines mentionnées par l'article D. 231-2-5 du même code présentant des contraintes particulières. Pour ces disciplines, les licenciés resteront tenus de produire un certificat médical récent, chaque année, pour obtenir le renouvellement de leur licence.

• De même, comme le prévoit le **a** du **I**, les personnes majeures restent soumises à l'obligation de production d'un certificat médical pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence « loisir ».

Dans le cas où la licence délivrée par la fédération permet également la participation à une compétition, le certificat médical présenté doit attester l'absence de contre-indication à la pratique de la discipline concernée en compétition.

• Le **II** propose par ailleurs une nouvelle rédaction de l'article L. 231-2-1 du code du sport visant à clarifier les modalités d'inscription à une compétition sportive.

Le **I** de cet article L. 231-2-1 précise que l'inscription à une compétition sportive autorisée par une fédération est par principe « *subordonnée à la présentation d'une licence* ».

Néanmoins, pour les personnes non licenciées qui souhaiteraient tout de même participer à une compétition, l'inscription à cette dernière est possible, sous réserve du respect des mêmes règles que celles posées par l'article L. 231-2 du même code :

– en application du **II** de l'article L. 231-2-1 du même code, les personnes majeures non licenciées auprès d'une fédération mais souhaitant s'inscrire à une compétition sont également tenues de présenter un certificat médical datant de moins d'un an établissant l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de la discipline concernés en question ;

– selon le **III** du même article, pour les personnes mineures non licenciées, l'inscription à une compétition sportive « *ne nécessite pas la production d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication à la pratique sportive* ».

2. L'obligation de présentation d'un certificat médical est remplacée par une autoévaluation permettant de s'assurer de la consultation d'un médecin

Contrairement aux apparences, cette mesure n'a pas pour objet de soustraire les personnes mineures souhaitant pratiquer une discipline sportive de tout contrôle médical.

Elle vise simplement, d'après le Gouvernement, à éviter les consultations médicales redondantes, en considérant que les consultations régulières prévues dans le parcours de santé rénové par la LFSS 2019 permettent déjà de réaliser un bilan de santé global de l'enfant et, par la même occasion, de vérifier l'aptitude d'un enfant à la pratique sportive, « *sans coût supplémentaire pour l'assurance maladie* », comme le souligne l'étude d'impact.

Pour les mineurs, l'obtention ou le renouvellement de la licence sportive seront désormais conditionnés à la réalisation, par les parents de l'enfant ou toute autre personne exerçant l'autorité parentale, d'une « *autoévaluation* » renseignée avec le sportif. Selon l'étude d'impact, cet auto-questionnaire sera exigé chaque année.

Néanmoins, si « *une réponse à l'autoévaluation conduit à un examen médical* », un certificat médical restera nécessaire.

Cette autoévaluation sera exigible tant pour les licences « loisir » (III de l'article L. 231-2 du code du sport tel que modifié par le **b** du **I**) que pour les licences « compétition » (**b** du **I** et III de l'article L. 231-2-1 tel que modifié par le **II**).

D'après l'étude d'impact, l'actuel questionnaire d'autoévaluation requis en cas de demande de renouvellement d'une licence sportive, mentionné à l'article D. 231-1-4 du code du sport, sera repris et complété par une question visant à s'assurer « *que l'enfant a bien réalisé la dernière consultation obligatoire prévue pour sa tranche d'âge* », et selon la même périodicité « *que ce qui est exigé aujourd'hui s'agissant de la production des certificats médicaux* », c'est-à-dire au moins une fois tous les trois ans.

Un décret précisera l'ensemble des modalités de mise en œuvre de ces dispositions. En outre, selon l'étude d'impact, des « *actions de communication seront menées à destination des médecins et des acteurs du monde du sport* » pour les tenir informés de cette évolution du cadre juridique applicable aux certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive.

3. Les économies attendues

D'après l'étude d'impact, les consultations médicales évitées devraient permettre de réaliser des économies à hauteur de 30 millions d'euros par an.

*

* *

Article 42

Évolution du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif de financement à la qualité

Adopté par la commission sans modification

L'article 42 renforce les leviers de financement à la qualité des soins.

Il refond entièrement le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) :

- ce contrat ne sera plus obligatoire pour tous les établissements de santé mais seulement pour les établissements identifiés par l'agence régionale de santé (ARS) ;
- son architecture est simplifiée (disparition des différents « volets ») ;
- auparavant conclu pour une durée indéterminée dans son volet obligatoire, le CAQES le sera désormais pour une durée maximale de cinq ans.

Surtout, ce contrat est recentré sur la pertinence des actes : un volet additionnel du CAQES pourra désormais fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution aux moyennes régionales ou nationales, un volume d'actes, prestations et prescriptions annuel maximum attendu pour l'établissement. À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'ARS en cas d'écart significatif aux moyennes régionales, si l'établissement présente toujours un volume d'actes, prescriptions ou prestations significativement supérieur au volume attendu inscrit dans le volet correspondant du CAQES, l'ARS pourra lancer un processus plus contraignant, assorti d'une sanction financière éventuelle.

A contrario, des mesures correctives sont également prévues en cas de sous-recours à un ou plusieurs actes sur une liste fixée par arrêtée sur un territoire, lorsque ce sous-recours est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées : l'ARS pourra alors décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités.

Il renforce également l'opérationnalité de la dotation « IFAQ » dédiée à la qualité, afin de dissuader les établissements de ne pas recueillir certains indicateurs de qualité ou de les renseigner de manière erronée, et d'ouvrir le contrôle de ces indicateurs à de nouveaux professionnels.

Cet article s'inscrit dans la continuité de la réforme du financement de l'hôpital lancée par le Gouvernement, qui vise à s'éloigner de la logique la tarification à l'activité (T2A) et à minimiser certains de ses effets indésirables, en combinant cette dernière avec d'autres types de financement, notamment des paiements assis sur la qualité des soins prodigués.

La dernière loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) a déjà permis une montée en charge importante de ce financement à la qualité, en augmentant considérablement la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dite « IFAQ », en prévoyant de la porter à 300 millions d'euros dès 2019 contre 60 millions d'euros en 2018. 200 millions d'euros ont *in fine* été dépensés en 2019 dans le cadre de cette enveloppe, du fait d'une montée en charge plus lente que prévue.

Le présent article permet de rendre ce dispositif IFAQ plus opérationnel. Il permet également de faire évoluer le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), en le recentrant sur la pertinence des soins.

I. LES DISPOSITIFS FINANCIERS EXISTANTS D'INCITATION À LA QUALITÉ DES SOINS

A. LA DOTATION « IFAQ »

Suite à une expérimentation menée depuis 2012, un dispositif « d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (IFAQ) a été généralisé à l'ensemble des établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique par l'article 78 de la LFSS 2016 ⁽¹⁾, avant d'être élargi en 2017 au champ des soins de suite et de réadaptation.

Cette incitation, prévue à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, vient récompenser les établissements ayant obtenu les meilleurs résultats ou ayant le plus fortement progressé sur le champ de la qualité des soins.

L'article 37 de la LFSS 2019 ⁽²⁾ a étendu ce dispositif à la psychiatrie, avec une entrée en vigueur dans ce champ prévue pour le 1^{er} janvier 2021.

Il a également instauré un système de bonus-malus, reposant sur les résultats des 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 entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2020.

B. LE CONTRAT D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE L'EFFICACITÉ DES SOINS

1. Un dispositif prévu par la LFSS 2016, remanié par la LFSS 2018

L'article 81 de la LFSS 2016 a créé un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES), prévu par l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale.

Ce contrat a permis la fusion de plusieurs dispositifs contractuels préexistants : contrat d'amélioration et de la qualité et de l'organisation des soins (CAQOS), contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBU), contrat d'amélioration des pratiques, contrat d'amélioration de la pertinence des soins, etc.

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

(2) Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

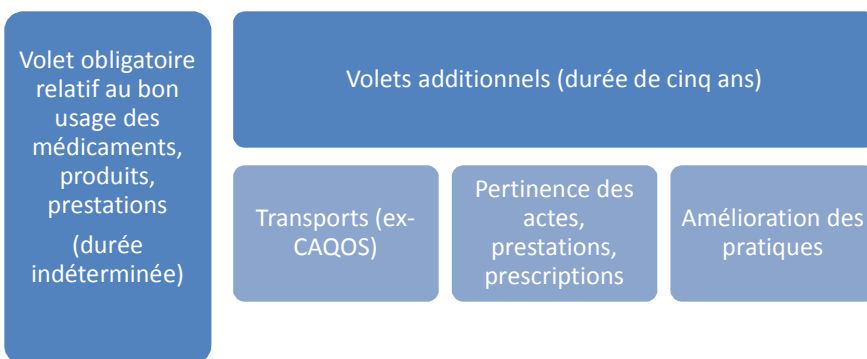
Ce contrat unique est obligatoire pour tous les établissements de santé. Il est conclu entre le représentant légal de l'établissement de santé, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) et le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Il se compose :

– d'un volet obligatoire relatif au bon usage des produits de santé ;

– le cas échéant, d'un ou plusieurs volets additionnels dont la conclusion est justifiée, soit en application du plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins, soit, le plus souvent, en raison du non-respect de référentiels de qualité ou de sécurité des soins par l'établissement.

Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES)



Source : secrétariat de la commission des affaires sociales.

En cas de non-réalisation ou de réalisation partielle des objectifs prévus par le contrat, l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale prévoit un arsenal de sanctions pouvant être prononcées par le directeur général de l'ARS.

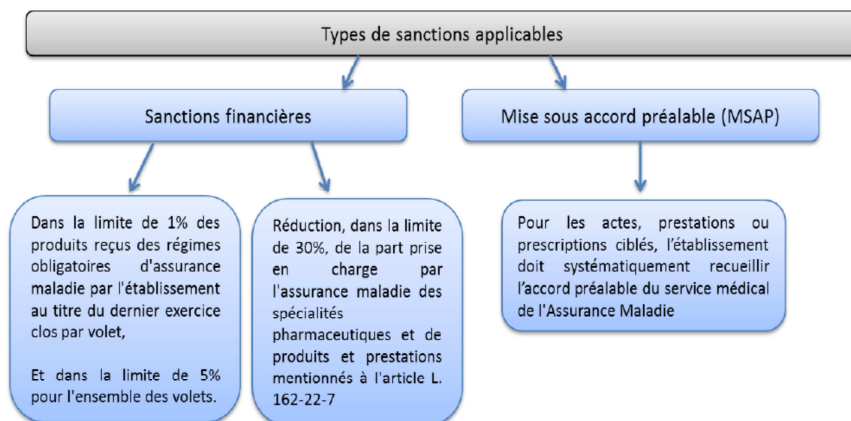
Celui-ci peut, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, prononcer des sanctions financières :

– sous la forme d'une pénalité proportionnelle à l'ampleur des manquements constatés et à leur impact sur les dépenses d'assurance maladie, dans la limite, pour chaque volet du contrat, de 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement de santé au titre du dernier exercice clos et dans la limite totale, pour l'ensemble des volets, de 5 % de ces produits par an ;

– ou, lorsqu'il s'agit de manquements relatifs à des produits de santé, sous la forme d'une réduction, dans la limite de 30 %, de la part prise en charge par

l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations de la liste sus.

La non-réalisation ou la réalisation partielle des objectifs peut également donner lieu à la mise sous accord préalable de certaines prestations ou prescriptions.



Source : instruction interministérielle n° DSS/A1/CNAMTS/2017/234 du 26 juillet 2017 relative à la mise en œuvre du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins.

L'article 57 de la LFSS 2018 ⁽¹⁾ est venu compléter cet article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale, afin de permettre au directeur général de l'ARS, après avis de l'organisme local d'assurance maladie, d'allouer un intéressement à l'établissement si les objectifs sont réalisés.

Cet intéressement, qui prend la forme d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR), est modulé en fonction des économies réalisées et du degré de réalisation de l'ensemble des objectifs du contrat.

2. Un contrat dont l'efficacité reste perfectible

Comme le rappelle l'étude d'impact, depuis le 1^{er} janvier 2018, plus de 2 000 contrats ont été signés avec l'ensemble des établissements de santé. Toutefois, leur mise en place « s'est faite avec difficulté compte tenu de la lourdeur du dispositif, de la multiplication des indicateurs et objectifs suivis, pas toujours pertinents selon les établissements ainsi que du peu de place et de temps laissés à la personnalisation et à la négociation des contrats avec les établissements. Le volet intéressement du CAQES diffusé tardivement et d'un faible montant a, pour sa part, eu peu d'effet sur l'adhésion des équipes hospitalières. »

Par ailleurs, toujours selon l'étude d'impact, « les travaux menés par le groupe de travail sur le CAQES ont démontré que certains indicateurs, sur

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

l'évolution de la liste en sus ou des prescriptions exécutées en ville par exemple, n'étaient pas pertinents pour de nombreux établissements et que le recueil n'était pas toujours possible en termes de ressources et de temps (près de 300 établissements concernés pour plusieurs régions) ».

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. UN RENFORCEMENT DE LA PORTÉE DU DISPOSITIF IFAQ

Le **1° du I** précise les dispositions relatives au « bonus-malus » mis en place par la LFSS 2019, principalement pour assurer la qualité du recueil des indicateurs.

Le **a** précise ainsi que lorsqu'un établissement ne procède pas au recueil obligatoire d'un indicateur ou que ce recueil fait l'objet d'une invalidation par l'ARS dans le cadre du contrôle de la qualité des données déclarées par l'établissement de santé, le seuil minimal requis pour cet indicateur est réputé non atteint.

Cette disposition vise à dissuader les établissements de ne pas recueillir certains indicateurs de qualité ou de les renseigner de manière erronée afin d'éviter le « malus » établi par la précédente LFSS.

Le **b** précise que le produit des pénalités financières liées à ce « malus » viendra abonder la dotation IFAQ, afin de garantir que ces pénalités alimenteront l'enveloppe générale du dispositif (au contraire des sanctions prises dans le cadre des contrôles T2A, dont le produit ne vient actuellement pas abonder l'ONDAM établissements de santé).

Le **II** du présent article modifie les articles L. 1421-3 et L. 1435-7 du code de la santé publique afin de :

– permettre aux pharmaciens inspecteurs de santé publique d'être désignés par les ARS pour assurer des missions de contrôle et de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité (**a** du **2°**) et d'avoir accès aux données médicales individuelles (contenues dans les dossiers patients) relatives à ce contrôle (**1°**) ;

– simplifier le recours aux médecins-conseils et aux pharmaciens-conseils de l'assurance maladie pour l'exercice de cette mission de contrôle des indicateurs de qualité, en supprimant les conditions d'aptitude technique et juridiques actuellement nécessaires (**b** du **2°**).

B. UNE REFONTE PROFONDE DU CAQES

1. Un contrat ciblant mieux les établissements et à la structure simplifiée

Le 2° du I du présent article réécrit l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité social relatif au fonctionnement du CAQES.

Aujourd'hui destiné à améliorer « *la qualité, la sécurité et la pertinence des soins et des prescriptions* », le présent article recentre ce contrat sur les objectifs d'**amélioration de la pertinence et de l'efficacité des soins et des prescriptions** (le a du 3° tire la conséquence de cette simplification). Cela permet notamment de clarifier l'articulation entre les dispositifs CAQES et IFAQ.

Alors que la signature d'un CAQES (volet obligatoire relatif au bon usage des médicaments, produits, prestations) est actuellement obligatoire pour tous les établissements de santé, **il ne sera désormais obligatoire que pour les établissements identifiés par l'ARS**, comme c'est aujourd'hui le cas pour les volets optionnels du CAQES.

Ces établissements seront identifiés en fonction de priorités nationales et des référentiels de pertinence, de qualité, de sécurité des soins ou de seuils définis par l'arrêté pris en application de l'article L. 162-30-3 du code de la sécurité social.

Auparavant conclu pour une durée indéterminée dans son volet obligatoire, le CAQES sera désormais conclu pour une **durée maximale de cinq ans**, calquée sur la durée du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et sur la durée actuellement prévue pour les volets additionnels du CAQES.

Les **différents volets additionnels du CAQES mentionnés aujourd'hui par la loi disparaissent**, afin d'évoluer vers un dispositif plus souple. Le contrat devra notamment prévoir, sur la base d'un contrat-type fixé par arrêté, les différents volets du contrat, les obligations respectives des parties, les objectifs à atteindre par l'établissement ainsi que leurs modalités d'évaluation. En l'absence de contrat type national, l'ARS pourra arrêter un contrat type régional.

Les **b** et **c** du 3° tirent la conséquence de cette simplification.

Comme c'est le cas aujourd'hui, en cas de refus par l'établissement ciblé de conclure ce contrat, le directeur régional de l'ARS prononcera, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations, une sanction financière correspondant à 1 % des produits reçus des régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement au titre du dernier exercice clos, versée à l'assurance maladie.

2. Un contrat recentré sur la pertinence des soins

a. Des variations géographiques importantes du recours à certains actes

Le présent article modifie le contenu du CAQES afin d'en faire un outil de maîtrise de la pertinence des actes, prestations et prescriptions lorsque ceux-ci s'éloignent trop des moyennes régionales ou nationales observées.

En effet, des variations géographiques très importantes du recours à certains actes persistent en France, même une fois neutralisées les variables d'âge et de sexe.

Ainsi, l'*Atlas des variations des pratiques médicales* publié par l'IRDES⁽¹⁾ montre que des différences très fortes subsistent pour certaines interventions, résumées dans le tableau ci-après.

TAUX DE RECOURS À CERTAINES INTERVENTIONS

(en séjours pour 100 000 habitants)

	Taux de recours standardisé le plus élevé	Taux de recours standardisé le plus bas	Taux de recours moyen au niveau national
Appendicectomie	41 (Martinique)	169 (Nièvre)	118
Amygdalectomie	28 (Guyane)	168 (Gironde)	101
Césarienne (*)	12,9 (Guadeloupe)	24,7 (Haute-Corse)	18,7
Chirurgie bariatrique	8 (Guyane)	170 (Haute-Corse)	72
Chirurgie du canal carpien	66 (La Réunion)	386 (Meuse)	220
Pose d'une prothèse du genou	68 (Guyane)	236 (Vosges)	147

(*) Pour 100 naissances.

Comme le montre cet *Atlas*, la sous-production ou la surproduction de certains actes, une fois certaines variables neutralisées, par rapport à des moyennes nationales ou internationales peuvent être révélatrices d'un problème de pertinence des actes, lorsqu'il existe des alternatives thérapeutiques.

C'est par exemple le cas de la chirurgie du canal carpien, pour laquelle les référentiels de la Haute Autorité de santé font de cette intervention chirurgicale la prise en charge ultime du syndrome du canal carpien après un traitement médical bien conduit, et après la réalisation d'examen spécialisés permettant de confirmer le diagnostic et d'évaluer l'importance de la lésion.

(1) <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/002-atlas-des-variations-de-pratiques-medicales-recours-a-dix-interventions-chirurgicales.pdf>.

b. Agir sur la pertinence des actes, des prestations ou des prescriptions

L'article 40 de la LFSS 2019, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, a permis d'avancer vers plus de pertinence, en modifiant 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.

Cet article précise que le plan d'actions pluriannuel régional d'amélioration de la pertinence des soins élaboré par les 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. L'ARS peut désormais enjoindre à un établissement d'élaborer un programme d'amélioration de la pertinence des soins pour y remédier, ce programme servant lui-même de base à la conclusion d'un volet du CAQES.

Le **d du 3° du I** précise cette disposition.

Un volet du CAQES pourra désormais fixer, pour les actes, prestations et prescriptions qui présentent des écarts significatifs en nombre ou en évolution aux moyennes régionales ou nationales, un nombre d'actes, prestations et prescriptions annuel maximum attendu pour l'établissement. Ce nombre ne pourra être inférieur de plus de 30 % au volume de l'année immédiatement antérieure.

Les modalités d'application de cette disposition seront précisées par décret, et une liste limitative des actes, prestations et prescriptions concernés par ce dispositif sera fixée par arrêté.

Selon l'étude d'impact, il pourrait être envisagé d'appliquer ce dispositif aux actes suivants :

- cataracte ;
- endoscopie digestive ;
- coloscopie ;
- appendicectomie ;
- césarienne ;
- amygdalectomie ;
- prostatectomie ;
- angioplastie ;
- chirurgie bariatrique ;
- pose de prothèse de genou ;
- pose de prothèse de hanche (hors traumatisme) ;
- arthroscopie ;

- chirurgie des varices ;
- ablation de la vésicule biliaire ;
- libération du canal carpien.

3. Un intéressement devenant systématique, des sanctions recentrées sur la pertinence

Le 4° du I réécrit entièrement l'article L. 162-30-4 du code de la sécurité sociale.

● Il supprime les sanctions existant actuellement en cas de non réalisation ou de réalisation ou de réalisation partielle des objectifs du CAQES. Selon l'étude d'impact, ces sanctions sont restées inopérantes sur les résultats car jugées peu légitimes par les établissements de santé, et ont d'ailleurs fait l'objet d'un moratoire en 2018 et 2019.

● Le mécanisme d'intéressement prévu par la LFSS 2018 est maintenu bien que modifié : la mesure rend cet intéressement systématique, et supprime en revanche l'avis de la caisse locale d'assurance maladie sur cet intéressement.

En effet, selon l'étude d'impact, l'intéressement régional déjà délégué serait complété par un intéressement national, par indicateur, avec un reversement de 20 à 30 % des économies générées. Il sera versé en année N + 1 en fonction des résultats observés.

Une première vague de quatre indicateurs seraient pressentis pour le calcul de cet intéressement national : le taux de recours à une ambulance, la prescription d'inhibiteur de pompe à proton, la prescription de perfuseurs et de pousse-seringues et les examens pré-anesthésiques pour la chirurgie mineure. Selon les informations transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, à terme, les deux tiers des priorités du CAQES seraient nationales, assorties d'une dizaine d'indicateurs nationaux, avec un intéressement versé à ce titre de l'ordre de 20 millions d'euros en 2022. Le tiers restant serait délégué par les ARS selon les priorités qu'elles choisiront de fixer.

Le montant de l'intéressement national est estimé à 10 millions d'euros pour ces quatre indicateurs prévus pour 2020 et à 20 millions d'euros par an lorsque l'ensemble des indicateurs CAQES seront déployés.

● Surtout, une procédure spécifique est introduite pour permettre de garantir la pertinence des soins.

À l'issue d'une période de deux ans après la saisine d'un établissement par l'ARS en cas d'écart significatif aux moyennes régionales, si l'établissement présente toujours un volume d'actes, prescription ou prestation significativement supérieur au volume attendu inscrit dans le volet correspondant du CAQES, l'ARS

pourra, après prise en compte des caractéristiques du territoire et de l'établissement, déclencher une nouvelle phase de cette procédure.

Au cours de cette phase, elle pourra :

– appliquer un abattement forfaitaire au tarif national sur les actes et prestations excédant le nombre fixé par contrat avec l'ARS (plafonné à 50 % du tarif) ;

– appliquer une minoration forfaitaire sur la part prise en charge par l'assurance maladie pour les produits de santé excédant le nombre fixé par contrat avec l'ARS (plafonné à 50 % de la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire).

Un décret précisera les conditions dans lesquels cet abattement et cette minoration forfaitaires seront fixés pour une durée prédéfinie et selon un barème établi au niveau national, et notifiés à l'établissement.

Cette décision de l'ARS sera prise après avis de la caisse primaire d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et une fois que l'établissement concerné aura été mis en mesure de présenter ses observations.

À l'issue de la période initialement notifiée par l'ARS, les sommes correspondant à cet abattement et à cette minoration forfaitaire pendant cette période sont récupérées par réduction des recettes d'assurance maladie perçues par l'établissement. Elles viendront abonder le FIR.

La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne pourra pas être facturée aux patients.

4. La lutte contre le sous-recours favorisée

A contrario, des mesures correctives sont également prévues en cas de sous-recours à un ou plusieurs actes.

Le 5° introduit en effet un nouvel article L. 162-30-4-1 qui prévoit que si l'ARS constate un sous-recours pour un ou plusieurs actes qui font l'objet d'un référentiel arrêté par l'État, lorsque ce sous-recours est de nature à mettre en danger la santé des populations concernées, elle pourra alors décider d'apporter un soutien financier spécifique pour le développement d'une ou plusieurs activités.

Si une telle aide est déjà rendue possible *via* le FIR, cet objectif est ici explicité et encouragé.

5. Modalités d'application

Le **III** du présent article précise que ces dispositions n'affecteront pas, jusqu'au 1^{er} janvier 2021, les CAQES antérieurs à la publication de la loi. Passée cette date, les CAQES des établissements qui n'auront pas été ciblés par l'ARS cesseront de produire leurs effets.

6. Impact financier

Selon l'étude d'impact, « *des économies structurelles sont attendues sur les taux de recours dès la première année d'entrée en vigueur du dispositif, pour les établissements auxquels des volumes cibles annuels seront fixés. Ces gains peuvent être estimés à 11 millions d'euros pour le deuxième semestre de 2020 (hypothèse de réduction de 20 % des écarts-types pour la liste des actes en sur-recours mentionnés ci-dessus) et 25 millions d'euros en 2021 (hypothèse de réduction de 40 % des écarts-types)* ».

*

* *

Article 43

Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments

Adopté par la commission sans modification

Cet article se compose de six mesures distinctes visant à améliorer la pertinence des prescriptions de médicaments, notamment en privilégiant la prescription de médicaments biosimilaires, en limitant le recours aux antibiotiques lorsque ce n'est pas nécessaire, ou en limitant les pratiques d'hyper-prescription.

Il est ainsi proposé :

- de limiter la prescription d'antibiotiques à mauvais escient en cas d'angine virale, en autorisant la prise en charge par l'assurance maladie des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'angine réalisés en pharmacie, d'une part, et en donnant la possibilité aux médecins prescripteurs de subordonner la délivrance de ces antibiotiques aux résultats d'un TROD, d'autre part ;
- d'encourager les laboratoires pharmaceutiques à faire évoluer les conditionnements inadaptés, pour limiter le gaspillage et les risques d'automédication et de surdosage ;
- d'inciter les établissements de santé à privilégier l'achat de produits de santé permettant de réaliser des économies pour le système de santé pris dans sa globalité, par la création d'une incitation financière spécifique ;
- d'assouplir les conditions de recours aux demandes d'accord préalable ;
- de faciliter le recours aux recommandations temporaires d'utilisation (RTU), afin d'augmenter la pertinence des prescriptions et le nombre d'alternatives thérapeutiques disponibles ;
- de graduer et d'étendre le champ des pénalités financières prononcées à l'encontre des professionnels de santé qui ne modifient pas leur pratique d'hyper-prescription malgré plusieurs mises en demeure.

I. PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DES TESTS RAPIDES D'ORIENTATION DIAGNOSTIQUE (TROD) DE L'ANGINE RÉALISÉS EN PHARMACIE

Cette mesure s'inscrit dans la démarche de mobilisation en faveur du bon usage des antibiotiques poursuivie par l'assurance maladie depuis plusieurs années. En dépit des campagnes préventives, la France maintient en effet un niveau élevé de consommation d'antibiotiques. En doses journalières définies pour mille habitants, la consommation d'antibiotiques en France la situe au troisième rang en Europe derrière la Grèce et Chypre ; cette consommation est trois fois supérieure à celle des Pays-Bas, qui sont les moins consommateurs, alors qu'aucune raison épidémiologique ne vient expliquer cet écart ⁽¹⁾.

(1) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance maladie pour 2020, rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2020, juillet 2019.

Comme cela avait été annoncé par le Comité interministériel pour la santé (CIS) du 25 mars 2019, le Gouvernement propose donc à cet article d'encourager le recours aux tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) pour les patients suspectés d'être malades d'une angine, afin de limiter le recours aux antibiotiques en cas d'angine virale.

A. LES TROD DE L'ANGINE : UN OUTIL EFFICACE POUR LUTTER CONTRE LA PRESCRIPTION D'ANTIBIOTIQUES À MAUVAIS ESCIENT

Il existe deux types d'angine : les angines virales et les angines liées à une bactérie, dont la plus fréquente est le streptocoque bêta-hémolytique du groupe A (SGA). Seules les angines d'origine bactérienne peuvent être soignées par antibiotique. Pourtant, alors qu'environ 8 angines sur 10⁽¹⁾ sont d'origine virale, la plupart des consultations médicales pour angine conduisent à la prescription d'antibiotiques : au total, 9 millions d'angines sont diagnostiquées chaque année, en France et 10 % des antibiotiques délivrés sont prescrits pour des angines.

Ce recours prépondérant aux antibiotiques s'explique car il n'y a aucun signe clinique ni symptôme spécifique permettant de distinguer l'origine virale ou bactérienne d'une angine. L'utilisation d'antibiotiques à mauvais escient présente néanmoins deux inconvénients majeurs :

– en termes de santé publique, elle contribue à développer la résistance aux antibiotiques ;

– elle représente en outre un coût considérable pour l'assurance maladie, tant en termes de consultations médicales que de délivrance d'antibiotiques.

Il existe pourtant un outil simple et efficace pour détecter l'origine virale ou bactérienne d'une angine : les tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Ces dispositifs permettent au médecin de savoir en quelques minutes si l'angine est une angine à SGA et nécessite en conséquence un traitement par antibiotique.

Malgré la fiabilité avérée de ces tests, ces derniers restent encore peu utilisés par les médecins : d'après les éléments transmis au rapporteur général, seuls 40 % des médecins généralistes en ont ainsi commandé en 2017, alors que ces tests sont mis gratuitement à disposition des médecins libéraux généralistes, pédiatres et ORL (oto-rhino-laryngologistes) depuis 2002.

Les pharmaciens peuvent également réaliser ces tests au sein de leur officine, selon des conditions définies par voie réglementaire⁽²⁾. Toutefois, la

(1) Selon l'assurance maladie, le TROD de l'angine se révèle négatif dans 75 à 90 % des cas chez l'adulte, et dans 60 à 75 % des cas chez l'enfant.

(2) [Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques](#)

réalisation de ce test par le pharmacien ne fait pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

Pour démontrer l'intérêt de ces tests dans le dépistage des angines d'origine bactérienne et dans le cadre d'une démarche plus générale de lutte contre le mésusage des antibiotiques, plusieurs expérimentations de dépistage de l'angine par des pharmaciens d'officine ont d'ailleurs été conduites ces dernières années.

Une expérimentation pilote menée par l'Union régionale des professionnels de santé (URPS) pharmaciens de Lorraine au printemps 2015, et soutenue par l'agence régionale de santé (ARS) Grand Est (*cf.* encadré), avait notamment pour objectif de définir le rôle du pharmacien d'officine dans sa mission de dépistage de l'angine à SBA auprès des patients majeurs se présentant spontanément à l'officine avec un mal de gorge pour des conseils, sans consultation médicale préalable. Un second objectif était de mesurer auprès des patients leur acceptabilité du test, et d'évaluer leur intérêt quant au message transmis sur le juste usage des antibiotiques.

Les résultats de l'expérimentation de réalisation du TROD angine en Lorraine (2015) ⁽¹⁾

Dans le cadre de cette expérimentation, 161 pharmaciens ont été formés à la réalisation du TROD angine, tandis que 556 patients s'étant présentés spontanément à l'officine pour un mal de gorge ont accepté d'être intégrés dans le protocole.

Parmi eux, 336 patients ont accepté le TROD de l'angine : le test s'est révélé positif chez seulement 28 patients (8,3 % des cas). Ces derniers ont été invités par leur pharmacien d'officine à consulter leur médecin traitant pour obtenir une prescription de traitement antibiotique.

Pour les 308 patients dont le test était négatif, les pharmaciens leur ont proposé un traitement symptomatique, tout en leur conseillant de consulter leur médecin en cas de persistance ou d'aggravation des symptômes dans les trois à cinq jours : seuls quatre patients ont effectivement consulté leur médecin en raison d'une aggravation des symptômes.

Cette expérimentation a sans doute permis d'éviter un certain nombre de consultations médicales, représentant une économie pour l'assurance maladie. En outre, 71,6 % des pharmaciens ayant participé à cette expérimentation ont considéré que cette dernière avait fait évoluer leur pratique professionnelle, notamment en leur permettant de développer leur mission de prévention auprès des patients.

(1) <https://www.grand-est.ars.sante.fr/bilan-de-lexperimentation-de-depistage-de-langine-en-officine>.

Pour lutter contre l'antibiorésistance tout en simplifiant la prise en charge des patients, cet article autorise donc le pharmacien à réaliser lui-même un test en cas de suspicion d'angine, évitant ainsi au patient de consulter un médecin ou de se voir prescrire des traitements antibiotiques inefficaces dans 80 % des cas.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Cet article propose de mettre en place deux nouveaux circuits pour la réalisation du test rapide de dépistage des angines bactériennes.

- Le premier circuit permet au patient de se rendre directement chez le pharmacien pour la réalisation du test par ce dernier :

- si le test est positif, le pharmacien oriente le patient vers un médecin, en vue d'une consultation médicale pour la prescription d'un traitement antibiotique ;

- dans le cas contraire, le pharmacien délivre des conseils au patient – utilisation d'antipyrétique, hydratation, etc. – à mettre en place jusqu'à la guérison de l'angine. Seul le coût du test sera alors facturé à l'assurance maladie.

- Dans le second circuit, le patient peut se rendre directement chez un médecin. En cas de symptôme d'angine, ce dernier peut prescrire la réalisation d'un TROD effectué par le pharmacien, ainsi qu'une prescription conditionnelle d'antibiotiques en cas de test positif.

Les médecins conserveront en outre la possibilité de commander des TROD et de les réaliser eux-mêmes au sein de leur cabinet.

1. Les modalités de fixation du coût de l'acte de dépistage par les pharmaciens et du prix de cession maximal du TROD aux pharmacies d'officine

- Les conditions de tarification de la réalisation du TROD de l'angine par les pharmaciens d'officine seront définies par voie conventionnelle : le 2° du VI modifie en effet l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale pour élargir à cette fin le champ de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine.

Cette convention, qui définit par exemple les obligations respectives des pharmaciens et de l'assurance maladie, la participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques ou encore la tarification des honoraires de dispensation, devra désormais définir, selon le nouveau 16°, « *la tarification des prestations dues aux pharmaciens par les assurés sociaux* », lorsque celui-ci réalise un test de diagnostic rapide. La liste de ces tests sera définie par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

- La tarification de cet acte de réalisation du test par le pharmacien devra par ailleurs tenir compte du prix de cession du TROD aux pharmaciens d'officine. Ce prix de cession sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comme le prévoit le nouvel article L. 162-16-4-4 du code de la sécurité sociale créé par le VII. La fixation du prix de cession pourra tenir compte :

- des volumes de vente – prévus ou constatés ;
- des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de ces tests ;
- des prix de vente pratiqués en France et dans d'autres pays européens, ou du prix et du volume d'achat des tests négociés par l'assurance maladie dans le cadre d'un marché passé avec l'un des fabricants.

Le 3° du VI est une disposition de coordination. Le 1° du VI vise à corriger une erreur, mais constitue manifestement également une erreur.

En pratique, la négociation conventionnelle visant à fixer la rémunération des pharmaciens pour la réalisation des TROD de l'angine a déjà eu lieu : les syndicats officinaux et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ont en effet signé le 18 septembre 2019 un nouvel avenant à la convention pharmaceutique visant à fixer la rémunération des pharmaciens des TROD de l'angine (*cf. encadré*). Cet avenant entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2020, sous réserve que le présent article soit adopté.

Le contenu de l'avenant n° 18 fixant une rémunération pour la réalisation des tests rapides d'orientation diagnostique de l'angine par les pharmaciens

L'avenant signé introduit deux rémunérations distinctes :

- le pharmacien serait rémunéré 6 euros pour la réalisation du test dans deux cas : lorsque le patient se rend à l'officine sans avoir consulté son médecin au préalable et que le test est réalisé après un questionnaire, d'une part, et lorsque le patient se présente avec une ordonnance de son médecin demandant de réaliser le TROD en officine et que celui-ci se révèle positif, nécessitant la délivrance d'antibiotiques, d'autre part ;
- le pharmacien serait en revanche rémunéré à hauteur de 7 euros par test réalisé si ce dernier est réalisé sur prescription médicale et qu'il se révèle négatif. Le surcoût s'explique par l'obligation pour le pharmacien d'expliquer au patient les raisons pour lesquelles il ne lui délivrera pas d'antibiotiques, conformément au principe de l'ordonnance de dispensation conditionnelle (*cf. infra*).

Ces tarifs sont légèrement majorés dans les départements et régions d'outre-mer, à respectivement 6,30 et 7,35 euros.

● D'après l'étude d'impact, le développement des TROD en pharmacie devrait permettre de réaliser une économie d'environ 1 million d'euros grâce aux consultations médicales évitées.

Il existe néanmoins un risque financier si le recours aux TROD est détourné de sa vocation première : l'étude d'impact considère ainsi que « *si tous les patients se dirigent en pharmacie, que des TROD sont systématiquement réalisés pour des maux de gorge [...] et qu'il n'y a aucune consultation médicale évitée, le coût pourrait dépasser 80 millions d'euros* ».

Le rapporteur général s'étonne d'un tel écart entre le bénéfice attendu de la mesure et le risque financier potentiel, 80 fois plus élevé. Certes, la mesure est motivée prioritairement par le souci de lutter contre l'antibiorésistance et non par la recherche d'économies.

Néanmoins, s'il est compréhensible que les économies potentielles générées par le développement du TROD en pharmacie soient difficiles à évaluer, puisqu'elles dépendent à la fois de l'adhésion des pharmaciens et des patients, il semble indispensable de poser des garde-fous pour encadrer le recours au TROD et éviter une dérive exponentielle des coûts.

Le rapporteur général regrette à cet égard que l'étude d'impact et les réponses qui lui ont été apportées par le Gouvernement demeurent évasives sur la formation des pharmaciens au bon usage de ce test.

2. L'ordonnance de dispensation conditionnelle

Afin d'inciter les médecins à recourir davantage aux tests de diagnostic rapide et de limiter en conséquence les phénomènes d'antibiorésistance, l'article crée par ailleurs une ordonnance de dispensation conditionnelle permettant au pharmacien de délivrer l'antibiotique prescrit par le médecin seulement si le test confirme l'origine bactérienne de l'angine.

Le principe de cette ordonnance de dispensation conditionnelle est défini à l'article L. 5121-12-1-1 nouveau du code de la santé publique, créé par le **II**. Il permet à tout prescripteur de « *conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation ou au résultat de tests à caractère médical, notamment d'examen biologiques ou d'orientation diagnostique* ».

Les modalités de prescription et les conditions d'identification des médicaments concernés par cette mesure seront précisées par décret en Conseil d'État, comme le prévoit le rétablissement du 15° de l'article L. 5121-20 du même code par le **III**.

À court terme, selon les informations transmises au rapporteur général, seuls les antibiotiques devraient pouvoir bénéficier de cette ordonnance conditionnelle. L'usage de cette ordonnance pourra toutefois probablement s'élargir à d'autres classes de médicaments dans un second temps : la rédaction de l'article, en tout état de cause, l'autorise d'ores et déjà.

Par coordination, le **VIII** précise à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale que les conditions de délivrance d'un médicament inscrit sur la liste des médicaments remboursables peuvent être adaptées en cas de prescription sur une ordonnance de dispensation conditionnelle.

3. Application de la franchise médicale aux prestations réalisées par les pharmaciens

Par souci de cohérence, cet article propose enfin d'harmoniser les conditions de prise en charge des prestations réalisées par les pharmaciens avec les modalités applicables aux autres professionnels de santé.

Le 1° du V complète ainsi par un 4° le III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, afin de préciser que la franchise annuelle laissée à la charge de l'assuré pour les médicaments, les actes effectués par un professionnel de santé (sauf en cas d'hospitalisation) ainsi que les transports sanitaires s'applique également à l'ensemble des prestations effectuées par un pharmacien d'officine telles que définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ainsi, outre la réalisation du TROD, les autres actes déjà réalisés par les pharmaciens – à ce stade, cela concerne seulement la vaccination contre la grippe et deux autres types de tests rapides de la grippe et de la glycémie – seront également soumis à la franchise.

II. INSTAURATION D'UNE PÉNALITÉ EN CAS DE CONDITIONNEMENT INAPPROPRIÉ D'UN MÉDICAMENT

Cet article vise ensuite à inciter les industries pharmaceutiques à revoir le conditionnement de certains médicaments, lorsque celui-ci est inadapté au regard des recommandations de prescription.

- D'après l'étude d'impact, une centaine de médicaments font l'objet d'un conditionnement non adapté. Plusieurs facteurs peuvent en être à l'origine : il peut s'agir par exemple d'une inadéquation entre la dose conditionnée et la posologie ou la durée du traitement habituellement prescrites, ou encore de l'inadéquation du conditionnement d'un médicament destiné à un usage pédiatrique.

Ces mauvais conditionnements représentent un gâchis et un coût évitable pour l'assurance maladie : selon les éléments transmis au rapporteur général, le coût associé à la prise en charge de ces médicaments s'élèverait à plus de 2,5 milliards d'euros chaque année.

Ils constituent en outre des risques potentiels pour l'environnement – les comprimés non consommés sont très souvent jetés avec les ordures ménagères et non recyclés –, et surtout pour les patients, en raison du risque de surdosage ou d'automédication. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) expliquait ainsi dans un document de 2018 être « *régulièrement destinataire de signalements d'erreurs médicamenteuses en lien avec le*

conditionnement des médicaments, qui peuvent avoir des conséquences graves pour le patient »⁽¹⁾.

Si l'assurance maladie convient qu'il est « *difficile de pouvoir mesurer l'ampleur réelle de ce phénomène* », il est néanmoins nécessaire « *d'agir pour limiter les causes de ces gaspillages, tant pour veiller à la bonne utilisation des ressources publiques allouées au système de protection sociale que pour répondre aux préoccupations de développement durable* »⁽²⁾.

En l'état du droit, la seule manière de contraindre les industriels à modifier le conditionnement des médicaments lorsque celui-ci est inadapté est de procéder au déremboursement dudit médicament⁽³⁾. Cette option demeure toutefois complexe à mettre en œuvre et n'est jamais utilisée en pratique, car il n'existe pas toujours d'alternative.

• Cet article propose en conséquence d'instaurer une pénalité applicable aux laboratoires refusant d'adapter le conditionnement aux recommandations de prescription habituelles, et crée à cette fin au **IX** un nouvel article L. 162-17-2-3 au sein du code de la sécurité sociale.

Selon le I de l'article L. 162-17-2-3, les médicaments concernés sont les médicaments spécialisés⁽⁴⁾ inscrits sur la liste des spécialités remboursables aux assurés sociaux⁽⁵⁾ mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Les laboratoires exploitant ces médicaments peuvent ainsi recevoir une pénalité financière :

– soit lorsque la forme, le dosage ou la présentation ne sont pas adaptés aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, notamment au regard de l'avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique ;

– soit lorsque ces médicaments ne présentent pas une efficacité suffisante pour les dépenses d'assurance maladie, le cas échéant pour au moins une de ses indications. Cette disposition désigne notamment les cas où pour un même médicament, il existe plusieurs indications et posologies. Le critère global d'efficacité du conditionnement prévu à cet article permet par exemple d'encourager dans ce cas les petits conditionnements, qui permettront dans tous

(1) ANSM, « *Étiquetage des conditionnements des médicaments sous forme orale solide (hors homéopathie). Recommandations à l'attention des demandeurs et titulaires d'autorisations de mise sur le marché et d'enregistrements* », janvier 2018.

(2) « *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses* », Propositions de l'Assurance maladie pour 2020, rapport précité.

(3) Dans les conditions prévues aux articles R. 163-5 et R. 163-7 du code de la sécurité sociale.

(4) C'est-à-dire les médicaments préparés à l'avance et présentés sous un conditionnement particulier en vue de la vente au détail.

(5) Les médicaments inscriptibles sur ces listes font l'objet d'une décision d'inscription rendue par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé au regard de l'appréciation du service médical rendu qu'ils apportent.

les cas d'avoir une délivrance adaptée de ce médicament. La pénalité ne s'applique qu'après présentation, par l'entreprise concernée, de ses observations.

- Le II de l'article L. 162-17-2-3 précise que le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour la spécialité ou les spécialités en cause.

Ce montant est défini en fonction de l'écart constaté soit par rapport aux conditions de prescription ou d'utilisation thérapeutique, soit par rapport à l'efficience attendue pour les dépenses d'assurance maladie.

La pénalité est reconductible d'année en année en l'absence de mesures correctrices prises par l'entreprise destinataire de la pénalité. Elle est recouvrée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), et son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. En cas de recours contre la décision prononçant la pénalité, ce recours est un recours de pleine juridiction (III de l'article L. 162-17-2-3).

Le IV de l'article L. 162-17-2-3 renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les modalités d'application de cet article.

- D'après l'étude d'impact, cette mesure permettrait de réaliser une économie de 30 millions d'euros par an au maximum : ce montant correspond à environ 1 % de réduction de la dépense remboursée associée des médicaments, grâce à l'effet des nouveaux conditionnements.

III. CRÉATION D'UNE INCITATION ÉCONOMIQUE À L'ACHAT DE CERTAINS MÉDICAMENTS EFFICIENTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Cet article entend ensuite influencer les pratiques d'achats de médicaments de certains établissements de santé afin de les inciter à prescrire des médicaments globalement moins coûteux pour l'assurance maladie.

Il s'inscrit dans le prolongement de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, qui dispose que les établissements de santé pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) peuvent bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional (FIR) lorsqu'ils atteignent des résultats relatifs à la pertinence et à l'efficience de leurs prescriptions de produits de santé, mesurés tous les ans par établissement.

A. L'ACHAT DES MÉDICAMENTS À L'HÔPITAL : UNE MÉCANIQUE PEU EFFICIENTE POUR LES DÉPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

Le prix des médicaments dispensés au sein des établissements de santé est, dans le cas général⁽¹⁾, librement fixé par une négociation entre le laboratoire pharmaceutique et l'établissement de santé concerné (cf. commentaire de l'article 29 du présent projet de loi).

● Cette mécanique consistant à laisser les établissements de santé libres de définir leur propre politique d'achat de médicaments présente cependant un défaut majeur : le manque de lisibilité du prix des médicaments d'un établissement à l'autre.

En effet, comme l'a souligné la Cour des comptes dans une communication de juin 2017 à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale⁽²⁾, « *les acheteurs hospitaliers, nombreux et encore trop dispersés, ne disposent pas, le plus souvent, des outils pour mesurer l'état du marché pharmaceutique, les stratégies des laboratoires, les conditions obtenues par les autres établissements ou groupements, les variations de prix dans le temps* ». Dès lors, « *l'organisation actuelle de l'achat du médicament avantage les laboratoires qui seuls disposent d'une vision globale du marché* ».

En position de force, certains laboratoires développent ainsi des stratégies pour orienter les prescriptions de médicaments à l'hôpital en proposant des prix très faibles aux établissements de santé pour certains médicaments, dans l'espoir de réaliser des bénéfices plus importants lorsque ces mêmes médicaments sont délivrés en ville, par souci de continuité des soins. Cette pratique des laboratoires pharmaceutiques a été confirmée par plusieurs établissements de santé, qui ont indiqué à la Cour des comptes que « *certaines spécialités pouvaient être obtenues à prix très faible lorsque les laboratoires cherchaient à favoriser leur usage en sortie d'hospitalisation* ».

Si les stratégies des laboratoires sont globalement avantageuses pour les établissements de santé en leur permettant de réaliser des économies sur le prix d'achat des médicaments, elles représentent à l'inverse un surcoût significatif pour l'assurance maladie, *a fortiori* lorsque les médicaments concernés sont très coûteux, à l'instar des médicaments biologiques.

(1) Les médicaments inscrits sur la liste en sus font l'objet d'une convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), tandis que le prix de vente des spécialités rétrocédées fait l'objet d'une déclaration du laboratoire au CEPS.

(2) [Cour des comptes, Les achats hospitaliers, 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, juin 2017.](#)

B. LA CRÉATION D'UNE INCITATION FINANCIÈRE À L'ACHAT DE MÉDICAMENTS EFFICIENTS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Le dispositif proposé

● Étant entendu que les établissements de santé n'ont qu'une vision parcellaire du prix des médicaments, cet article vise à leur proposer une incitation financière afin de les encourager à acheter des médicaments dont le coût moyen cumulé pour une délivrance en ville ou à l'hôpital est globalement moins élevé que le médicament dont le prix aurait été négocié entre l'établissement de santé et le laboratoire, sans tenir compte de son prix en ville. Il s'agit en particulier d'inciter les établissements de santé à privilégier l'achat de médicaments biosimilaires, lorsque ces derniers ont également vocation à être prescrits en sortie d'hospitalisation.

Cette incitation financière à l'achat de médicaments efficaces s'ajoute à l'incitation à la prescription de médicaments efficaces par les établissements de santé créée à l'article L. 162-22-7-4 du code de la sécurité sociale par l'article 66 de la LFSS 2019.

● Le 1^o du X propose ainsi de compléter l'article L. 162-22-7-4 précité pour autoriser le versement d'une dotation financière de l'assurance maladie aux établissements de santé pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), lorsque ces derniers atteignent des résultats relatifs « à l'efficacité des achats de produits de santé pour les dépenses totales de l'assurance maladie ». Ces résultats seront mesurés chaque année et pour chaque établissement par des indicateurs définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

En pratique, d'après l'étude d'impact annexée au projet de loi, chaque unité commune de dispensation (UCD)⁽¹⁾ achetée par les établissements de soins donnera lieu au versement d'un montant forfaitaire si cette UCD est considérée comme « efficace » au sens du coût pour l'assurance maladie et qu'elle entre, à ce titre, dans le périmètre de la mesure.

Cette mesure pourrait dans un premier temps être « circonscrite à certains médicaments biosimilaires », soit parce qu'ils sont particulièrement prescrits en ville, soit parce que leurs médicaments biologiques de référence font l'objet d'une politique particulièrement agressive de prix dans les établissements de santé.

Le coût total de l'incitation financière est en conséquence estimé entre 1 et 5 millions d'euros, ce coût variant en fonction du nombre de médicaments entrant dans le dispositif et de la quantité achetée par les établissements de santé.

(1) Les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) font l'objet d'une codification. Le code UCD correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon...) contrairement aux médicaments remboursables délivrés en officine de ville, qui ont un code CIP (code identifiant de présentation) correspondant à la présentation du médicament (conditionnement).

En contrepartie, l'étude d'impact considère que la mesure permettrait de réaliser des économies liées à la dispensation de médicaments par les officines de ville à hauteur de 4 à 20 millions d'euros.

2. Les aménagements proposés au dispositif d'incitation à la prescription de médicaments efficaces créé par la LFSS 2019

La création de cette incitation financière à l'achat de médicaments par les établissements de santé entraîne pour conséquence la modification de certaines conditions applicables au mécanisme d'incitation financière à la prescription de médicaments efficaces créé par l'article 66 de la LFSS 2019.

En premier lieu, la dotation du FIR due aux établissements de santé atteignant les résultats fixés à cet article est supprimée au profit d'une dotation de l'assurance maladie : d'après les éléments transmis au rapporteur général, ce mode de financement est en effet plus facile à mettre en place et à ajuster que par le FIR.

Ensuite, selon le 2° du X, l'arrêté précité précisant la liste des indicateurs relatifs à la pertinence et à l'efficacité des médicaments définira également, le cas échéant, le mode de recueil des informations nécessaires au calcul desdits indicateurs.

IV. ASSOUPLISSEMENT DES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES DEMANDES D'ACCORD PRÉALABLE

A. DES CONDITIONS RESTRICTIVES DE RECOURS À LA DEMANDE D'ACCORD PRÉALABLE

En application de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, la demande d'accord préalable (DAP) vise à subordonner la prise en charge de certains actes et prestations à une autorisation délivrée par le service du contrôle médical de l'assurance maladie. Cet accord est sollicité pour un certain nombre de prestations médicamenteuses, de transports ou de soins compte tenu :

– soit du caractère innovant de la prestation ou des risques encourus par le bénéficiaire, qui justifient une vérification préalable au regard de l'état de santé du bénéficiaire et des alternatives thérapeutiques possibles. Ce critère est notamment apprécié au regard d'études de pharmacovigilance, des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) ou d'études d'équivalence thérapeutique ;

– soit du caractère particulièrement coûteux de la prestation en cause, qui implique un suivi particulier afin d'en évaluer notamment l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie. Il peut s'agir soit de prestations « *intrinsèquement coûteuses* », soit de prestations « *dont l'utilisation massive ou non conforme aux recommandations engendre un coût global important* » ;

– soit de la nécessité d’apprécier les prestations au regard d’indications déterminées ou de conditions particulières d’ordre médical, telles que les recommandations de la HAS, de l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ou de l’Institut national du cancer (INCa).

Une DAP a été mise en place pour la première fois en 2014 pour plusieurs médicaments de la famille des hypolipémiants : selon le Gouvernement, ce dispositif a eu un impact réel sur le bon usage de ce médicament, tout en permettant de baisser de 10 % les montants remboursés de cette classe de médicaments entre 2014 et 2015 ⁽¹⁾.

● L’article 60 de la LFSS 2018 a étendu à l’État l’initiative de la décision de subordonner le bénéfice de certaines prestations à l’accord préalable de l’assurance maladie, alors que cette prérogative relevait jusqu’alors exclusivement de l’assurance maladie. La demande d’accord préalable peut ainsi être déclenchée :

– à l’initiative de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie (UNCAM) ;

– selon une initiative partagée entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et l’UNCAM ;

– à l’initiative des seuls ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour les inscriptions ou renouvellement de certains produits de santé. Il s’agit en l’espèce :

- des médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursables mentionnée à l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ;
- des médicaments relevant de la liste en sus pour les activités de court et de long séjours (articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du même code) ;
- des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (article L. 165-1 du même code) ;
- des médicaments inscrits sur la liste à l’usage des collectivités (article L. 5123-1 du code de la santé publique) ;
- des médicaments bénéficiant d’une autorisation temporaire d’utilisation [ATU] (article L. 5121-12 du même code) ou relevant du régime « post-ATU » (article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale) ;

(1) [*Annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, fiche relative à l’article 42 sur l’uniformisation et la révision des textes sur les demandes d’accord préalable.*](#)

- ainsi que des médicaments bénéficiant d'une recommandation temporaire d'utilisation [RTU] (article L. 162-17-2-1 du même code).

Le fait de limiter l'initiative des ministres uniquement lors de l'inscription ou du renouvellement d'inscription est toutefois particulièrement restrictif, et ne permet pas de recourir à cette demande d'accord préalable dans toutes les situations qui l'exigeraient.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

● Le 2° du **XI** propose de compléter par un B l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, en vue de renforcer et de faciliter l'initiative des ministres en leur permettant de prendre un arrêté de demande d'accord préalable « *à tout moment* », et non seulement à l'occasion de l'inscription ou du renouvellement d'inscription d'un produit.

Le 1° du **XI** est une disposition de coordination créant un A : les critères nécessaires pour le déclenchement d'une demande d'accord préalable ne sont ainsi pas modifiés.

Cette disposition étend par ailleurs le périmètre des médicaments entrant dans le champ de cette demande d'accord préalable déclenchée par les ministres en charge de la sécurité sociale et de la santé. Outre les médicaments déjà cités, plusieurs nouvelles catégories de produits de santé pourront également faire l'objet d'une demande d'accord préalable. Il s'agit :

– des dispositifs médicaux ou dispositifs médicaux implantables mentionnés respectivement aux articles L. 5211-1 ou L. 5221-1 du code de la santé publique et faisant l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale conditionnée à la réalisation d'une étude clinique ou médico économique en application de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale ;

– des produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 et financés au titre des prestations d'hospitalisation définies à l'article L. 162-22-6, c'est-à-dire les dispositifs médicaux intra-GHS, sous réserve de la validation de leur efficacité clinique, de la définition de spécifications techniques particulières ou de l'appréciation de leur efficacité au regard des alternatives thérapeutiques disponibles (article L. 165-11).

● Enfin, afin d'accélérer le processus de demande d'accord préalable, le 3° ⁽¹⁾ du **XI** complète l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale par un III qui autorise la transmission électronique des éléments de la demande d'accord préalable, et renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de sécuriser les

(1) Le texte déposé contient une erreur de référence : il s'agit bien d'un 3° et non d'un 2°.

conditions de transmission de l'identification de l'émetteur, de son authentification et de sécurisation des échanges.

Dans le même objectif, le 2° permet de déroger « *en tant que de besoin* » aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs. Cette disposition vise à mettre en œuvre rapidement une demande d'accord préalable lorsque cela est nécessaire, afin de raccourcir les délais de procédure et d'éviter des prises en charge non pertinentes.

- Aucune estimation des hypothèses d'économies engendrées par cette mesure n'est avancée. Le rapporteur général n'a pas non plus reçu de réponses à ses sollicitations concernant d'éventuelles économies attendues.

- D'après l'étude d'impact, l'élargissement des possibilités de recours aux demandes d'accord préalable vise notamment à encadrer « *l'arrivée d'un biosimilaire* ». Le rapporteur général sera néanmoins vigilant quant à l'application de cet article : si les demandes d'accord préalable permettent d'encadrer certaines prescriptions, il considère qu'elles doivent continuer d'être utilisées avec parcimonie, lorsque les actes et prescriptions présentent un risque manifeste pour les patients, ou un coût manifestement excessif pour l'assurance maladie.

V. ASSOULPISSEMENT DES CONDITIONS D'OCTROI ET DE PRISE EN CHARGE DES RECOMMANDATIONS TEMPORAIRES D'UTILISATION

Cet article propose ensuite d'assouplir les conditions de recours aux recommandations temporaires d'utilisation, afin d'augmenter la pertinence des prescriptions et le nombre d'alternatives thérapeutiques disponibles pour les patients.

A. LE CADRE JURIDIQUE DES RECOMMANDATIONS TEMPORAIRES D'UTILISATION (RTU)

Pour répondre à un besoin thérapeutique identifié, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) peut encadrer des prescriptions non conformes à une autorisation de mise sur le marché (AMM), afin de sécuriser l'utilisation de ces médicaments.

À cette fin, l'ANSM peut élaborer des recommandations temporaires d'utilisation (RTU), définies à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, pour une durée maximale de trois ans renouvelable. Ces RTU sont établies par l'ANSM pour des médicaments disposant d'ores et déjà d'une autorisation de mise sur le marché, mais qui sont prescrits en dehors du cadre de cette autorisation⁽¹⁾. Le protocole d'utilisation thérapeutique de la RTU propose donc un cadre à l'utilisation hors AMM du médicament en préconisant notamment une

(1) La RTU doit ainsi être distinguée de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), qui est une autorisation d'utilisation du médicament ne disposant pas d'une AMM.

posologie, une durée de traitement et une population cible, assorties d'un suivi des patients organisé par les laboratoires concernés.

● En l'état du droit et du protocole établi par l'ANSM, une RTU ne peut être élaborée par l'ANSM que si les trois conditions suivantes sont remplies :

– il doit exister un besoin thérapeutique non couvert, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse appropriée disposant soit d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), soit d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dans l'indication concernée (article L. 5121-12-1 du code de la santé publique) ;

– le rapport bénéfice/risque du médicament doit être présumé favorable, à partir des données scientifiques disponibles d'efficacité et de sécurité ⁽¹⁾ ;

– enfin, le prescripteur doit juger indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient (article L. 5121-12-1 du code de la santé publique).

Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise notamment les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'AMM ou l'entreprise qui l'exploite. Ce protocole permet à l'ANSM de vérifier que la présomption de rapport bénéfice/risque est fondée, et le cas échéant de la suspendre ou de la retirer sans délai.

● Ces conditions d'encadrement des RTU visent avant tout à assurer la sécurité des patients. Elles peuvent cependant paraître « *trop strictes dans certaines situations* », selon l'étude d'impact, notamment lorsqu'il serait utile de disposer d'alternatives thérapeutiques à un médicament existant grâce au recours à une RTU.

L'assouplissement des règles d'octroi d'une RTU permettrait ainsi « *d'augmenter l'offre thérapeutique disponible, de mieux s'adapter à la situation de chaque patient* », et d'améliorer en conséquence la pertinence des prescriptions.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

● Le **I** modifie l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique afin d'assouplir les conditions d'octroi et de mise en place des RTU.

En premier lieu, le **1°** du **I** facilite le recours à une RTU en permettant :

– d'une part, de supprimer le caractère indispensable du recours à cette spécialité pour le prescripteur : ce dernier pourra ainsi choisir de prescrire un

(1) ANSM, Recommandations temporaires d'utilisation (RTU) : Principes et éléments d'information sur les modalités d'élaboration et de mise en œuvre par l'ANSM, octobre 2012.

médicament ayant reçu une RTU dès lors qu'il juge que cette spécialité « *répond aux besoins du patient* » y compris, donc, si le recours à ladite spécialité n'est pas « *indispensable* » pour améliorer ou stabiliser l'état clinique dudit patient ;

– d'autre part, de permettre le recours à une RTU, y compris s'il existe une alternative ayant reçu une autorisation de mise sur le marché (AMM), pour la même indication, dès lors que la RTU « *ne répondrait pas moins aux besoins du patient* ». Cette disposition vise précisément à assurer une continuité des soins aux patients, en prévenant notamment les conséquences des ruptures d'approvisionnement constatées de manière récurrente ces dernières années pour certains médicaments.

Dans ce second cas, lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une AMM, le 2° du I exonère le prescripteur de l'obligation de motivation de sa prescription dans le dossier médical du patient, afin de faciliter le recours aux RTU. Il en va de même lorsqu'il existe « *suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication* ».

Le 3° du I propose en outre d'assouplir le protocole de suivi des patients en autorisant une dérogation à ce protocole dans les deux situations précédemment évoquées, c'est-à-dire lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une AMM, ou lorsqu'il existe suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication.

Le 4° du I complète enfin l'article L. 5121-12-1 du même code par un V nouveau, qui autorise les ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale à saisir l'ANSM afin qu'elle instruisse la mise en œuvre d'une recommandation temporaire d'utilisation.

- La simplification des conditions d'octroi et de prise en charge des RTU doit permettre à l'assurance maladie de réaliser des économies à hauteur de 50 millions d'euros, selon l'étude d'impact.

Ces économies résultent de l'accroissement du recours aux médicaments pouvant être utilisés dans une même indication qu'un médicament disposant déjà d'une AMM. Si le médicament sans AMM garantit les mêmes conditions d'efficacité que le médicament bénéficiant d'une AMM, à un coût moindre, le fait d'accorder une RTU à ce médicament sans AMM pour l'indication concernée permet de réaliser des économies par rapport à la situation où seul le médicament disposant de l'AMM est remboursé dans l'indication concernée.

Selon les informations transmises au rapporteur général, deux catégories de médicaments seraient particulièrement concernées : les produits impliqués dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), et les indications neurologiques.

VI. MODIFICATION DE LA PÉNALITÉ APPLICABLE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN CAS D'HYPER-PRESCRIPTION

Enfin , cet article propose d'échelonner le régime de pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé qui ne modifient pas durablement leur pratique de prescription excessive, malgré un accompagnement renforcé les y incitant.

A. LA DÉMARCHÉ GRADUÉE MISE EN PLACE POUR INCITER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À DIMINUER LEURS PRESCRIPTIONS EST INEFFICACE DANS UN NOMBRE RÉDUIT DE CAS

Certains professionnels de santé ont l'habitude de prescrire significativement plus d'actes, de produits ou de prestations remboursables par l'assurance maladie, de bons de transport sanitaire ou d'arrêts de travail que la moyenne constatée, pour une même activité, sur un territoire donné.

Le nombre ainsi que la durée des arrêts de travail, en particulier, font l'objet de pratiques de prescriptions très variables d'un praticien à l'autre, ou d'un territoire à l'autre, pour un même motif médical : selon une étude conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF), par exemple, au niveau national, environ 6 500 médecins généralistes se situent à un écart type de + 1 par rapport à la moyenne régionale s'agissant du nombre d'indemnités journalières prescrites. Entre 1 600 et 2 000 praticiens se situent à un écart type de + 2, tandis qu'entre 600 et 900 sont des « hyperprescripteurs », c'est-à-dire qu'ils se situent à des écarts types supérieurs à 2 ⁽¹⁾.

Ces pratiques d'hyper-prescription représentent un coût important pour l'assurance maladie. En 2017, par exemple, 345 millions de journées d'arrêt de travail ont été indemnisées par le régime général, pour un montant de 12,9 milliards d'euros. Or, au cours des cinq dernières années, la progression des prestations en espèces a été en moyenne deux fois plus rapide que celle des prestations en nature, c'est-à-dire les dépenses de soins.

(1) IGAS-IGF, *Revue de dépenses sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières*, juillet 2017.

**ÉVOLUTION DES INDICATEURS ENTRE 2014 ET 2017
POUR LES DIFFÉRENTS MOTIFS D'ARRÊTS DE TRAVAIL**

(en millions d'euros)

Année	2014	2017	Taux de croissance annuel moyen
Maternité-adoption	2 675	2 623	- 1,93 %
AT/MP*	2 566	2 881	+ 12,30 %
Maladie	6 566	7 412	+ 12,89 %
Ensemble	11 806	12 916	+ 9,41 %

(*) Accidents du travail / Maladies professionnelles.

Source : « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance maladie pour 2020, rapport précité.

Le rapport de l'IGAS et de l'IGF a néanmoins souligné la difficulté de faire évoluer les pratiques d'hyper-prescription : « pour les prescripteurs, il est difficile d'inscrire un changement de pratique dans la durée et de l'expliquer aux patients. Les bonnes pratiques de prescription s'acquièrent plus facilement en formation initiale ou lors de la constitution de la patientèle qu'elles ne se corrigent en formation continue. »

La démarche poursuivie par l'assurance maladie pour encourager certains prescripteurs à modifier leurs pratiques s'inscrit dès lors davantage dans une logique d'accompagnement que de sanction. Afin d'inciter ces professionnels à réduire le nombre de prescriptions, l'assurance maladie a ainsi mis en place une démarche d'accompagnement reposant sur trois niveaux ⁽¹⁾ :

- un accompagnement sous forme d'entretiens visant à informer sur leur pratique les praticiens pour lesquels cela semble nécessaire, tout en leur fournissant des outils pour maîtriser leur prescription (fiches repères, arrêts de travail en ligne) : cet accompagnement concerne environ 8 000 médecins en 2019 ;

- un soutien appuyé mis en place par le service médical pour les 5 000 à 11 000 médecins dont les niveaux de prescription sont sensiblement supérieurs à la moyenne constatée pour la même activité ;

- un dernier niveau concerne un nombre très limité de médecins dont la pratique de prescription, très élevée, n'a pas été significativement modifiée malgré les accompagnements précédemment proposés. En cas d'échec de cet accompagnement, ces médecins peuvent faire l'objet soit d'une mise sous objectif (MSO), soit d'une mise sous accord préalable (MSAP). Ces deux mesures concernent environ 450 médecins chaque année, pour des économies de l'ordre de 60 millions d'euros par an selon l'étude d'impact.

(1) Les données chiffrées sont issues de la revue de dépenses sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières précitée ainsi que du rapport précité « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance maladie pour 2020.

Cette démarche en trois étapes s'appliquait initialement aux seuls médecins mais elle a été étendue par l'article 61 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽¹⁾, s'agissant de la MSO et de la MSAP, à trois autres catégories de professionnels de santé : les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes.

La mise sous objectif (MSO) et la mise sous accord préalable (MSAP)

La MSO et la MSAP sont engagées lorsque les différentes actions menées par l'assurance maladie pour accompagner les médecins fortement prescripteurs dans l'amélioration de leur pratique médicale ont échoué.

La MSO, mentionnée au II de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, vise à atteindre un objectif de réduction des prescriptions en cause, dans un délai donné, en accord avec le prescripteur.

En cas de refus, la procédure de MSAP prévue par le I du même article est engagée : elle vise à subordonner à l'accord préalable de l'assurance maladie, pour une durée de six mois, les prescriptions des actes, produits ou prestations inscrits aux nomenclatures, ainsi que les prescriptions de transport sanitaire ou d'arrêt de travail.

Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2020 précise toutefois qu'aucun médecin ne fait l'objet de l'un de ces dispositifs MSO ou MSAP « *sans qu'une phase de dialogue ne soit intervenue préalablement dans l'objectif à la fois d'objectiver les conditions d'exercice du professionnel et d'observer sa capacité à réduire ses prescriptions quand elles dépassent largement celles de ses confrères sans explication évidente* ».

Selon la revue de dépenses sur l'évolution des dépenses d'indemnités journalières publiée en juillet 2017 par l'IGF et l'IGAS, l'effet des procédures de MSO et MSAP sur les pratiques de prescriptions « *est fort dans les trois mois qui suivent la réception du courrier les informant de la procédure et pendant leur période d'application* ».

Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour l'année 2020 confirme en effet que sur les 84 médecins ayant justifié d'une mise sous objectif lors de la campagne 2017, « *les deux tiers ont réduit effectivement leurs prescriptions conformément aux engagements pris* ». Ces procédures permettent de générer d'importantes économies : d'après les informations transmises au rapporteur général, 59,25 millions d'euros d'économies ont été réalisées lors de cette campagne.

Toutefois, à l'issue de cette période, certains prescripteurs « *reviennent rapidement à des niveaux de prescription significativement supérieurs à la moyenne* » selon l'IGAS et l'IGF : en 2017, une vingtaine de médecins ont ainsi été mis sous accord préalable.

(1) [Article 61 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.](#)

Après deux périodes de mise sous accord préalable ou de mise sous objectif, le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale permet d'appliquer une pénalité à ces médecins récidivistes.

Le montant de cette pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, selon un principe proportionnel ou forfaitaire précisé au III du même article. Cette pénalité, qui s'applique en théorie après la constatation de deux récidives, n'est toutefois que très rarement prononcée en pratique.

Ainsi, sur les campagnes de MSO et MSAP conduites sur la période courant de 2009 à 2017, on recense plus de 600 médecins généralistes ⁽¹⁾ ayant été ciblés à plusieurs reprises. Parmi eux, 409 médecins ont été ciblés à deux reprises ; 124 l'ont été à trois reprises et 73 ont été ciblés à quatre reprises. Au total, seules six pénalités financières ont été prononcées sur le fondement du 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, pour un montant cumulé de près de 18 000 euros.

En outre, force est de constater que le montant de la pénalité n'est pas suffisamment dissuasif pour empêcher les récidives : le montant maximum de la pénalité financière encourue équivaut au plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), voire à deux PMSS en cas de récidive.

B. VERS UNE SANCTION PLUS GRADUÉE ET PLUS DISSUASIVE DES HYPER-PRESCRIPTEURS

Pour inciter les professionnels de santé fortement prescripteurs à diminuer durablement leur niveau de prescription moyen, cet article propose en conséquence de modifier le régime de sanction financière applicable en cas d'échec des procédures de mise sous objectif ou de mise sous accord préalable, afin de le rendre plus dissuasif et plus individualisé.

Le 1° du IV modifie ainsi le 6° du II de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale pour préciser :

– d'une part, que la pénalité est applicable en cas de récidive constatée après « *au moins* » deux périodes de MSO ou de MSAP, et non plus deux périodes strictes : cette gradation de la sanction doit permettre à l'assurance maladie d'individualiser au mieux les pénalités, en fonction de la gravité de la récidive ;

– d'autre part, que la pénalité est applicable à l'ensemble des professionnels de santé concernés par la procédure de MSAP, c'est-à-dire non seulement les médecins mais également les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes.

(1) Les campagnes de MSO et MSAP concernent en priorité les médecins dont les prescriptions d'arrêts de travail sont les plus élevées, ce qui concerne donc avant tout les médecins généralistes.

Le 2° du **IV** précise en outre que le montant de la pénalité encourue « *est fixé proportionnellement à l'ampleur de la récidive selon un barème fixé par voie réglementaire* ».

Selon les éléments de réponse transmis au rapporteur général, le nouveau barème de la pénalité fixé par voie réglementaire s'établirait à :

- 1 PMSS après deux périodes de mise sous accord préalable ;
- 2 PMSS après trois périodes ;
- 3 PMSS après quatre périodes.

Le montant issu de la pénalité n'est qu'accessoire par rapport aux potentielles économies réalisées par l'assurance maladie si les professionnels de santé modifient de manière pérenne leurs pratiques de prescription. À ce titre, la mesure contribuera aux économies attendues au titre de la maîtrise médicalisée, évaluées à 735 millions d'euros en 2020.

*

* *

Article 44

Mesures diverses pour le secteur des transports de patients et extension des dérogations prévues à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018

Adopté par la commission avec modifications

L'article 44 propose différentes mesures relatives aux transports sanitaires, permettant :

- de tirer les conséquences de la non-conformité à la Constitution d'une disposition relative à la prise en charge des transports sanitaires ;
- de favoriser le transport partagé ;
- de développer des expérimentations relatives à l'organisation des transports sanitaires dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018 ;
- de prolonger les expérimentations en cours relatives à la garde ambulancière ;
- de préciser le régime des autorisations applicables aux ambulances de secours et de soins d'urgence.

Il permet également d'élargir le champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018 à la biologie médicale, pour des expérimentations :

- permettant le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale ;
- permettant l'extension des lieux et des conditions de prélèvement et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale.

I. MESURES RELATIVES AUX TRANSPORTS SANITAIRES

Les transports sanitaires représentent une dépense de plus de 4,8 milliards d'euros pour l'assurance maladie, dépense qui progresse à un rythme bien supérieur à l'ONDAM. Cette progression devrait s'accroître dans les années à venir, du fait de l'augmentation du poids des maladies chroniques, du développement des prises en charge en ambulatoire et de la réorganisation territoriale de l'offre de soins.

La mise en place par l'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017⁽¹⁾ du transfert au sein du budget des hôpitaux d'une partie de ces dépenses de transports sanitaires, qui sont pour les deux tiers prescrites à l'hôpital, n'est pas allée sans difficulté. Cette réforme complexe a révélé les nombreux défis auquel le secteur du transport sanitaire doit faire face, tant du côté des transporteurs que des établissements eux-mêmes.

Cet article vise donc, dans ce contexte, à proposer de nouveaux horizons à ce secteur.

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

A. MESURES RELATIVES À LA PRISE EN CHARGE

Il s'agit principalement d'encourager le transport partagé de patients, dans l'intérêt tant de l'assurance maladie que des transporteurs.

C'est notamment l'objet du 2° du I, qui modifie l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale afin d'en assurer la conformité à la Constitution et de donner une base légale au transport partagé.

1. Tirer les conséquences de la jurisprudence du Conseil constitutionnel

● L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dispose actuellement que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base, d'une part, du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire et, d'autre part, d'une prescription médicale [...]* ».

Le Conseil constitutionnel, dans une décision du 25 janvier 2019⁽¹⁾, a considéré que cette référence au mode de transport le moins onéreux méconnaissait le principe d'égalité devant la loi, et était donc contraire à la Constitution.

En effet, il résultait de ces dispositions que l'assurance maladie prenait en charge les prestations de transport assis professionnalisé différemment selon la flotte dont disposait l'entreprise. Ainsi, une prestation réalisée en taxi par une entreprise disposant d'une flotte mixte, c'est-à-dire composée à la fois de véhicules sanitaires légers (VSL) et de taxis était remboursée au tarif conventionné applicable aux VSL lorsque le tarif conventionné applicable aux taxis était supérieur, y compris lorsque l'entreprise prouvait que, au moment de la prise en charge du bénéficiaire, aucun des véhicules correspondant à ce mode de transport le moins onéreux n'était disponible. Au contraire, lorsqu'elles étaient réalisées par des entreprises disposant d'une flotte uniquement composée de VSL ou de taxis, ces prestations étaient prises en charge sur la base du tarif conventionné applicable à chacun de ces modes de transport.

● Le présent article modifie donc cet article L. 322-5 afin de préciser que :

– les frais de transport sont pris en charge **sur prescription médicale**. Cette prescription médicale doit comporter **les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit** (article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale) ainsi que **les éléments permettant d'identifier le prescripteur** (article L. 162-5-15) ;

– la prescription précise **le mode de transport le plus adapté à l'état du patient** ;

– dans le respect de cette prescription, ces frais sont pris en charge sur la base du **trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés**.

(1) *Décision n° 2018-757 QPC du 25 janvier 2019, Société Ambulances-taxis du Thoré.*

2. Développer le transport partagé

Aux termes du présent article, la prescription devra également préciser si l'état du malade n'est pas compatible avec un transport partagé, défini par le présent article comme véhiculant ensemble au moins deux patients (et ne pouvant donc pas être partagé avec une course de taxi « classique »).

Aujourd'hui, *a contrario*, le prescripteur doit préciser en remplissant le formulaire dédié si cet état est compatible avec un transport partagé (passage d'un système d'« *opt-in* » à un système d'« *opt-out* »).

L'étude d'impact évalue les gains potentiels du développement du transport partagé à 26 millions d'euros à horizon 2021, avec une hypothèse d'augmentation de 2,5 % de la part des transports partagés dans l'ensemble des transports assis.

Le développement des transports assis partagés : une opportunité pour les transporteurs et pour l'assurance maladie

L'assurance maladie cherche déjà à promouvoir le transport partagé, par le biais des tarifs appliqués aux transporteurs.

La situation est différente selon qu'il s'agit de taxis ou de VSL.

1. Les VSL sont habilités à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Lorsque plusieurs patients sont véhiculés, une facture doit être établie pour chacun d'eux.

Pour favoriser le transport partagé, les transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie ont signé le 26 décembre 2002 un avenant n° 7 à la convention nationale, qui prévoit une option relative aux transports partagés. Si le transporteur a adhéré à cette option, il est alors procédé à un abattement (de 15 % pour deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport, quel que soit le parcours réalisé en commun ; et de 33 % pour trois patients).

2. Pour les taxis, si la situation reste différente, elle s'est récemment rapprochée de celle des VSL. Ainsi, les six fédérations nationales de taxis et l'assurance maladie ont signé un protocole d'accord le 12 novembre 2018 qui change les règles de facturation du transport partagé. Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent désormais décider d'appliquer l'une des deux options suivantes :

- soit le tarif total de la course est divisé par le nombre de patients transportés sans application du taux de remise d'habitude appliqué par l'assurance maladie à la course ;
- soit un abattement modulé selon le nombre de personnes transportées est appliqué au tarif du transport de chaque patient.

Au-delà des tarifs, des actions sont également mises en place par l'assurance maladie auprès des établissements de santé, afin que ceux-ci mettent en place une organisation susceptible de favoriser le transport partagé, à l'image des salons de sortie ou de la commande de transports *via* une plateforme de centralisation de transport et de régulation des véhicules.

Des actions de communication pour favoriser le recours à ce type de transport sont également menées auprès des assurés.

B. MESURES RELATIVES AUX AUTORISATIONS

• Aux termes de l'article L. 6312-4 du code de la santé publique, la mise en service des véhicules de transports sanitaires terrestres est soumise à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé. Ces autorisations sont soumises à un quota départemental.

Cet article n'est actuellement pas applicable aux véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente, c'est-à-dire aux ambulances de secours et de soins d'urgence (ASSU).

Or, selon l'étude d'impact, cet article donne lieu à des pratiques divergentes selon les ARS en ce qui concerne la possibilité de mettre en service des ASSU hors quota départemental. Par ailleurs, la formulation actuelle de cet article peut laisser penser que ces véhicules ne sont soumis à aucun contrôle de l'ARS.

• Le II du présent article modifie cet article L. 6312-4 du code de la santé publique, afin de préciser le régime des autorisations des véhicules exclusivement affectés aux transports sanitaires effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il précise que ces véhicules sont bien exemptés du quota départemental de véhicule autorisés par l'ARS (2°) mais qu'ils sont, en revanche, soumis à une autorisation de mise en service par l'ARS et aux règles relatives au retrait d'agrément (3°).

Le rapporteur général, s'il ne peut qu'être favorable à cette clarification, s'interroge toutefois sur son impact sur les finances sociales.

C. FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DE PROJETS INNOVANTS

Le présent article permet à la fois de créer de nouvelles expérimentations relatives aux transports sanitaires dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 ⁽¹⁾ et de prolonger les expérimentations en cours relatives à la garde ambulancière.

1. Extension de l'article 51 de la LFSS 2018 aux transports sanitaires

Pour mémoire, l'article 51 de la LFSS 2018 – codifié à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale – instaure un cadre général très large pour les expérimentations relatives à l'organisation de notre système de santé, et met en place un mécanisme de sélection, d'appui et d'évaluation pour ces expérimentations.

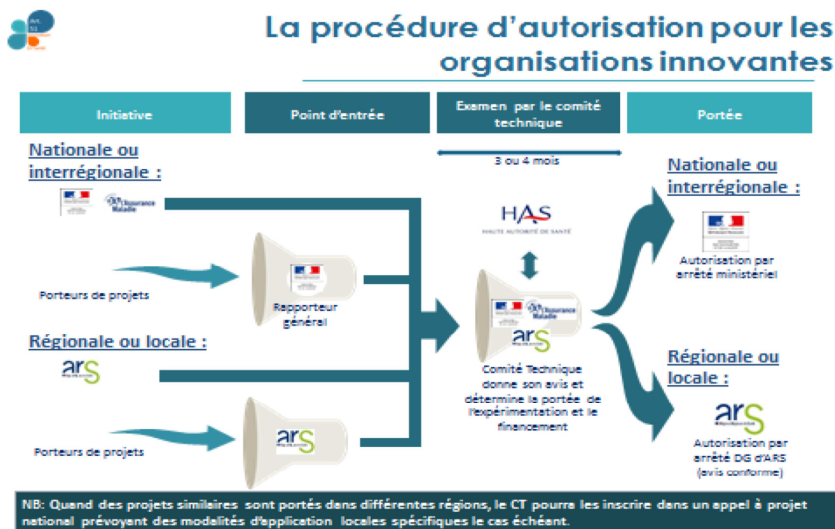
Cet article ne permet pas, aujourd'hui, de réaliser des projets innovants et dérogatoires au droit commun directement lié à l'organisation du transport sanitaire, ces expérimentations ne pouvant que concerner les règles de facturation et de remboursement des transports. Pourtant, des projets d'expérimentations

(1) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

pourraient utilement déroger à certaines règles d'autorisation du transport sanitaire, et notamment à la règle du quota départemental fixé par l'ARS.

Le dernier alinéa du **c du 1° du I** du présent article ouvre cette possibilité. Il permet de déroger, à titre expérimental, aux articles L. 6312-4 et L. 6312-5 du code de la santé publique, relatifs au régime des autorisations et agréments des transports sanitaires.

Ces expérimentations seront soumises à l'avis de la Haute Autorité de santé, avant d'être sélectionnées selon la procédure habituelle prévue par cet article (*cf. schéma infra*).



Source : circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de la LFSS pour 2018, annexe 5.

2. Prolongation de projets expérimentaux en cours

Le **III** permet de prolonger la durée d'expérimentations en cours sur la garde ambulancière.

La garde ambulancière départementale, organisée par l'ARS, doit permettre l'intervention de transports urgents pré-hospitaliers le samedi, le dimanche et la nuit. Chaque département est divisé en secteurs, et l'ARS affecte à chaque secteur, par période de garde, une entreprise qui doit pouvoir faire intervenir une ambulance à la demande du SAMU (service d'aide médicale urgente). L'entreprise de garde perçoit, par période de douze heures, une indemnité. En contrepartie, un abattement est appliqué sur les transports réalisés dans le cadre de la garde. Lorsque le SAMU ne réussit pas à mobiliser l'ambulance de garde, il fait appel au service département d'incendie et de secours (SDIS) : la « carence ambulancière » est alors indemnisée au SDIS par l'hôpital siège du SAMU.

Face aux grandes difficultés d'organisation de cette garde ambulancière, qui pèsent notamment sur les SDIS ⁽¹⁾, l'article 66 de la LFSS 2012 ⁽²⁾ a prévu, par la voie d'un amendement introduit par l'Assemblée nationale ⁽³⁾, la possibilité d'expérimenter de nouvelles règles de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du SAMU, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

S'il s'agit bien ici de transports urgents, ce sentiment d'urgence n'a visiblement pas été partagé par l'administration dans la mise en œuvre de cette disposition, puisque le décret et l'arrêté d'application n'ont été publiés qu'en 2014 ⁽⁴⁾, suivis d'une instruction ministérielle en 2016 ⁽⁵⁾.

Le délai fixé pour la fin de ces expérimentations a donc dû être prolongé une première fois par la LFSS 2017 ⁽⁶⁾, et cette disposition arrivera donc à terme au 31 décembre 2019.

Selon l'étude d'impact annexée au présent article, des expérimentations ont progressivement été déployées dans plusieurs départements : les Bouches-du-Rhône, l'Isère, la Haute-Garonne, la Savoie, l'Allier, la Charente-Maritime et le Var.

Ces expérimentations devaient inspirer la future réforme de l'organisation et du financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers en cours de négociation entre l'assurance maladie et les transporteurs privés : l'avenant n° 9 à la convention nationale signé en mars 2017 prévoyait ainsi que « *des travaux visant à tirer les premiers enseignements de ces expérimentations et à définir un modèle d'organisation et de tarification pérenne* » seraient engagés à compter du 1^{er} mars 2018. Dans l'hypothèse où ces travaux n'aboutiraient pas, les partenaires conventionnels se sont engagés « *à ouvrir avant le 15 mai 2018 une négociation permettant de définir les conditions d'un meilleur équilibre économique de la garde ambulancière* ».

• Dans l'attente de cette réforme, le présent article décale l'extinction de cette disposition au 31 décembre 2020.

Le rapporteur général déplore toutefois le manque d'information du Parlement sur la mise en œuvre de ces expérimentations et leurs effets, qui

(1) Voir notamment le rapport Secours à personne : propositions pour une réforme en souffrance de M. Pierre-Yves Collombat et Mme Catherine Troendlé, fait au nom de la commission des lois du Sénat, déposé le 12 octobre 2016.

(2) Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(3) Amendement introduit en première lecture par MM. Yves Bur et Jean-Pierre Door.

(4) Décret n° 2014-1584 du 23 décembre 2014 relatif aux expérimentations portant sur les modalités d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents prévues à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; arrêté en date du 23 décembre 2014 portant cahier des charges relatif aux expérimentations d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents.

(5) Instruction n° DGOS/R2/DSS/1A/CNAMTS/2015/25 du 29 janvier 2015 relative à l'expérimentation prévue par l'article 66 de la LFSS 2012.

(6) Article 79 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

permettraient de prendre une décision de manière éclairée, puisqu'alors même que l'article 66 de la LFSS 2012 prévoit que six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement, ce rapport n'a malheureusement pas été transmis.

II. EXTENSION DU CHAMP DES EXPÉRIMENTATIONS « ARTICLE 51 » À DES MESURES RELATIVES À LA BIOLOGIE MÉDICALE

Deux mesures permettent d'élargir le champ des expérimentations prévues à l'article 51 de la LFSS 2018 (article. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) à la biologie médicale. Il permet ainsi de réaliser des expérimentations :

– permettant le remboursement d'examens de biologie médicale réalisés à la demande du patient sans prescription médicale, par dérogation aux dispositions prévues à l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale (**b du 1° du I**) ;

– permettant l'extension des lieux et des conditions de prélèvements et de réalisation de la phase analytique des examens de biologie médicale (second alinéa du **c du 1° du I**), par dérogation aux articles L. 6211-13, L. 6211-14 et L. 6211-18 du code de la santé publique relatifs aux lieux de réalisation d'un examen de biologie médicale et de sa phase analytique. L'avis de la Haute Autorité de santé serait alors nécessaire.

Selon l'étude d'impact annexée au projet de loi, il s'agirait principalement de pouvoir expérimenter des projets relatifs au dépistage de certaines pathologies dont l'hépatite C, comme la prise en charge globale proposée par l'équipe mobile hépatite du centre hospitalier de Perpignan.

III. APPLICATION

Le **IV** prévoit que les mesures relatives aux expérimentations (modifications relatives aux expérimentations prévues par l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale et l'article 66 de la LFSS 2012) s'appliquent à Saint-Pierre-et-Miquelon. Ces dispositions ne s'appliquant actuellement pas à Saint-Pierre-et-Miquelon, il s'agit d'une erreur rédactionnelle, et l'intention du Gouvernement est bien de viser les dispositions du 2° du I et du II.

Le **a du 1° du I** effectue la coordination nécessaire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale (article 51 de la LFSS 2019) avec les nouvelles dispositions relatives au financement de la psychiatrie telles qu'issues de l'article 25 du présent projet de loi. Par cohérence avec cet article 25, cette disposition entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

*

* *

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE 1^{ER} Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45 Indemnisation du congé de proche aidant

Adopté par la commission avec modifications

Cet article permet de créer, à compter du 1^{er} octobre 2020 au plus tard, une allocation journalière de proche aidant (AJPA) qui serait versée pour une durée maximale de trois mois au cours de la carrière professionnelle du bénéficiaire. Le montant de cette allocation, qui sera déterminé par décret, pourrait être équivalent à celui de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), qui s'élève à 52 euros nets par jour et à 43 euros nets pour les personnes vivant en couple. Le coût de cette mesure est évalué entre 54 et 89 millions d'euros en année pleine jusqu'en 2023.

I. LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT : UNE RÉPONSE AUJOURD'HUI INSATISFAISANTE AU DÉFI DE LA DÉPENDANCE

A. LE CONGÉ DE PROCHE AIDANT : UNE RÉPONSE AUX BESOINS ACCUS EN MATIÈRE DE DÉPENDANCE

Les proches aidants jouent un rôle de plus en plus important pour la société : ils permettent de maintenir à domicile des personnes dépendantes dont le nombre ne cesse croître avec le vieillissement de la population. Ils seraient entre 8 et 11 millions, dont 3,9 millions de personnes aidant des seniors vivant à leur domicile en raison de leur âge ou d'un problème de santé d'après la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ⁽¹⁾. Toutefois, les estimations sur le sujet demeurent relativement imprécises puisque la dernière étude portant sur le profil des aidants de personnes handicapées et âgées remonte à 2008 ⁽²⁾.

Pour répondre à ce besoin croissant, un congé de proche aidant a été créé par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi dite « ASV »). Il a été étendu aux fonctionnaires par la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique. Le congé de proche aidant, qui a remplacé le congé de soutien familial depuis le 1^{er} janvier 2017, permet de s'occuper d'une personne âgée faisant l'objet d'une perte d'autonomie d'une particulière gravité (GIR 1 à 3) ou d'une personne handicapée

(1) Mathieu Brunel, Julie Latourelle et Malika Zakri (DREES), 2019, « Un senior à domicile sur cinq aidé régulièrement pour les tâches du quotidien », Études et Résultats, n° 1103, DREES.

(2) Enquête Handicap Santé Ménages (2008), DREES.

dont le taux d'incapacité permanente est de 80 % ou plus. Ce congé est accessible sous certaines conditions (*cf.* encadré ci-après).

Le congé de proche aidant constitue l'une des trois déclinaisons du droit à congé au bénéfice des aidants. En effet, deux autres types de congés sociaux spécifiques existent : le congé de solidarité familiale et le congé de présence parentale (*cf.* encadré ci-après). Ces deux congés sont ouverts sous certaines conditions et font l'objet d'une indemnisation (*cf. infra*).

Congés sociaux faisant l'objet d'une indemnisation

Le congé de solidarité familiale (article L. 3142-6 du code du travail)

Il s'adresse à tout salarié, sans condition d'ancienneté, dont un ascendant, un descendant, un frère, une sœur ou une personne partageant son domicile souffre d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital ou est en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable.

Le salarié en congé de solidarité familiale peut percevoir l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Son montant est fixé par décret et le nombre maximal d'allocations journalières est fixé à 21.

Le congé de présence parentale

(articles L. 1225-62 à L. 1225-65 du code du travail)

Il est attribué au salarié ayant à charge un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants.

Les bénéficiaires de ce congé perçoivent une allocation journalière de présence parentale définie à l'article L. 544-1 du code de la sécurité sociale.

B. LE RÉGIME JURIDIQUE DU CONGÉ DE PROCHE AIDANT

1. Les bénéficiaires du congé de proche aidant

La loi « ASV » a élargi la notion de « proche aidant » en mettant fin au critère familial. Depuis 2017, les proches aidants possibles sont :

- la personne avec qui le salarié vit en couple ;
- son ascendant, son descendant, l'enfant dont elle assume la charge (au sens des prestations familiales) ou son collatéral jusqu'au quatrième degré (frère, sœur, tante, oncle, cousin(e) germain(e), neveu, nièce...) ;
- l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré de la personne avec laquelle le salarié vit en couple ;

– une personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente. Le salarié intervient à titre non professionnel pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne.

Le congé de proche aidant est ouvert à tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale d'au moins un an dans l'entreprise. La personne aidée doit résider en France de façon stable et régulière.

2. Un droit opposable à l'employeur

Le congé est pris à l'initiative du salarié qui en informe son employeur en respectant les conditions et délais déterminés par convention ou accord collectif d'entreprise (ou, à défaut, par convention ou accord de branche), s'il existe. À défaut, la demande doit être adressée avec un préavis d'un mois avant la date de départ en congé envisagée. Toutefois, le congé débute sans délai s'il est justifié par une urgence (dégradation soudaine de l'état de santé de la personne aidée par exemple).

L'employeur ne peut pas refuser le congé, sauf si le salarié ne remplit pas les conditions (ancienneté insuffisante, demande de départ en congé dans un délai trop court...). Le salarié peut contester le refus de l'employeur par la saisine du conseil de prud'hommes.

3. La durée du congé de proche aidant

Le congé de proche aidant ne peut pas dépasser une durée maximale, fixée :

– soit par convention ou accord de branche ou, à défaut, par convention ou accord collectif d'entreprise ;

– soit, en l'absence de dispositions conventionnelles, à trois mois.

Toutefois, le congé peut être renouvelé, sans pouvoir dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié.

La demande de congé de proche aidant doit être adressée à l'employeur au minimum 48 heures à l'avance, sauf situation d'urgence, contre deux mois minimum sous le régime du congé de soutien familial (quinze jours à l'avance en cas d'urgence).

4. La situation du salarié pendant le congé

Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé. Toutefois, il peut être employé par la personne aidée lorsque celle-ci perçoit l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH).

Le congé de proche aidant, comme le congé de soutien familial auparavant, n'est pas rémunéré par l'employeur (sauf dispositions conventionnelles ou collectives le prévoyant).

À la différence du congé de soutien familial, le congé de proche aidant peut être fractionné ou transformé en temps partiel. En cas de fractionnement du congé, la durée minimale de chaque période de congé est d'une journée.

Le salarié qui bénéficie du congé de proche aidant a droit à l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF).

S'agissant des salariés aidants qui seraient susceptibles de demander un congé de proche aidant et donc une indemnisation à ce titre, la DREES estime qu'ils seraient 270 000, en tenant compte des bénéficiaires de l'APA à domicile (GIR 1 à 3) et des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

C. UN FAIBLE RECOURS AU CONGÉ DE PROCHE AIDANT QUI S'EXPLIQUE PRINCIPALEMENT PAR L'ABSENCE D'INDEMNISATION

Le taux de recours au congé proche aidant demeure très faible en l'absence d'indemnisation. Il semblerait que le dispositif soit très peu connu du grand public et des employeurs. Pour mieux accompagner les personnes dépendantes, les proches aidants peuvent utiliser des RTT, des jours de congés, des arrêts maladie ou bien passer à temps partiel ⁽¹⁾.

À titre de comparaison, le congé de présence parentale ouvre droit à une allocation journalière de présence parentale (AJPP) dont le montant s'élève à 51,92 euros par jour pour une personne seule et à 43,70 euros par jour pour un couple. Le congé de solidarité familiale ouvre droit à une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie dont le montant s'élève à 56,10 euros par jour (28,05 euros en cas d'activité à temps partiel).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA CRÉATION D'UNE ALLOCATION JOURNALIÈRE DE PROCHE AIDANT (AJPA)

Dans le sillon de deux propositions de loi examinées en 2018 et 2019 ⁽²⁾ et de la concertation « Grand âge et autonomie » (2018-2019) confiée à

(1) D'après une étude de l'institut de prévoyance Malakoff-Médéric, 73 % des personnes interrogées ne sont pas au courant des aides existantes et 21 % préfèrent cacher leur situation à leur employeur de peur d'apparaître moins impliquées dans leur travail. 50 % des personnes interrogées avouent utiliser leurs RTT ou leurs congés annuels pour se dégager du temps libre, 23 % s'arrangent avec leurs collègues, 13 % utilisent un arrêt de travail et un tiers optent pour un temps partiel.

(2) Assemblée nationale, proposition de loi de M. Pierre Dharréville pour une reconnaissance sociale des aidants (n° 589), renvoyée en commission lors de la séance publique du 8 mars 2018 ; Sénat, proposition de loi de Mme Jocelyne Guidez (n° 565, 2017-2018), devenue la loi n° 2019-485 du 22 mai 2019 visant à favoriser la reconnaissance des proches aidants, mais ne comportant pas dans sa version finale une indemnisation du congé de proche aidant.

M. Dominique Libault, le Gouvernement propose d’instaurer une allocation journalière de proche aidant (AJPA).

A. LE CONTENU DU DISPOSITIF

Le 3° du **II** introduit dans le code de la sécurité sociale (CSS) un chapitre VIII *bis* intitulé « Allocation journalière du proche aidant » et comprenant neuf articles numérotés L. 168-8 à L. 168-16, qui détaillent le dispositif relatif à l’allocation journalière du proche aidant (AJPA).

1. Le régime juridique des bénéficiaires de l’AJPA

a. L’AJPA pourra être versée aux bénéficiaires du congé de proche aidant

L’article L. 168-8 prévoit que l’AJPA est versée aux personnes éligibles au congé de proche aidant prévu à l’article L. 3142-16 du code du travail (*cf.* encadré ci-dessus). Les personnes mentionnées à l’article L. 544-8 du code de la sécurité sociale, c’est-à-dire les bénéficiaires de l’allocation journalière de présence parentale, ainsi que les agents publics bénéficiant d’un congé de proche aidant, peuvent également se voir verser l’AJPA.

b. Les bénéficiaires de l’AJPA seront affiliés à l’assurance vieillesse du régime général

Le 5° du **II** complète l’article L. 381-1 du code de la sécurité sociale en précisant que les bénéficiaires de l’AJPA mentionné à l’article L. 168-8 sont affiliés à l’assurance vieillesse du régime général, à l’exclusion des fonctionnaires bénéficiant d’un congé proche aidant pris en compte dans le régime spécial de retraite dont ils relèvent. Le versement de l’AJPA entraînerait ainsi automatiquement le calcul des droits à la retraite.

Les bénéficiaires du congé de proche aidant mentionné à l’article L. 3142-22 du code de la sécurité sociale continueront d’être affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale pour les périodes pour lesquelles ils ne bénéficieront pas de l’AJPA, sous réserve de produire des justificatifs, définis par décret.

2. Le régime juridique de l’AJPA

a. L’AJPA verra son montant précisé par décret et sera assujettie aux prélèvements sociaux

L’article L. 168-9 renvoie au pouvoir réglementaire le soin de fixer le montant de l’AJPA. Celui-ci doit être modulé lorsque l’aidant est une personne isolée ou lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant transforme ce congé en

période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail.

D'après l'étude d'impact, le montant de l'AJPA pourrait être équivalent à l'AJPP qui s'élève à 52 euros nets par jour et à 43 euros nets pour les personnes vivant en couple.

L'article L. 136-8 tel que modifié par le 2° du II prévoit que l'AJPA est assujettie au taux de 6,2 % de la contribution sociale généralisée (CSG), au même titre que d'autres revenus de remplacement comme les allocations de chômage ou les allocations versées pour congés maternité ou paternité. À l'instar des autres indemnités journalières versées par la sécurité sociale, l'AJPA sera également assujettie à un taux de 0,5 % de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ⁽¹⁾.

b. Le versement de l'AJPA sera limité à l'équivalent de trois mois de travail

L'article L. 168-9 prévoit également que la durée de versement de l'AJPA est fixée par décret et qu'elle est modulée lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant transforme ce congé en période d'activité à temps partiel dans les conditions prévues par l'article L. 3142-20 du code du travail. Il revient au pouvoir réglementaire de fixer par ailleurs le nombre maximal d'allocations journalières versées au bénéficiaire au cours d'un mois civil.

L'article L. 168-9 limite la durée de l'AJPA à soixante-six jours sur l'ensemble de la carrière de l'allocataire, soit l'équivalent de trois mois de jours de travail (sur la base de vingt-deux jours travaillés par mois).

Selon l'étude d'impact, cette durée vise à permettre aux aidants de faire face à un besoin régulier et étalé dans le temps ou à un besoin ponctuel important lorsque, par exemple, la situation de la personne aidée se dégrade subitement et qu'il n'est pas possible de trouver une solution pérenne immédiatement (renforcement de l'aide à domicile, entrée en EPHAD). Le Gouvernement souligne que l'objectif de la mesure n'est pas de permettre aux aidants d'interrompre leur activité professionnelle pendant toute la durée de la dépendance, qui s'élève en moyenne à quatre ans pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et à dix-huit ans pour les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés ⁽²⁾.

c. Le versement de l'AJPA fera l'objet de règles de non-cumul

L'article L. 168-10 prévoit un certain nombre de cas de figure qui restreignent le droit à l'AJPA, celle-ci ayant avant tout vocation à compenser

(1) Les montants bruts seront respectivement de 55,82 euros pour les personnes seules et de 46,98 euros pour les personnes vivant en couple.

(2) Source : DREES, citée dans l'étude d'impact du PLFSS 2020.

ponctuellement la diminution de ressources liée à l'arrêt de l'activité professionnelle.

D'une part, l'AJPA n'est pas due lorsque le proche aidant est employé par la personne aidée dans les conditions prévues au deuxième alinéa des articles L. 232-7 ou L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire lorsque le proche aidant est rémunéré par la personne aidée au moyen de son allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile ou de sa prestation de compensation du handicap (PCH).

D'autre part, l'AJPA n'est pas cumulable avec plusieurs indemnisations ou prestations sociales :

- l'indemnisation des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption ;

- l'indemnisation des congés de maladie d'origine professionnelle ou non ou d'accident du travail, sauf dans le cas où cette indemnisation est versée au titre d'une activité exercée à temps partiel (à cause d'une maladie d'origine professionnelle ou non ou d'un accident du travail) ;

- les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

- la prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

- le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant, lorsque la personne accompagnée est un enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;

- l'allocation aux adultes handicapés ;

- l'allocation journalière de présence parentale ;

- l'allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

d. L'AJPA sera financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Le nouvel article L. 168-11, figurant dans le 3° du II, prévoit que l'AJPA est versée et contrôlée par les organismes débiteurs des prestations familiales (les caisses d'allocations familiales ou les caisses de la MSA pour les salariés et non-salariés agricoles), pour le compte de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Celle-ci devra les rembourser en intégrant les frais de gestion engagés par ces organismes. Les modalités du financement de l'AJPA par le budget de la CNSA sont détaillées au 1° du I du présent article.

e. L’AJPA pourra faire l’objet de réclamations en cas d’erreur

Le nouvel article L. 168-12 prévoit que les délais de prescription prévus à l’article L. 553-1, soit deux ans, s’applique aux actions en paiement de l’AJPA par le bénéficiaire et aux actions en recouvrement par l’organisme payeur en cas de versement indu.

L’article L. 168-13 détaille les modalités des actions en recouvrement en cas de versement indu. Par défaut, tout paiement indu au titre de l’AJPA est récupéré sur les allocations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l’allocataire opte pour cette solution, sous réserve des dispositions des quatrième à huitième alinéas de l’article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale qui prévoient, à compter du 1^{er} janvier 2020, un droit de rectification au profit des allocataires⁽¹⁾.

L’article L. 168-14 prévoit que toute réclamation dirigée contre une décision relative à l’AJPA prise par un organisme débiteur des prestations familiales doit faire l’objet d’un recours préalable auprès de la commission de recours amiable avant toute action contentieuse. Les recours contentieux relèvent du contentieux général de la sécurité sociale. Le bénéficiaire de l’AJPA doit être informé des voies de recours.

3. Dispositions diverses : lutte contre la fraude, prélèvement sur l’AJPA de trop-perçus

L’article L. 168-15 prévoit que les dispositions relatives aux contrôles et à la lutte contre la fraude sont applicables à l’AJPA.

L’article L. 168-16 dispose que les modalités d’application du présent dispositif sont déterminées par décret.

Enfin, plusieurs dispositions de cet article 45 visent à autoriser les organismes de sécurité sociale à prélever sur l’AJPA, si cela est nécessaire, des sommes indûment versées au titre :

– du revenu de solidarité active (article L. 262-46 du code de l’action sociale et des familles), selon le 2^o du **I** ;

– des prestations relevant de l’article L. 133-4-1 du code de sécurité sociale, selon le 1^o du **II** ;

– des prestations de vieillesse et d’invalidité (article L. 355-3 du code de la sécurité sociale), selon le 4^o du **II** ;

– des prestations familiales (article L. 553-2 du code de la sécurité sociale), selon le 6^o du **II** ;

(1) L’ordonnance n° 2019-765 du 24 juillet 2019, prise sur le fondement de l’article 37 de la loi du 10 août 2018 pour un État au service d’une société de confiance, consacre un droit de rectification des informations concernant les bénéficiaires des prestations sociales et des minima sociaux en cas de notification d’indus.

– de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (article L. 815-11 du code de la sécurité sociale), selon le 7^o du **II** ;

– de l'allocation aux adultes handicapés (article L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale), selon le 8^o du **II** ;

– de la prime d'activité (article L. 845-3 du code de la sécurité sociale), selon le 9^o du **II**.

B. L'ENTRÉE EN VIGUEUR DU DISPOSITIF

Selon le **IV** de l'article 45 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, la mesure entrera en vigueur le 1^{er} octobre 2020 au plus tard.

Par ailleurs, conformément au **III** de cet article 45, le Gouvernement remettra un rapport au Parlement au plus tard le 1^{er} janvier 2022 relatif à la mise en œuvre de l'AJPA. Ce rapport s'attachera à analyser l'articulation entre les congés de proche aidant, de solidarité familiale et de présence parentale, ainsi que leur indemnisation et, le cas échéant, à avancer notamment des propositions pour en améliorer la cohérence.

C. LE COÛT PRÉVISIONNEL DE LA MESURE

L'étude d'impact estime que près de 270 000 salariés aidants pourraient prétendre à l'indemnisation du congé de proche aidant. Cette estimation de la DREES s'appuie sur les conditions légales d'ouverture du congé : elle prend en compte les bénéficiaires de l'APA à domicile (GIR 1 à 3) ainsi que ceux de l'AAH. Partant de l'hypothèse – par nature fragile – que le taux de recours pourrait osciller entre 15 % et 25 % ⁽¹⁾, elle évalue le coût de cette mesure entre 27 et 45 millions d'euros pour le second semestre 2020 puis entre **54 et 89 millions d'euros par an jusqu'en 2023**. Les coûts pourraient être plus élevés les premières années du fait d'un effet de rattrapage du « stock ». Ils seraient ensuite ramenés entre 21 et 35 millions d'euros par an une fois l'effet de rattrapage du « stock » terminé.

L'allocation étant assujettie aux prélèvements sociaux (CSG et CRDS), elle pourrait rapporter 5 millions d'euros à la sécurité sociale en année pleine. Cette mesure pourrait également avoir pour conséquence de baisser le nombre d'arrêts maladie pris par les salariés aidants et ainsi diminuer leur coût, par nature difficile à évaluer.

*

* *

(1) Selon l'enquête Handicap-Santé-Aidants informels (2008) de la DREES, 14 % des salariés aidants réduisaient ou cessaient leur activité professionnelle pour aider un proche.

Article 46

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides

Adopté par la commission avec modifications

Cet article permet de créer un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides afin de garantir la réparation des dommages subis par l'ensemble des personnes dont la maladie est liée à une exposition professionnelle aux pesticides. Alors que l'indemnisation des victimes est actuellement fondée sur le régime des maladies professionnelles, le nouveau dispositif étend l'indemnisation aux victimes professionnelles non couvertes, comme les non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant la création du régime obligatoire AT-MP en 2002 ou les enfants exposés pendant la période prénatale du fait de l'activité professionnelle de leurs parents. Le fonds assurera par ailleurs une réparation plus équitable des non-salariés agricoles, qui sera pour partie alignée sur celle, plus favorable, des salariés agricoles. La centralisation de l'instruction par le fonds doit permettre de répondre aux difficultés actuelles liées aux délais d'instruction, tout en garantissant une stricte homogénéité des décisions rendues sur l'ensemble du territoire. Les victimes couvertes par le fonds conserveront la possibilité de saisir les juridictions de droit commun pour obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé. Le fonds sera financé principalement par les cotisations AT-MP ainsi que les recettes générées par la revalorisation du taux de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques, qui serait fixé à 0,9 % en 2020 et plafonné à 3,5 % dans la loi.

I. AU REGARD DES EFFETS DES PESTICIDES, LE CADRE D'INDEMNISATION DES VICTIMES APPARAÎT INSATISFAISANT ⁽¹⁾

A. LES PESTICIDES : DES PRODUITS PRÉSENTANT DES RISQUES POUR LA SANTÉ HUMAINE

1. Les pesticides : définition et enjeux

La notion de « pesticide » regroupe l'ensemble des substances qui contrôlent, détruisent ou préviennent les organismes considérés nuisibles. Définie en droit communautaire par la directive n°2009/128/CE ⁽²⁾, elle inclut à la fois :

– les produits phytopharmaceutiques ⁽³⁾, qui sont définis par le droit de l'Union européenne comme des produits destinés à « *protéger les végétaux ou les produits végétaux contre tous les organismes nuisibles ou [à] prévenir l'action de*

(1) Ce commentaire d'article est basé en partie sur les informations contenues dans le rapport n°1597 de M. Dominique Potier, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2019, sur la proposition de loi portant création d'un fonds d'indemnisation des victimes des produits phytopharmaceutiques, ainsi que sur le rapport du Gouvernement remis au Parlement relatif à la création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits phytopharmaceutiques (septembre 2019).

(2) Directive n°2009/128/CE du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable.

(3) L'expression « produits phytosanitaires » est couramment employée dans un sens proche de produit phytopharmaceutique.

ceux-ci »⁽¹⁾. Les produits phytopharmaceutiques ont, contrairement aux biocides, vocation à protéger des végétaux avant tout. Il peut s'agir d'un insecticide, d'un herbicide ou d'un fongicide par exemple ;

– les produits biocides, au sens du règlement communautaire n° 528/2012⁽²⁾, sont destinés à détruire, repousser ou rendre inoffensifs les organismes nuisibles, à en prévenir l'action ou à les combattre de toute autre manière par une action autre qu'une simple action physique ou mécanique. Ils sont nécessaires pour lutter contre les organismes nuisibles pour la santé humaine ou animale et les organismes qui endommagent les matériaux naturels ou manufacturés. Cela peut être un désinfectant, un produit de protection du bois, de matériaux de construction, de la voirie ou encore des produits de lutte contre les nuisibles (insecticides, répulsifs, etc.).

Qu'il s'agisse de produits phytopharmaceutiques ou de biocides, l'utilisation massive des pesticides peut engendrer des risques directs ou indirects pour l'homme, aussi bien pour l'utilisateur que pour la population, ainsi que pour les écosystèmes. Ces produits font l'objet de contrôles avant que soit délivrée l'autorisation de mise sur le marché. L'évaluation des dangers et des risques liés aux substances actives entrant dans la composition des produits phytopharmaceutiques est encadrée et harmonisée au niveau européen par le règlement (CE) n° 1107/2009 du 21 octobre 2009.

2. Les risques sanitaires associés à l'utilisation des pesticides

L'utilisation à grande échelle des pesticides constitue un enjeu majeur de santé publique tant pour les agriculteurs et leurs familles que pour les riverains et la population en général à travers les modes de contamination par l'air, l'eau, le sol et l'alimentation. Depuis plusieurs années, les études scientifiques démontrant le lien, ou du moins une présomption de causalité, entre l'utilisation des pesticides et certaines maladies, se sont multipliées.

Dans le cadre d'une étude relative aux effets sur la santé des produits phytopharmaceutiques, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) a passé en revue en 2013 la littérature scientifique internationale publiée au cours des trente dernières années⁽³⁾. Selon cette étude qui fait référence, l'Inserm a conclu à l'existence de plusieurs niveaux de présomption s'agissant du lien entre l'exposition aux pesticides et différentes pathologies, en particulier certains cancers (hémopathies malignes, cancers de la prostate, tumeurs cérébrales, cancers cutanés), certaines maladies neurologiques (maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, troubles cognitifs) ainsi que certains troubles de la reproduction et du développement.

(1) Règlement n° 1107/2009 du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques.

(2) Règlement n° 528/2012 du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l'utilisation des produits biocides.

(3) Inserm, Expertise collective, Pesticides, effets sur la santé, 2013.

L'étude souligne en outre que la survenue d'autres pathologies telles que les maladies respiratoires, les troubles immunologiques et les pathologies endocriniennes pose également question. Elle insiste sur les expositions aux pesticides au cours de la période prénatale et périnatale, ainsi que pendant la petite enfance, qui semblent être particulièrement à risque pour le développement de l'enfant.

B. UN CADRE DE RÉPARATION INSATISFAISANT

1. Le régime des maladies professionnelles prend en charge un nombre limité de victimes

Les victimes professionnelles de pesticides sont principalement prises en charge dans le cadre de l'assurance AT-MP du régime général et des régimes agricoles. Celle-ci se base sur deux voies alternatives ⁽¹⁾ :

– les tableaux de maladies professionnelles, qui représentent la voie principale avec environ 80 % des reconnaissances, permettent à la victime de ne pas avoir à apporter la preuve du lien de causalité entre son exposition et le développement des pathologies, à condition qu'elle réponde aux critères définis par les tableaux (délai de prise en charge, correspondant à la durée maximum entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie ; durée d'exposition ; types de travaux effectués). Il existe deux listes de tableaux de maladies professionnelles, l'une pour le régime général et l'autre pour les régimes agricoles. S'agissant des pesticides, le régime agricole se distingue par la création de deux tableaux spécifiques : l'un pour la maladie de Parkinson (tableau n° 58 intitulé « maladie de Parkinson provoquée par les pesticides » créé en 2012), l'autre pour le lymphome malin non hodgkinien (LMNH ; tableau n° 59 intitulé « hémopathies malignes provoquées par les pesticides » créé en 2015) ;

– les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) ⁽²⁾, qui représentent environ 20 % des reconnaissances. Ils procèdent à un examen individuel des dossiers dans les cas suivants :

- La maladie figure au tableau mais une ou plusieurs conditions du tableau ne sont pas remplies (alinéa 6 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale) ;
- La maladie n'est pas inscrite dans un tableau mais elle a entraîné le décès de l'assuré ou une incapacité permanente dont le taux est susceptible d'être supérieur ou égal à 25 % (alinéa 7 de l'article L. 461-1).

(1) Article L. 461-1 du code de la sécurité sociale et articles L. 751-7 (salariés agricoles) et L. 752-2 (non-salariés agricoles) du code rural et de la pêche maritime.

(2) Ce comité est composé de trois médecins (un médecin-conseil régional, un médecin inspecteur régional du travail et un professeur des universités-praticien hospitalier ou praticien-hospitalier particulièrement qualifié en matière de pathologie professionnelle).

Dans ce cadre d'indemnisation complémentaire, l'assuré ne bénéficie pas de la présomption d'imputabilité ; il doit apporter la preuve du lien entre sa maladie et son activité professionnelle. Le CRRMP expertise le « lien direct » (alinéa 6) ou « direct et essentiel » (alinéa 7) entre l'exposition au risque et l'activité professionnelle exercée. Son avis est strictement médical et il s'impose à la caisse.

2. Les limites inhérentes au régime de réparation actuel

Les limites du régime AT-MP pour la réparation des victimes des produits phytopharmaceutiques sont de plusieurs ordres.

a. Le champ des personnes pouvant prétendre à une indemnisation

L'accès des victimes à une indemnisation est inégal et dépend des tableaux existants (nature des maladies, délais, durées d'exposition) au sein de chaque régime. Les deux tableaux spécifiques du régime agricole, mentionnés ci-dessus, n'ont pas d'équivalent au régime général.

Le système actuel ne couvre pas l'ensemble des personnes potentiellement exposées, comme les professionnels victimes d'une pathologie n'entrant pas dans les critères des tableaux, les retraités non-salariés agricoles relevant d'un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT-MP obligatoire au 1^{er} avril 2002 ou encore les enfants dont la pathologie est directement liée à l'exposition professionnelle de l'un de leurs parents durant la période prénatale.

De manière générale, l'établissement d'un lien de causalité entre la maladie et l'exposition à des substances nocives est le principal obstacle à la reconnaissance de la victime.

b. Les délais de réparation des victimes

La prise en charge est conditionnée par des délais entre la période d'exposition et le moment où survient la pathologie. Ils sont combinés à des durées d'exposition, qui peuvent apparaître longs pour les victimes. Ces délais sont d'un an pour la maladie de Parkinson et de dix ans pour le LMNH, sous réserve, dans les deux cas, d'une durée d'exposition de dix ans.

S'agissant de l'instruction des demandes, si les délais réglementaires sont de quatre mois lorsqu'elles reposent sur les tableaux de maladies professionnelles et de huit mois en cas de saisine du CRRMP, dans la pratique, ces délais sont difficilement respectés. Les CRRMP font face à une augmentation continue du nombre de dossiers depuis une dizaine d'années (près de 23 000 demandes traitées en 2017) sans que la ressource médicale mise à disposition évolue dans les mêmes proportions.

c. La diffusion des informations

Il semble exister un déficit d'information à plusieurs niveaux. D'une part, les assurés et les médecins traitants ne semblent pas bien connaître les voies d'indemnisation. D'autre part, dans le cadre du système complémentaire aux tableaux AT-MP, la connaissance scientifique ne fait pas l'objet d'une diffusion suffisante au sein et à destination des CRRMP.

3. Un faible nombre de victimes reconnues

Le nombre de victimes reconnues dans le cadre du régime agricole des accidents du travail et des maladies professionnelles apparaît aujourd'hui très limité, ne semble pas représentatif du nombre réel de victimes.

Une mission confiée à l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), à l'Inspection générale des finances (IGF) et au Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux (CGAAER) ⁽¹⁾ a recensé environ 700 malades déclarés à titre professionnel en dix ans (pris en charge ou non). Selon les informations communiquées par le ministère de la santé, sur la période 2007-2016, 678 maladies professionnelles liées aux pesticides ont été reconnues au sein du régime agricole, dont 303 au titre du tableau 58 créé en 2012 (maladie de Parkinson provoquée par les pesticides) et 88 au titre du tableau 59 créé en 2015 (hémopathies malignes provoquées par les pesticides). Ces chiffres apparaissent très modestes au regard du nombre de victimes potentielles.

La mission IGAS-IGF-CGAAER a estimé, avec des difficultés méthodologiques importantes et un nombre réduit de sources, que le risque d'exposition aux produits chimiques de la population agricole pourrait concerner actuellement 100 000 personnes. Le nombre de victimes potentielles pour lesquelles il y a une présomption forte de causalité entre la maladie et l'exposition est évalué à 10 000 personnes, dont deux tiers pour la maladie de Parkinson (tableau n° 58 du régime agricole AT-MP) et un tiers pour les hémopathies malignes (tableau n° 59).

Il apparaît donc nécessaire d'améliorer le dispositif actuel de reconnaissance et de réparation des pathologies liées à une exposition professionnelle aux pesticides.

(1) Laurence Esloüs (IGAS), Pierre Deprost (IGF), Jean-Bernard Castet (IGF) et Xavier Toussaint (CGAAER), La création d'un fonds d'aide aux victimes de produits phytopharmaceutiques, rapport de la mission de l'inspection générale des affaires sociales, de l'inspection générale des finances et du conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, janvier 2018 (<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-M-043-03-DEF.pdf>).

II. UN FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE PESTICIDES POUR UNE MEILLEURE RÉPARATION

A. LA CRÉATION D'UN FONDS D'INDEMNISATION

1. Une réponse fondée sur la responsabilité de l'État et la solidarité nationale

La création de ce fonds se justifie à la fois par la solidarité nationale envers les victimes, qui sont essentiellement des agriculteurs et leurs familles, mais également par la responsabilité de l'État, qui a délivré et maintenu des autorisations de mise sur le marché des pesticides.

L'État et les fonds d'indemnisation

Ce n'est pas la première fois que le législateur est invité à créer un fonds d'indemnisation pour prendre en charge la réparation de victimes à grande échelle. La création du Fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles en 1989 et du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, et l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) pour les victimes de l'hormone de croissance et celles du benfluorex témoignent du rôle joué par ces organismes dans le traitement « curatif » des catastrophes sanitaires dont le nombre ne cesse de croître depuis l'affaire du sang contaminé du début des années 1990.

2. Le résultat de plusieurs années de réflexion

L'idée d'un fonds d'indemnisation des victimes des pesticides a récemment émergé au cours de travaux parlementaires. Cette solution avait été envisagée par MM. Didier Martin et Gérard Menuel, rapporteurs de la mission d'information commune de l'Assemblée nationale sur l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, en avril 2018⁽¹⁾. Elle figurait également dans la proposition de loi déposée par la sénatrice Nicole Bonnefoy et adoptée par le Sénat à l'unanimité le 1^{er} février 2018. Celle-ci avait été adoptée par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2019 mais son examen en séance au cours d'une niche parlementaire n'avait pas été achevé le 31 janvier 2019⁽²⁾.

Parallèlement, le rapport de la mission IGAS-IGF-CGAAER publié en janvier 2018 a approuvé le principe de la création d'un fonds d'aide aux victimes de produits phytopharmaceutiques tout en proposant des pistes pour en déterminer le champ d'application.

(1) *Assemblée nationale, rapport (n° 852) de la mission d'information commune sur l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, 4 avril 2018* (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rap-info/i0852.pdf>).

(2) *Proposition de loi (n° 630) rapportée par M. Dominique Potier et enregistrée à la présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2019.*

3. Une consécration législative

Le 2° du **II** de cet article 46 complète la sous-section 2 de la section 1 du chapitre **III** du titre **II** du livre **VII** du code rural et de la pêche maritime par un nouvel article L. 723-13-3. Il prévoit de créer, au sein de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides. Celui-ci a pour objet la réparation des préjudices définis à l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale.

La création d'un fonds d'indemnisation des victimes de pesticides est une première en Europe. Comme en France actuellement, l'indemnisation des victimes s'effectue dans le cadre des couvertures AT-MP qui reposent toutes sur une réparation forfaitaire des préjudices.

Selon l'article L. 723-13-3, le fonds comprendrait un conseil de gestion et est représenté à l'égard des tiers par le directeur de la CCMSA. La Mutualité sociale agricole (MSA) devrait mettre à disposition du fonds les moyens nécessaires à l'exercice de ses missions. Il est prévu que le fonds soit ouvert à compter du 1^{er} janvier 2020, date d'entrée en vigueur de cet article 46 (**III**).

Le rapporteur général relève que le dispositif législatif ne précise pas les moyens qui seront alloués au fonds, ce qui pourrait rendre difficile sa mise en place. Par ailleurs, il est apparu, au cours des auditions menées dans le cadre de la préparation de l'examen du présent projet de loi, que le fonds ne pourrait être pleinement opérationnel avant mi-2020 compte tenu de la charge de travail que représente la création d'une telle structure.

Le **I** de cet article 46 introduit, au livre 4 du code de la sécurité sociale « Accidents du travail et maladies professionnelles », un titre 9 intitulé « Indemnisation des victimes de pesticides » comprenant sept articles (L. 491-1 à L. 491-7).

Le nouvel article L. 491-1 dresse la liste des personnes pouvant obtenir « une indemnisation en réparation des maladies causées par des pesticides au sens de la directive 2009/128/CE du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 [...] ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché sur le territoire de la République française ». Compte tenu de la définition de la notion de « pesticide » par la directive susmentionnée (cf. première partie de ce commentaire d'article), le public visé par le présent article est constitué à la fois des victimes de produits phytopharmaceutiques et des victimes de biocides, sous réserve des conditions posées par le présent article.

Pourquoi ne pas créer un fonds d'indemnisation de toutes les victimes de pesticides ?

Une autre option aurait consisté à mettre en place un fonds d'indemnisation de toutes les victimes de pesticides calqué sur le dispositif du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), visant la réparation intégrale de toutes les victimes potentielles, professionnelles et environnementales, sur la base d'une présomption d'imputabilité et la consécration d'une reconnaissance préalable de responsabilité. Cette solution figurait dans la proposition de loi adoptée par le Sénat le 1^{er} février 2018 ⁽¹⁾.

Le modèle du FIVA n'est toutefois pas transposable à l'indemnisation des victimes de pesticides. De nombreuses incertitudes scientifiques demeurent quant aux effets sur la santé des expositions environnementales, ne permettant de poser le principe d'une présomption d'imputabilité comparable à celle appliquée aux pathologies symptomatiques d'une exposition à l'amiante. Qui plus est, le cadre légal et réglementaire des produits en cause est différent de celui de l'amiante dont l'usage était interdit au jour de la création du FIVA : la plupart des pesticides sont toujours autorisés, ce qui pose la question d'un traitement différencié par rapport aux pathologies engendrées par d'autres autres produits autorisés, par exemple les poussières de bois, les amines aromatiques ou encore les « produits noirs » (goudron, asphalte, houille...).

(1) *Texte adopté n° 55 (2017-2018), www.senat.fr/leg/tas17-055.html.*

Source : étude d'impact du PLFSS 2020.

B. LE RÉGIME DE L'INDEMNISATION

1. Une indemnisation élargie à de nouveaux bénéficiaires

Alors que l'indemnisation des victimes de pesticides s'inscrit actuellement dans le cadre restreint de la branche AT-MP (cf. première partie de ce commentaire d'article), le nouveau dispositif législatif fait aussi appel à la solidarité nationale pour pouvoir indemniser d'autres personnes qui pourraient être affectées par leur exposition aux pesticides.

Le dispositif vise les personnes issues du milieu agricole car elles sont les plus exposées aux pesticides.

Le 1^o de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale prévoit que sont éligibles à une indemnisation « *au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les accidents du travail et de maladies professionnelles* :

« a) *Les assurés relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles ;*

« b) *Les assurés relevant du régime des non-salariés agricoles ;*

c) Les assurés relevant du régime en vigueur dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. »⁽¹⁾

En outre, le 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale prévoit que sont éligibles à une indemnisation « *au titre de la solidarité nationale* :

« a) *Les assurés non-salariés agricoles mentionnés aux b et c du 1°, pour le complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa [de cet] article [cf. infra] ;*

« b) *Les anciens exploitants, leurs conjoints et les membres de la famille bénéficiaires d'une pension de retraite agricole prévue aux articles L. 732-18 et L. 732-34 du code rural et de la pêche maritime et qui auraient cessé leur activité non salariée agricole antérieurement au 1^{er} avril 2002 ;*

« c) *Les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides. ».*

2. Une indemnisation fondée sur le caractère professionnel de la maladie

L'article 46 du présent projet de loi prévoit que l'indemnisation est conditionnée, à l'exception du cas des enfants mentionnés au c du 2° de l'article L. 491-1 (voir *supra*), par la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie (alinéa 10 de ce même article).

3. Des modalités d'indemnisation variables

Aux termes de l'alinéa 11 de l'article L. 491-1, les règles prévues par le régime de sécurité sociale dont relèvent les personnes mentionnées au 1° et aux a et b du 2° déterminent la nature, le montant des prestations et des indemnités qui leur sont versées.

Un complément d'indemnisation par rapport aux règles fixées par les dispositions du code rural et de la pêche maritime et du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911 qui leur sont applicables peut-être versé aux personnes mentionnées aux a et b du 2°. En effet, le fonds a vocation à améliorer le niveau d'indemnisation des non-salariés agricoles (exploitants agricoles, conjoints collaborateurs, aides familiaux, retraités...) en leur attribuant un complément d'indemnisation permettant de porter leur réparation à un niveau aligné sur celui

(1) Le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle constitue l'un des héritages du rattachement de ces territoires à l'Empire allemand de 1871 à 1918. Il a été maintenu en vigueur après la création du régime général de sécurité sociale en 1946 afin de préserver le niveau de couverture des assurés. Au 1^{er} janvier 2019, la population couverte par le régime local d'Alsace-Moselle représentait près de 2,2 millions de bénéficiaires dont près de 1,6 millions assurés (73 %) et 580 000 ayants droit. Ce régime verse à ses bénéficiaires un complément de remboursement, en plus de ce que le régime de base de la sécurité sociale prend en charge. En contrepartie, les assurés cotisent davantage sur leurs salaires, avantages de retraites et autres revenus de remplacement, à hauteur de 1,5% depuis le 1^{er} janvier 2012.

des salariés. Il reviendra au fonds de déterminer son montant selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État.

Les enfants mentionnés au c du 2° peuvent prétendre à une indemnité destinée à réparer leurs dommages corporels dans des conditions définies par décret en Conseil d'État (alinéa 12 de l'article L. 491-1). Le nouvel article L. 491-7 pose toutefois un délai de prescription de dix ans à compter de la consolidation du dommage ⁽¹⁾.

Selon les éléments transmis par la direction de la sécurité sociale, s'agissant des enfants, la consolidation du dommage est fixée en principe « *après la fin de la croissance et, d'une manière générale, à l'âge de 18 ans environ. Les pratiques médico-légales sont constantes sur ce point et font consensus. Dans l'hypothèse la plus courante de fixation de la date de consolidation à la majorité de l'enfant, le délai de prescription de 10 ans institué permettra de couvrir toutes les demandes en réparation que l'enfant ou ses ayants droit seront amenés à formuler jusqu'à 28 ans, y compris pour les dommages apparus « dès la naissance. »*

4. Les délais impartis pour demander une indemnisation

Selon l'étude d'impact, « *pour les victimes professionnelles, le délai de saisine du fonds sera le même que celui aujourd'hui prévu pour les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle (soit 2 ans après la première constatation médicale de la maladie)* ». Cette disposition n'apparaît toutefois pas de manière très claire dans le dispositif présenté en première lecture par le Gouvernement. En outre, le IV de l'article 46 du présent projet de loi prévoit un mécanisme de « rattrapage » pour les personnes qui ne rempliraient pas les conditions mentionnées ci-dessus : les victimes pourront, à titre dérogatoire, saisir le fonds jusqu'au 31 décembre 2021. Ainsi, « *de manière transitoire, la saisine du fonds sera possible dans les 2 ans suivant sa création si le certificat médical initial établissant le lien possible entre la pathologie et l'exposition professionnelle a été délivré dans les 10 années précédentes (ce délai de 10 ans ne sera toutefois pas opposable aux non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant 2002 pour garantir l'accès à leurs droits)* ».

S'agissant des enfants, « *l'application des règles de droit commun en matière de responsabilité médicale permettra de demander une indemnisation auprès du fonds dans les 10 ans suivant la consolidation de leur dommage. La saisine du fonds sera également possible, de manière transitoire et même si le délai de 10 ans a expiré, dans les 2 ans suivant sa création* ».

(1) La notion de « consolidation du dommage » est un concept médico-légal fondamental en matière de réparation du dommage corporel. Elle est définie par la nomenclature Dintilhac. Elle matérialise la distinction entre les dommages provisoires, pour lesquels la victime ne recevra que des provisions correspondant à des avances à valoir sur l'indemnisation définitive, et les dommages permanents pour lesquels l'indemnisation définitive pourra être fixée. C'est le moment à compter duquel on considère l'état de santé comme stabilisé et n'ayant plus vocation à évoluer. Cette date de consolidation est fixée par le corps médical ou par les experts judiciaires éventuellement saisi en cas de contentieux.

C. L'INSTRUCTION DES DEMANDES PAR LE FONDS D'INDEMNISATION

1. Une instruction centralisée des demandes de réparation

L'article L. 491-2 précise la procédure régissant l'instruction des demandes d'indemnisation. Le fonds fera office de « caisse pivot », assurant de manière centralisée, au lieu des organismes de sécurité sociale aujourd'hui compétents (100 caisses primaires d'assurance maladie et 35 caisses de MSA), la reconnaissance et l'indemnisation des victimes professionnelles de pathologies liées aux pesticides.

Il est précisé que le fonds centralisera et instruira les demandes de reconnaissance des maladies professionnelles formulées par les personnes visées aux 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1. Il se prononce sur le caractère professionnel de la pathologie du demandeur par rapport aux conditions fixées par les règles du régime de sécurité sociale dont il relève. Il établit si la pathologie est imputable aux pesticides et détermine, le cas échéant, la date de consolidation de l'état de la victime et le taux d'incapacité permanente.

Le fonds instruira ainsi lui-même les demandes dans le cas où elles reposent sur les tableaux de maladies professionnelles, tels qu'actualisés à la suite des travaux des partenaires sociaux de la commission des pathologies professionnelles (CS4) et de la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (COSMAP). Selon l'étude d'impact, il les transmettra, le cas échéant, en cas de non correspondance du dossier de demande aux tableaux de maladies professionnelles, à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) exclusivement dédié aux produits phytopharmaceutiques et internalisé au sein du fonds. Un service médical au sein du fonds sera chargé d'évaluer le taux d'incapacité permanente dont dépend le montant du capital ou de la rente viagère versée à la victime.

Le fonds transmettra sa décision aux caisses d'assurance maladie compétentes afin qu'elles procèdent à la liquidation des prestations et des indemnités d'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (alinéa 3 de l'article L. 491-2), en tenant compte, pour les personnes mentionnées au *a* et au *b* du 2° de l'article L. 491-1, du complément d'indemnisation auquel elles peuvent prétendre.

La réparation sera calculée selon les règles de droit commun de l'assurance AT-MP, les victimes bénéficiant des mêmes prestations, en nature et en espèces, que les victimes d'autres accidents du travail ou maladies professionnelles.

Selon l'étude d'impact, la centralisation de l'instruction, conduite sur la base des règles applicables aux salariés du régime général et des régimes agricoles, doit permettre de mettre un terme aux difficultés actuelles liées aux délais d'instruction, tout en garantissant une stricte homogénéité des décisions

rendues sur l'ensemble du territoire. Elle doit faciliter la mise à disposition des données scientifiques et financières pour assurer le pilotage du fonds.

2. La spécificité de l'instruction des demandes d'indemnisation des enfants exposés pendant la période prénatale du fait de l'exposition professionnelle

Le nouvel article L. 491-3 dispose que le fonds instruit les demandes des enfants mentionnés au c du 2° de l'article L. 491-1. Le demandeur (ou son représentant légal) devra pouvoir démontrer qu'il a été exposé à des pesticides et justifier de son état de santé.

Il est précisé que le fonds procède ou fait procéder à des investigations ou à des expertises sans que le secret professionnel ou le secret des affaires ne puisse lui être opposé en vue d'apprécier si le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est avéré.

Selon l'étude d'impact, la possibilité d'indemnisation sera ouverte pour toutes les pathologies figurant sur une liste fixée par arrêté (et actualisée selon l'état des connaissances scientifiques). L'instruction des demandes sera faite par une commission indépendante spécialement constituée au sein du fonds, composée notamment d'experts médicaux, d'épidémiologistes, de spécialistes en droit de la réparation du dommage corporel et de spécialistes de la prise en charge médico-sociale. Elle sera chargée de rechercher les circonstances exactes de l'exposition et ses conséquences sur l'état de santé de la victime.

S'il est démontré que la pathologie est due à l'exposition au pesticide, le fonds statuera sur l'évaluation des préjudices indemnifiables et les besoins de compensation spécifiques, le cas échéant en orientant la victime vers une prise en charge médico-sociale adaptée. Sur la base du rapport de la commission, le fonds formulera une offre d'indemnisation forfaitaire pour chaque chef de préjudice selon un référentiel indemnitaire fixé au préalable par un conseil de gestion créé au sein du fonds selon l'étude d'impact. Il fixera le montant des indemnités qui lui reviennent : à l'instar du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), le fonds pourra déduire du montant de l'indemnisation l'ensemble des prestations légales dont bénéficie la victime dans le but d'éviter une double indemnisation des postes de préjudices déjà pris en charge par les organismes de sécurité sociale notamment. L'offre d'indemnisation devra être présentée dans un délai fixé par décret en Conseil d'État (alinéa 3 du nouvel article L. 491-3).

Dans le cas où l'état de la victime ne serait pas consolidé, l'offre présentée par le fonds aura un caractère provisionnel. Le fonds devra présenter une offre dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

3. Les moyens d'action du fonds

Le fonds pourra exiger la communication des renseignements relatifs à l'exécution des éventuelles obligations des services de l'État, des collectivités publiques, des organismes assurant la gestion des prestations sociales ou des organismes assureurs susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice (alinéa 2 de l'article L. 491-4).

Les renseignements recueillis ne pourront être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds seront tenues au secret professionnel (alinéa 3 de l'article L. 491-4).

Quant au demandeur, il pourra obtenir « *la communication de son dossier, dans le respect des dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique et sous réserve du secret des affaires* » (alinéa 4 de l'article L. 491-4).

4. Le droit au recours des demandeurs

Aux termes du nouvel article L. 491-5, les règles de droit commun du contentieux prévues par le régime de sécurité sociale dont relève la victime sont applicables aux demandes formulées par les personnes visées aux 1° et aux *a* et *b* du 2° de l'article L. 491-1, sous réserve des adaptations fixées par décret en Conseil d'État.

S'agissant des demandes relatives aux enfants visés au *c* du 2° de l'article L. 491-1, le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au troisième alinéa de l'article L. 491-3 ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite. Son action devra être intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

D. LES DEMANDES COMPLÉMENTAIRES DE RÉPARATION DEVANT LES JURIDICTIONS DE DROIT COMMUN

Les victimes couvertes par le fonds conserveront la possibilité de saisir les juridictions de droit commun pour obtenir une réparation complémentaire intégrale auprès du responsable présumé dès lors qu'une faute est reconnue (dernier alinéa du nouvel article L. 491-1). En tout état de cause, les demandeurs doivent informer le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation de ses préjudices (alinéa 1^{er} du nouvel article L. 491-4). Si une action en justice est intentée, les demandeurs doivent informer le juge ou la commission de la saisine du fonds.

Le fonds aura la possibilité d'intervenir au soutien des demandes de la victime devant les juridictions civiles ou devant les juridictions de jugement en matière répressive (alinéa 2 du nouvel article L. 491-6).

En outre, à l'issue d'une procédure contentieuse, le fonds pourra, en sa qualité de créancier subrogé, récupérer, à due concurrence des sommes qu'il aura versées à la victime, les indemnisations dues à celle-ci par la personne reconnue responsable du dommage (alinéa 1 du nouvel article L. 491-6).

Conformément au dernier alinéa de l'article L. 491-6, le juge civil ne sera pas tenu de surseoir à statuer si des poursuites pénales sont parallèlement engagées.

III. LES IMPLICATIONS FINANCIÈRES DU DISPOSITIF

A. LA TAXE SUR LES VENTES DE PRODUITS PHYTOPHARMACEUTIQUES

1. La revalorisation de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques à hauteur de 0,9 % en 2020

L'article 46 du présent projet de loi prévoit d'augmenter le taux de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques afin de financer le fonds d'indemnisation.

Conformément au **a** du 1° du **II**, le IV de l'article L. 253-8-2 du code rural et de la pêche maritime plafonnera désormais à 3,5 % le taux de cette taxe (au lieu de 0,3 % aujourd'hui) compte tenu des dépenses prévisionnelles à échéance 2030.

Les taux applicables pour chacune des années seront précisés par arrêté et calibrés de manière à couvrir les dépenses prévisionnelles du fonds tout en garantissant un niveau de recette stable à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) (*cf. infra*). En 2019, le taux de la taxe serait fixé à 0,9 % au lieu de 0,2 % aujourd'hui. À noter qu'un taux dérogatoire pour certains produits de biocontrôle pourra être fixé, comme c'est le cas à l'heure actuelle. Seul le rendement supplémentaire de la taxe par rapport à son rendement 2019 sera affecté au fonds d'indemnisation. Les dépenses du fonds sont donc équilibrées par des recettes nouvelles et l'impact de cette mesure est globalement neutre sur les finances sociales.

2. L'affectation du produit de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques

Le **b** du 1° du **II** réécrit le VI de l'article 253-8-2, en précisant que le produit de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques est affecté :

– à l'ANSES à hauteur du plafond fixé au I de l'article 46 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012, pour financer la mise en place du dispositif de phytopharmacovigilance et pour améliorer la prise en compte des préjudices en lien direct avec l'utilisation des produits

phytopharmaceutiques. Le plafond, qui s'élève à 6,3 millions d'euros actuellement, serait ramené à 4,2 millions d'euros par an selon l'article 27 du projet de loi de finances pour 2020. Ce nouveau montant correspond au rendement de la taxe en 2019. Le montant affecté à l'ANSES serait ainsi préservé ;

– au fonds d'indemnisation des victimes des pesticides aux fins de la prise en charge par celui-ci des réparations versées aux personnes mentionnées au 2° de l'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale ainsi que du complément d'indemnisation mentionné au onzième alinéa de ce même article, pour sa part restante. Le fonds percevrait le solde du produit de la taxe après affectation des 4,2 millions d'euros à l'ANSES.

B. LES RECETTES ET LES DÉPENSES DU FONDS

1. Des recettes assises principalement sur les cotisations AT-MP et la taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques

Conformément au 2° du II du présent article 46, le deuxième alinéa de l'article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime dresse la liste des recettes du fonds d'indemnisation :

– la part du produit de la taxe sur les ventes de produits phytopharmaceutiques qui lui revient ;

– une contribution de chacune des branches AT-MP du régime général de la sécurité sociale, du régime d'assurance obligatoire des non-salariés agricoles et du régime d'assurance-accidents du code local des assurances sociales du 19 juillet 1911, destinée à couvrir les dépenses du fonds engagées au titre des assurés relevant de chacun de ces régimes ;

– les sommes perçues, en sa qualité de créancier subrogé, conformément aux dispositions de l'article L. 491-6 du code de la sécurité sociale, lorsque le demandeur d'une indemnisation obtient réparation devant les juridictions de droit commun ;

– les produits divers, dons et legs dont le fonds peut bénéficier.

2. Des dépenses encore difficiles à évaluer avec précision

Conformément au 2° du II du présent article 46, les dépenses du fonds sont constituées des indemnités versées aux victimes de pesticides et de ses frais de gestion et de fonctionnement (article L. 723-13-3 du code rural et de la pêche maritime).

Les dépenses du fonds devraient progresser chaque année. En effet, d'après l'étude d'impact, le coût de la mesure devrait passer de 13,8 millions d'euros en 2020 à 53 millions d'euros en 2022 au minimum (*cf. infra*), en tenant compte de

l'extension de la réparation aux personnes aujourd'hui non couvertes par les régimes agricoles (retraités, conjoints) et du complément de réparation versé aux non-salariés agricoles.

(en millions d'euros)

	2020	2021	2022
Couverture des retraités non-salariés agricoles	10,9	31,5	42
Complément d'indemnisation des non-salariés agricoles	2,9	8,5	11
Total	13,8	40	53

Le rapporteur général regrette que le coût du dispositif n'ait pu être évalué avec précision. En effet, l'étude d'impact du projet de loi souligne que ces estimations n'intègrent pas :

– le surcoût potentiel lié à une hausse du taux de recours en lien avec l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles, qui est évalué à 26 millions d'euros en 2020 et 52 millions d'euros en 2021 et 2022. Il relève du droit commun des régimes AT-MP ;

– l'indemnisation des victimes professionnelles du chlordécone, dont le coût demeure très incertain – entre 2 et 27 millions d'euros par an – dans l'attente de la remise des conclusions des travaux de l'ANSES sur le sujet ;

– l'indemnisation des enfants exposés pendant la période prénatale, qui n'a pu faire l'objet d'une évaluation en l'absence de données épidémiologiques.

Les dépenses et les recettes du fonds seront retracées dans les comptes du régime d'assurance obligatoire AT-MP des salariés des professions agricoles mentionné à l'article L. 751-1. Si les recettes enregistrées par le fonds ne lui permettent pas d'assurer la couverture des dépenses correspondantes, l'équilibre financier de celui-ci est assuré par l'attribution à due concurrence d'une part du produit des cotisations mentionnées à l'article L. 751-13.

Un décret en Conseil d'État définira les règles d'organisation et de fonctionnement du fonds ainsi que la composition et les compétences du conseil de gestion mentionné au premier alinéa de l'article L. 723-13-3.

*

* *

Article 47

Élargissement des missions du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés au secteur médico-social pour la modernisation des structures de réadaptation des accidentés de la route

Adopté par la commission sans modification

Cet article permet au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) de participer au financement des opérations d'investissement non seulement des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation, mais aussi des établissements et services médico-sociaux accueillant des accidentés de la route. Cette participation financière serait assurée grâce à une partie du surcroît de recettes résultant de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes.

I. LA PARTICIPATION DU FMESPP À UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTÉS DE LA ROUTE

1. Une démarche qui s'inscrit dans une stratégie nationale

Le Comité interministériel de la sécurité routière (CISR) du 9 janvier 2018 a prévu la mise en place d'un accompagnement national à la modernisation des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation (SSR) et des établissements et services médico-sociaux destiné à la prise en charge des accidentés de la route. En 2016, 75 000 personnes ont été blessées dans un accident de la route, dont 30 000 ont été hospitalisées.

Dans le cadre de cette stratégie nationale, le Gouvernement a annoncé que le surplus de recettes résultant de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes à compter du 1^{er} juillet 2018 doit permettre de mieux accompagner les accidentés de la route.

2. Le soutien du FMESPP aux structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation accueillant des accidentés de la route

Créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FMESPP, dépourvu de personnalité juridique et géré en pratique par la Caisse des dépôts et consignations, finance notamment « *des dépenses d'investissement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements, de réorganisation de l'offre de soins ou de création de groupements hospitaliers de territoire* » (III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2001). Ses ressources, fixées chaque année en loi de financement, proviennent presque entièrement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, fixée à 647 millions d'euros pour l'année 2019

(article 79 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019).

Depuis le 1^{er} janvier 2019, le FMESPP peut participer au financement des opérations d'investissement les plus importantes (modernisation des locaux, acquisition des équipements nécessaires à la rééducation ou à la réinsertion des patients...) des structures sanitaires de soins de suite et de réadaptation (SSR). En effet, l'article 89 de la loi de finances initiale (LFI) pour 2019, qui modifie le II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006, dispose que le surcroît de recettes résultant de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse sur certaines routes depuis le 1^{er} juillet 2018, qui est estimé à 26 millions d'euros pour 2018, est affecté aux ressources 2019 du FMESPP ⁽¹⁾.

Il convient de noter que les structures sanitaires de SSR financent elles-mêmes, par autofinancement ou par recours à l'emprunt, une part très importante de leurs investissements. Le FMESPP intervient sur des opérations dont la taille et la nature d'activité peuvent justifier un accompagnement spécifique au niveau national.

3. Un cadre législatif excluant les établissements sociaux et médico-sociaux du champ d'intervention du FMESPP

En 2019, seuls les établissements de santé publics ou privés, lucratifs ou non lucratifs, ayant une activité de soins de suite et de réadaptation, peuvent recevoir un financement de la part du FMESPP. Ces établissements ont pour mission de prévenir ou de réduire au minimum les conséquences fonctionnelles (physiques, psychologiques, sociales ou économiques) des déficiences et incapacités liées aux accidents.

Les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), qui interviennent également dans la prise en charge des accidentés de la route, ne peuvent être destinataires de ces financements. Or, ceux-ci sont amenés à accompagner des accidentés de la route. Si certains accueillent principalement des personnes cérébro-lésées (unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle – UEROS) ou accompagnent un nombre important d'accidentés de la route pour les aider à construire leur nouveau projet de vie (centres de réadaptation professionnelle – CRP), d'autres structures médico-sociales peuvent aussi accueillir sur le long terme des personnes handicapées à la suite d'un accident de la route n'ayant pas repris une autonomie suffisante pour vivre en milieu ordinaire (foyers d'accueil médicalisés – FAM – ou maisons d'accueil spécialisées – MAS).

(1) *Le II de l'article 49 de la LFSS pour 2006 tel que modifié par l'article 89 de la LFI pour 2019 prévoit par ailleurs que « le produit des amendes forfaitaires perçues par la voie de systèmes automatiques de contrôle et sanction est affecté au compte d'affectation spéciale "Contrôle de la circulation et du stationnement routiers" dans la limite de 509,95 millions d'euros ». Le solde de ce produit est affecté successivement au FMESPP à hauteur de 26 millions d'euros, puis à l'Agence de financement des infrastructures de transport de France (AFITF).*

Afin d'améliorer la qualité et l'efficacité des prises en charge des accidentés de la route par ces structures médico-sociales, il est envisagé d'élargir le périmètre d'intervention du FMESPP.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : L'ÉLARGISSEMENT DES MISSIONS DU FMESPP AU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

1. Contenu

L'article 47 rétablit, après le III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, un III *bis* permettant au FMESPP de financer les dépenses d'investissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Ainsi, ces établissements accompagnant les accidentés de la route pourront bénéficier, au même titre que les établissements de soins de suite et de réadaptation, de l'appui financier du FMESPP pour des opérations d'investissement sous forme de subventions ou d'avances remboursables dans la limite des crédits affectés au fonds, soit 26 millions d'euros, conformément au II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006.

2. Entrée en vigueur

L'élargissement des missions du FMESPP au secteur médico-social entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

3. Coût prévisionnel

L'adoption de cette mesure serait globalement neutre pour les finances publiques puisqu'elle vise à répartir le surcroît de recettes résultant des amendes liées à la baisse de la vitesse sur les routes entre les structures sanitaires de SSR et les établissements et services médico-sociaux à due concurrence de leurs dépenses d'assurance maladie.

*

* *

CHAPITRE II

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48

Création du service public de versement des pensions alimentaires

Adopté par la commission sans modification

L'article 48 institue un nouveau service public de versement des pensions alimentaires, qui prolonge les mesures votées dans les précédentes lois de financement de la sécurité sociale en faveur d'une garantie du versement des pensions alimentaires impayées.

À ce titre, il instaure un dispositif d'intermédiation financière auquel les parents peuvent avoir volontairement recours après leur séparation. Le parent débiteur versera à l'organisme débiteur des prestations familiales le montant de la pension alimentaire, reversée ensuite au parent créancier. Tout manquement du parent débiteur à ses obligations pourra faire l'objet de sanctions et entraînera, dès le premier impayé, le recouvrement forcé de la pension. Le cas échéant, l'organisme versera au parent créancier une allocation de soutien familial, à hauteur du montant de la pension alimentaire impayée.

La mise en place de cette intermédiation pourra toujours être décidée d'office par un juge pour des faits de violence ou de menaces mais aussi par décision du juge à la demande de l'un des deux parents.

Ce dispositif pourra s'appliquer uniquement aux nouvelles séparations lors de sa mise en place au 1^{er} juin 2020, puis à tous les parents séparés qui en font la demande à compter du 1^{er} janvier 2021.

L'article 48 autorise par conséquent l'extension des pouvoirs d'information et de saisine de l'organisme assurant l'intermédiation financière. En particulier, le recouvrement forcé des pensions alimentaires pourra se faire sur un ensemble de prestations sociales et familiales (prime d'activité, allocation aux adultes handicapés, aide personnalisée au logement, prestations familiales).

L'article prévoit par ailleurs la possibilité de fixer le montant de la pension alimentaire ainsi que ses modalités de versement par le biais de nouveaux titres, afin d'en faciliter la mise en place et d'adapter les modalités de fixation des pensions alimentaires aux nouvelles formes juridiques d'établissement des séparations.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. UN PROBLÈME RÉCURRENT D'IMPAYÉS DES PENSIONS ALIMENTAIRES

L'enjeu du bon paiement des pensions alimentaires s'inscrit dans une réflexion plus large autour de la nécessité pour les parents de pourvoir à l'éducation et au bon développement de leurs enfants, y compris dans le cas d'une

séparation. Cette obligation, inscrite à l'article 371-2 du code civil ⁽¹⁾, se traduit au moment de la séparation par le paiement d'une pension familiale, qui doit permettre à la fois de répartir équitablement la charge qui incombe au parent qui a la garde de l'enfant, mais aussi d'amoindrir la perte de niveau de vie à la suite d'une séparation, qui est de l'ordre de 22 %, en moyenne, selon l'INSEE pour les femmes ⁽²⁾.

- Les pensions alimentaires peuvent faire l'objet de plusieurs modalités de fixation au moment de la séparation, mais dans la grande majorité des cas – 68 % – le juge aux affaires familiales établit le montant de la contribution à l'éducation et à l'entretien de l'enfant (CEEE).

- Le fléau des pensions alimentaires impayées n'est pas renseigné de manière exhaustive aujourd'hui. Une mission menée conjointement par les inspections générales des affaires sociales (IGAS), des finances (IGF) et des services judiciaires (IGSJ) en 2016 ⁽³⁾ estimait toutefois que le nombre de victimes d'impayés pouvait être estimé à 35 % des créanciers d'aliments, soit environ 315 000 personnes ⁽⁴⁾. Pour ce qui est des pensions elles-mêmes, 53 % d'entre elles sont versées à des parents isolés, contre 47 % pour les parents remis en couple. Mais, surtout, selon les données du ministère de la justice, la pension alimentaire est versée de façon irrégulière dans 9 % des cas, quand elle n'a jamais été versée dans 11 % des cas.

La nécessité d'agir en faveur d'un recouvrement rapide des pensions impayées tient également de la modification rapide de la structure des familles françaises. En effet, selon l'INSEE, alors que moins d'une famille sur dix était une famille monoparentale comptant au moins un enfant de moins de 25 ans en 1975, cette proportion s'est élevée à 23 % en 2014. Ce sont donc 2,5 millions de familles qui, dans 80 % des cas, sont composées d'une mère élevant seule son ou ses enfants.

- Or, le taux de pauvreté, même après redistribution affecte particulièrement les familles monoparentales. Il est de 20 %, quand il oscille entre 6 et 7 % pour les mères vivant en couple ⁽⁵⁾. La question de la pension alimentaire devient donc d'autant plus cruciale qu'elle est souvent l'une principales ressources du foyer. Elle représente en moyenne 18 % des revenus du parent qui a la charge des enfants ⁽⁶⁾.

(1) « Chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant ».

(2) C. Bonnet, B. Garbinti, A. Solaz, Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs, *Insee Références Couples et Familles Édition 2015*.

(3) IGAS, IGF, IGSJ, *Rapport sur la création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires, septembre 2016*.

(4) Nous entendons par créancier d'aliments le parent qui doit recevoir le paiement des pensions alimentaires, à l'inverse du parent débiteur. Parent créancier et créancier d'aliments seront utilisés de manière indifférente dans la suite du commentaire.

(5) Pour rappel, le taux de pauvreté moyen en France est de 14 %.

(6) Étude d'impact.

Les parents créanciers qui souffrent d'une situation d'impayé bénéficient néanmoins d'une allocation spécifique : l'allocation de soutien familial (ASF). Initialement prévue lors de sa création en 1970 pour soutenir les parents veufs ou célibataires à pourvoir aux besoins des enfants orphelins ou sans filiation, cette « allocation orphelin » a été transformée en 1984. L'ASF permet aujourd'hui de soutenir les parents après un certain nombre d'événements familiaux (abandon, séparation, décès) ; elle est versée à 750 000 allocataires, pour 1,2 million d'enfants, selon la distribution suivante :

Tableau 1 : Caractéristiques des bénéficiaires de l'ASF au 31 décembre 2015

	Nombre
Nombre de familles	
ASF récupérable	29 309
ASF non récupérable	716 003
ASF récupérable et non récupérable	4 341
Total familles	749 653
Nombre d'enfants	
Orphelins des deux parents	2 420
Sans filiation établie	1 944
Abandonnés (*) par leurs deux parents ou parents hors d'état	5 219
Orphelins d'un des deux parents	188 022
Dont filiation établie par un seul parent	364 376
Abandonnés (*) par un des deux parents (ASF recouvrable)	52 872
Un parent hors d'état ou pas de pension fixée	485 951
Délai de 4 mois suite demande RSA	72 085
Cas mixtes	7 493
Total enfants	1 180 382

(*) Abandonnés au sens financier.

Source : CNAF.

Source : IGAS, IGF, IGSI, Rapport sur la création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires, septembre 2016.

Le versement de l'ASF intervient pour une grande part lorsque le parent est hors d'état de contribuer à l'éducation de l'enfant ou qu'il n'y a eu aucune pension fixée. L'ASF dite non recouvrable, qui n'est versée que lorsque le débiteur paraît dans l'incapacité de faire face au paiement de sa pension alimentaire, représente ainsi 95 % de l'ensemble des allocations versées au titre du soutien familial.

- Les raisons pour lesquelles le parent débiteur pouvait être qualifié comme hors d'état sont exposées dans le tableau ci-dessous.

MOTIFS DE DÉCLARATION « HORS D'ÉTAT » UN PARENT DÉBITEUR EN 2013

Motifs de qualification	%
Débiteur sans adresse connue	7 %
Débiteur réputé insolvable	89,37 %
Bénéficiaire du RSA, y compris en cas de cumul avec la prime d'activité et ressources de nature saisissable inférieures 550 euros	40,3 %
Ressources inférieures à 550 euros	5,28 %
Totalité des ressources insaisissables	0,53 %
Bénéficiaire de l'AAH à taux plein ou en complément d'un avantage de vieillesse ou invalidité et ressources de nature saisissable inférieures à 550 euros	6,27 %
Parent mineur	0,13 %
Incarcéré, sauf régime de semi-liberté	5,55 %
Bénéficiaire de l'allocation de solidarité spécifique ou de l'ATA	8,12 %
Sans domicile fixe sans ressources ou bénéficiaire du RSA/RSO/AAH/ASS/ATA	0,52 %
Enfant recueilli sous le régime de la kafala	0,24 %
Solvabilité impossible à établir en raison de l'absence d'éléments identifiés lors du contrôle sur son domicile ou sur sa situation financière ;	1,11 %
Une décision de justice a suspendu le versement de la pension alimentaire déjà mise à sa charge ou n'a pas fixé le montant de l'obligation d'entretien pour des motifs reposant sur la faiblesse ou l'absence de ses ressources ou l'absence d'éléments concernant sa situation	21,32 %
Situations suivantes sur demande du parent créancier	3,08 %
Débiteur ayant fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent ou l'enfant, de condamnations pour de telles violences ou en cas de violences mentionnées dans une décision de justice	3 %
Débiteur domicilié ou ayant sa résidence habituelle dans le pays d'origine du créancier qui a obtenu la qualité de réfugié sur le territoire.	0,08 %
Total	99,45 %

Source : audit MNC à partir de données CAF sur 104 097 enfants (requête sur les motifs hors d'état, juin 2013)

Ce versement peut également intervenir pour compenser un versement partiel ou irrégulier des pensions alimentaires. Cette ASF différentielle doit permettre au conjoint créancier de toucher un minimum fixé aujourd'hui à 115,30 euros par mois.

B. UNE FORTE CONSOLIDATION DU RECOUVREMENT DES IMPAYÉS ALIMENTAIRES DEPUIS 2017

• Les pouvoirs publics ont agi dans le sens d'un meilleur recouvrement des pensions alimentaires depuis plusieurs années. Ainsi, la garantie des impayés de pensions alimentaires (GIPA) a été expérimentée en 2014, puis généralisée en 2016⁽¹⁾. Celle-ci facilite fortement la procédure de paiement direct. Plus efficace

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

et moins lourde que la procédure impliquant un huissier de justice, le paiement direct permet au créancier d'effectuer le recouvrement des pensions impayées auprès des débiteurs du parent débiteur. Ceux-ci sont généralement son employeur, son organisme bancaire, mais aussi Pôle emploi. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016⁽¹⁾ en son article 44, a assoupli cette procédure, permettant au créancier de la lancer dès la première occurrence d'un impayé et a étendu son champ d'application aux vingt-quatre mois précédant sa première mise en œuvre.

La procédure de recouvrement par paiement direct concerne 62 % des dossiers mis en recouvrement (20 915 procédures). Le paiement direct est une procédure plus efficace que les autres procédures de recouvrement : le taux de recouvrement mensuel moyen en 2018 était de 65,6 %.

● Depuis 2017, par ailleurs, une Agence de recouvrement des impayés de pension alimentaire (ARIPA), rattachée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et en lien avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), soulage les parents créanciers. Son action se décline sous les modalités suivantes :

– le recouvrement des impayés de pension alimentaire et l'avance de l'ASF aux parents isolés ;

– l'intermédiation financière sur décision du juge pour les créancières victimes de violences conjugales dès 2017 ;

– la délivrance de titres exécutoires sur la base d'un barème national aux parents concubins et pacés qui se séparent, depuis juillet 2018.

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

Le régime applicable au parent débiteur faisant l'objet d'une plainte, d'une condamnation ou d'une mention dans une décision de justice à raison de faits de menaces ou de violences

Un régime spécifique s'applique aujourd'hui à l'article 373-2-2 du code civil « lorsque le parent débiteur de la pension alimentaire a fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant ou d'une condamnation pour de telles violences ou en cas de violences mentionnées dans une décision de justice ». Le juge peut désormais prévoir que la pension est versée non plus au parent créancier, mais directement au directeur de la caisse d'allocations familiales (CAF)⁽¹⁾.

Ce régime d'intermédiation financière a été mis en place pour empêcher la relation entre parent créancier et parent débiteur. En ce cas, ce dernier est notifié qu'il doit verser la créance fixée par la décision de justice à la CAF et que, faute de versement, le recouvrement de la créance peut être « poursuivi par tout moyen », ainsi qu'il est disposé à l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale.

Contrairement à ce qu'il était prévu antérieurement à la LFSS 2017, le parent débiteur concerné ici ne peut prétendre à être considéré comme « hors d'état de faire face à son obligation » de verser la pension. Le régime antérieur qui prévoyait cette catégorie permettait certes de faire bénéficier le parent créancier de l'ASF sans relation avec le parent créancier, mais aboutissait à un régime de déresponsabilisation problématique pour le parent débiteur.

● Par ailleurs, la LFSS 2017 a permis d'étendre aux parents remis en couple la procédure de recouvrement sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours préalablement à un huissier.

La mise en place de la GIPA et de l'ARIPA a constitué une amélioration significative du recouvrement, même si l'estimation exacte de cette amélioration est rendue difficile par l'absence de données consolidées exhaustives. Il n'en demeure pas moins que la mission de recouvrement généralisée confiée à la CNAF a permis d'augmenter :

– de 1 point le taux de recouvrement, qui est passé de 61,5 % en 2016 à 62,5 % en 2017⁽²⁾. Cette augmentation tient notamment au recours croissant de la procédure de paiement direct, simplifiée et élargie ;

– la part des familles ayant recours aux procédures de recouvrement parmi celles qui souffrent d'une situation d'impayés. Alors que la mission IGF/IGAS précédemment citée estime qu'il y a environ 315 000 personnes potentiellement concernées par une telle situation, on a compté, en 2017, 26 100 procédures donnant lieu à une démarche de recouvrement effective, après

(1) Le texte renvoie à l'organisme débiteur de prestations familiales. Par convention, le présent commentaire évoque principalement l'action des caisses d'allocations familiales, mais la CCMSA est également débitrice d'allocations familiales.

(2) Programme de qualité et d'efficience « Famille » pour le PLFSS 2019.

finalisation du dossier et définition d'un échéancier, soit une augmentation de 9 % par rapport à 2016 ⁽¹⁾.

● Ces taux laissent toutefois penser que, pour diverses raisons, les personnes créancières n'usent pas encore de l'ensemble des procédures à leur disposition pour recouvrer les pensions dues.

C. UNE ACTION TROP TARDIVE DES ORGANISMES SOCIAUX, SOURCE D'INSÉCURITÉ ÉCONOMIQUE POUR DE NOMBREUSES FAMILLES EN DIFFICULTÉ

● À l'issue du Grand Débat national, le Président de la République a souhaité faire de la lutte contre la pauvreté des familles monoparentales un axe fort de son action : « *On ne peut pas faire reposer sur les mères seules qui élèvent leurs enfants et ce faisant qui construisent la République de demain, l'incivisme de leurs anciens conjoints.* » ⁽²⁾

Aujourd'hui, seules 17 % des familles subissant des incidents ont recours à l'aide au recouvrement proposée par l'ARIPA. L'importance de ce non-recours s'explique par des facteurs classiques : méconnaissance de la procédure, difficultés d'accès administratives, lourdeur de la démarche. Ainsi, l'ARIPA n'avait, en septembre 2019, que 40 500 procédures en cours, soit environ 17 % de l'ensemble des personnes concernées. Les procédures en recouvrement sont par ailleurs souvent tardives, ce qui entraîne un nombre important d'impayés et une plus grande exposition à la pauvreté des parents créanciers, bien souvent des créancières.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

A. PASSER D'UNE LOGIQUE DE RÉCUPÉRATION À UNE LOGIQUE DE PRÉVENTION

1. L'adaptation des modalités de fixation des pensions alimentaires aux nouvelles formes de séparation

● Le présent article permet d'abord d'élargir le champ des actes susceptibles de fixer le montant comme les modalités de versement des pensions alimentaires. À ce titre, le 1^o du I prévoit la possibilité de fixer les modalités et garanties d'une pension alimentaire par cinq biais différents :

– une décision judiciaire. Cette possibilité était déjà prévue par la loi actuelle, mais demeure une procédure souvent lourde pour les parents en voie de séparation ;

(1) *Idem.*

(2) *Conférence de presse du 25 avril 2019.*

– une convention homologuée par le juge aux affaires familiales, qui était là encore une possibilité qui s’offrait déjà aux parents, charge au juge de vérifier avant l’homologation que la convention préserve suffisamment l’intérêt de l’enfant et que le consentement des deux parents a été donné librement ;

– une convention de divorce ou de séparation de corps par consentement mutuel, telles que prévues à l’article 229-1 du même code. Une telle convention, contresignée par les avocats de chacun des parents, est ensuite déposée au rang des minutes d’un notaire. Cette procédure a été introduite par la loi en 2016 ⁽¹⁾ pour permettre aux juridictions de se recentrer sur leurs missions essentielles. Le dispositif proposé tire donc les conséquences de cette nouvelle possibilité offerte aux parents séparés pour ouvrir une nouvelle voie de fixation des pensions alimentaires ;

– un acte reçu en la forme authentique par un notaire. Cette procédure ne requiert ici que la signature de l’officier public que constitue le notaire et présente donc l’avantage de la souplesse et de la rapidité ;

– la convention à laquelle l’organisme débiteur des prestations familiales a donné force exécutoire.

• En conséquence, le même 3° du I modifie l’article 373-2-6 du code civil pour ordonner une astreinte assurant l’interdiction de sortie d’un enfant du territoire français la décision judiciaire ou la convention homologuée par le juge aux affaires familiales, et non simplement à la convention de divorce par consentement mutuel. Par souci de coordination également, le juge peut condamner le parent qui fait délibérément obstacle de façon grave ou renouvelée à la bonne exécution de l’un des titres mentionnés au nouveau I de l’article 373-2-2 à une amende civile de moins de 10 000 euros.

Le III entraîne une coordination comparable à l’article 227-3 du code pénal, le IV aux articles L. 111-3 et L. 161-3 du code des procédures civiles et d’exécution, le V à l’article L. 523-1 du code de la sécurité sociale et le VII à l’article 1^{er} de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.

2. La mise en place d’une intermédiation financière pour le paiement des pensions alimentaires

• La principale innovation proposée par le présent article consiste dans la mise en place d’une intermédiation financière, sous l’égide de l’ARIPA. Cette intermédiation suppose nécessairement qu’au moins une partie de la pension soit versée en numéraire. Si tel est le cas, le I modifie l’article 373-2-2 du code civil et le 4° du V l’article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, de telle sorte qu’une intermédiation financière puisse être confiée aux CAF. Celle-ci ne peut toutefois

(1) Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

s'appliquer que sous certaines conditions liées à l'acte originel et à la situation juridique et financière de chacun des parents. L'intermédiation peut en effet être :

– prévue originellement dans l'un des actes signifiant la séparation des parents, prévus dans le nouveau I de l'article L. 373-2-2 du code civil ;

– décidée par un juge, et ce même d'office lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice qui concerne le parent débiteur ;

– décidée par un juge lorsque l'un des parents en fait la demande ;

– à la demande de l'un des deux parents dès lors qu'ils sont titulaires d'un titre fixant les garanties et les modalités de paiement des pensions alimentaires et que celle-ci soit fixée en tout ou partie à un montant numéraire.

● Elle suppose également que :

– le parent créancier satisfasse aux conditions de stabilité de la résidence et de régularité de séjour prévues à l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale pour le versement des prestations familiales ;

– le parent débiteur remplisse uniquement la condition de stabilité de résidence, prévue au même article L. 512-1 du code de la sécurité sociale ;

– le parent débiteur ne soit pas considéré comme hors d'état de faire face à ses obligations.

Dans ce dernier cas, une décision d'un juge fixant le montant de la pension au motif que le parent créancier a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences à l'égard du parent créancier ou de l'enfant n'emporte pas la fin automatique de l'intermédiation financière mise en place. Une telle disposition évite toute forme de déresponsabilisation financière à raison d'une décision de justice portant sur des faits de violence familiale.

● Si les parents font le choix d'une telle intermédiation, ils doivent respecter un certain nombre d'obligations pour garantir la prévention des impayés. À ce titre, le I de l'article L. 582-1 prévoit que :

– les parents transmettent tout document ou information utiles à la mise en place de l'intermédiation financière, y compris lors de sa mise en œuvre si tout changement de situation peut avoir des conséquences sur le bon fonctionnement du dispositif ;

– en cas de manquement aux obligations de bonne transmission des informations, en raison du refus ou du silence du parent débiteur,

- le directeur de la CAF inflige une pénalité administrative. L'ensemble des conditions applicables à cette pénalité, et notamment les délais de transmission, son montant ainsi que le respect du contradictoire doivent toutefois être précisées par décret ;

- la pension alimentaire est alors recouvrée par les moyens classiques du recouvrement au profit du parent créancier ;

- en application du 2° du **III**, l'absence de notification du changement de domicile à la CAF, le débiteur soit passible de la même peine que s'il ne notifiait pas directement le créancier, à savoir six mois d'emprisonnement et 7 500 euros d'amende ;

- le parent débiteur doit s'assurer de la régularité du paiement des pensions à la CAF, sans quoi celui-ci peut, au titre du VI de l'article L. 582-1, recouvrer la créance dès le premier impayé, par tous les moyens à sa disposition ;

- le parent créancier, quant à lui, est tenu à une certaine diligence dans le remboursement des sommes qui lui auraient été versées à tort par la CAF. Le parent créancier sera informé par l'organisme débiteur, qui lui précisera le montant de l'indu ainsi que le motif. Les modalités de cette information seront définies par décret en conseil d'État.

- Les **III** à **V** du même article prévoient les modalités concrètes de bon fonctionnement de l'intermédiation financière. Le parent débiteur est ainsi tenu au paiement des pensions alimentaires selon les modalités classiques jusqu'à la mise en place de la procédure d'intermédiation, au cours de laquelle la CAF remplace le parent créancier dans la relation financière. C'est au titre de cette substitution que la mise en œuvre de l'intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de la CAF de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire et que la CAF est également subrogé dans les droits du créancier pour ce qui est de la récupération de l'ASF, le cas échéant. L'organisme bancaire qui héberge les fonds du parent débiteur a enfin la responsabilité, dans des conditions qui devront faire l'objet d'un décret, de prévenir l'CAF directement en cas de risque d'impayé lié à la clôture du compte ou à l'insuffisance des réserves financières.

- Le **b** du 1° du **I** prévoit par ailleurs, dans la nouvelle rédaction du II de l'article 373-2-2 du code civil, qu'un décret en Conseil d'État permettra de préciser la liste des éléments nécessaires à la mise en œuvre de l'intermédiation que les greffes, avocats et notaires sont tenus de transmettre aux organismes débiteurs des prestations familiales. Ceux-ci s'ajoutent, le cas échéant, aux extraits exécutoires des décisions judiciaires ou aux copies exécutoires des conventions homologuées par le juge et aux actes reçus en forme authentique par les notaires. La communication de ces éléments devra se faire de façon proportionnée et strictement définie, afin de protéger la vie privée de l'ensemble des membres de la famille potentiellement concernés.

Le même **b** prévoit en outre que le rythme de revalorisation annuelle du montant de la pension, tout comme la fixation des dates de paiement, devront s'inscrire dans un cadre fixé par décret en Conseil d'État, sauf quand le montant et la revalorisation ont fait l'objet d'une disposition dans la convention homologuée prévue au nouveau 2° de l'article 373-2-2 du code civil.

- La procédure d'intermédiation s'interrompt selon des modalités fixées au nouveau VII du même article, qui instaure une distinction entre la cessation et la suspension.

La première intervient :

- en cas de décès de l'un ou l'autre des parents, ou de l'enfant ;

- à la date de fin prévue dans le titre qui prévoit l'intermédiation, ou la substitution de ce titre par un autre qui ne prévoit pas le paiement d'une pension alimentaire par le biais d'une procédure d'intermédiation ;

- sur la demande de l'un des deux parents, sous réserve du consentement du second parent, afin de protéger le parent créancier. Cette modalité ne peut toutefois pas s'appliquer lorsque l'intermédiation a été mise en place à la suite d'une plainte, d'une condamnation pour faits de menaces ou de violences volontaires de la part du parent créancier ou lorsqu'une décision de justice le concernant fait références à des faits similaires.

La seconde est due à la qualification du parent débiteur comme hors d'état de faire face au financement des pensions alimentaires. Cette condition suspensive n'est par ailleurs pas applicable si cette qualification de « hors d'état » vient d'une décision de justice à l'encontre du parent débiteur.

- Les nouveaux VIII et IX du même article apportent des précisions d'organisation pour les CAF.

3. Des moyens supplémentaires pour les organismes débiteurs de prestations familiales

Pour mener à bien leurs missions, ces derniers se voient confier des moyens supplémentaires.

- Ceux-ci sont d'abord juridiques et relèvent de leurs missions de bonne information sur les conditions financières des parents créancier et débiteur. C'est pourquoi le **VI** prévoit une modification du livre des procédures fiscales, en vue :

- d'étendre, au 1° et au 2° du **VI**, la transmission d'informations nominatives et de toute information nécessaire des agents de l'administration fiscale aux CAF concernant les procédures de délivrance des titres exécutoires relatifs aux pensions familiales, ainsi que les procédures d'intermédiation financière ;

- de permettre, au 3° du VI, aux CAF d'obtenir la communication de la part de l'administration fiscale des informations relatives aux comptes bancaires ouverts par les deux parents, afin d'effectuer les opérations de recouvrement et de paiement des pensions alimentaires.

- Les moyens supplémentaires accordés aux CAF seront également humains. La montée en charge progressive, à la fois des missions d'intermédiation financière comme de versement supplémentaire de l'ASF, devrait entraîner un besoin supplémentaire de 354 équivalents temps plein (ETP) en 2020⁽¹⁾. Si les gains de productivité et les efforts de gestion et d'organisation des caisses devraient limiter l'impact budgétaire de ces recrutements, il est estimé que la branche famille porterait ce coût supplémentaire, à hauteur de 26,5 millions d'euros.

La généralisation de l'intermédiation financière aura en outre comme corollaire l'augmentation du taux de recours à l'ASF, dont le Gouvernement estime qu'il devrait atteindre 34 % en 2021 et 44 % en 2022, contre 24 % en 2019. Les droits à l'ASF seront en effet également ouverts, en vertu du 1° du V, après séparation de corps ou la signature d'une convention homologuée par le juge.

Cette augmentation progressive pourrait aboutir, dans le scénario maximal, à une dépense totale, pour l'ensemble de l'ASF, de 122,5 millions d'euros en 2020. L'adaptation du mode de gestion des CAF ainsi que l'augmentation de l'ASF entraîneraient un coût net estimé à 42 millions d'euros en année pleine.

B. RENFORCER LES MOYENS DÉDIÉS À L'ARIPA POUR RECOUVRER LES PENSIONS ALIMENTAIRES

1. L'extension du recouvrement aux allocations dont bénéficie le parent débiteur

- Le présent article propose d'étendre les procédures de recouvrement pour en faciliter l'effectivité, à un ensemble d'allocations, dans la mesure où le parent débiteur en est le bénéficiaire. L'ARIPA aurait plus de moyens pour recouvrer les arriérés de pension, les termes courants et les frais engagés.

- Ainsi, le 7° du V prévoit, par dérogation à la disposition selon laquelle la prime d'activité est incessible et insaisissable, le recouvrement des créances alimentaires impayées ainsi que de celles ayant entraîné le versement au parent créancier de l'ASF.

(1) *Étude d'impact.*

• Le même type d'exception est introduit par :

– le **II**, concernant les aides personnelles au logement inscrites à l'article L. 821-6 du code de la construction et de l'habitation ;

– le **2°** du **V**, concernant les prestations familiales, l'allocation de base et la prestation partagée d'éducation de l'enfant, les allocations familiales, le complément familial, l'allocation de rentrée scolaire et l'allocation de soutien familial inscrites à l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale. Le parent bénéficiaire de prestations familiales peut par ailleurs accepter de plein droit le recouvrement des pensions impayées sur le montant des prestations familiales dont il bénéficie ;

– le **6°** du **V**, concernant l'allocation aux adultes handicapés, inscrite à l'article L. 821-5 du code de la sécurité sociale.

**Les risques d'insolvabilité liés au recouvrement
des créances sur les allocations sociales**

La récupération des créances sur des allocations sociales pourrait laisser craindre de véritables risques d'insolvabilité pour les parents débiteurs, qui peuvent être dans une situation financière ne leur permettant pas de faire face à leurs charges. Le montant de la récupération est toutefois fixé, par voie réglementaire, par un barème qui prend en compte les ressources réelles du parent débiteur. Dans le cadre d'un plan de recouvrement personnalisé (PRP), la prise en compte des ressources ainsi que de la composition familiale et des caractéristiques du logement du parent débiteur devrait permettre d'éviter l'aggravation de la situation financière des personnes déjà insolvable. Le parent débiteur peut être par ailleurs considéré comme « hors d'état ». Cette qualification est effectuée par les services en fonction de critères définis par décret⁽¹⁾. Il s'agit principalement des situations dans lesquelles le débiteur :

- est insolvable ;
- n'a pas d'adresse connue ;
- réside dans un pays que le parent créancier a quitté, puis a obtenu le statut de réfugié en France.

Le parent débiteur peut aussi être considéré comme « hors d'état » quand il fait l'objet d'une plainte déposée à la suite de menaces, de violences volontaires sur le parent ou l'enfant, de condamnations pour de telles violences ou en cas de violences du débiteur mentionnées dans une décision de justice, mais la mise en place des possibilités d'intermédiation financière dans ce cas-là rend cette disposition quasiment obsolète.

(1) Décret n° 2014-1227 du 21 octobre 2014 relatif à l'expérimentation du renforcement des garanties contre les pensions alimentaires impayées.

2. L'amélioration des modalités de recouvrement des pensions

• Le présent article vise également à améliorer les modalités de recouvrement des pensions. En conséquence, le **3°** du **IV** étend la procédure de paiement direct à l'ensemble des titres mentionnés au nouveau **1°** du **I** de

l'article 373-2-2 du code civil, tandis que le 4° du IV modifie la procédure inscrite à l'article L. 213-4 du code des procédures civiles et d'exécution. Cette procédure applicable aux termes échus pendant une durée de vingt-quatre mois, permettra un règlement échelonné sur les vingt-quatre mois suivant le début de la procédure, dans un souci de plus grande souplesse et rapidité. Les conditions de mise en place de cet échelonnement seront précisées par décret en Conseil d'État.

L'amélioration des procédures de recouvrement comprend aussi une plus grande capacité d'action pour les organismes en charge de celles-ci. C'est pourquoi le 3° du IV permet au directeur d'une CAF de transmettre au créancier l'adresse ainsi que le degré de solvabilité d'un débiteur défaillant. La transmission de ces informations est prévue pour aider les créanciers dans leur démarche de recouvrement forcé de la pension lorsqu'ils souhaitent procéder au recouvrement de la pension alimentaire par leurs propres moyens (par exemple directement auprès d'un huissier) ou parce qu'ils ne bénéficient plus de l'aide au recouvrement de la caisse au regard des conditions posées aux articles L. 581-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

• Le 2° du VI dispose par ailleurs que le recouvrement des créances sur les allocations familiales définies à l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale s'exerce en priorité sur celles d'autres créanciers.

C. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR DIFFÉRENCIÉE DANS LE TEMPS COMME DANS L'ESPACE

• Le VIII du présent article distingue les dispositions entrant en vigueur au 1^{er} juin 2020 : l'ensemble des dispositions relatives à la création du nouveau dispositif d'intermédiation financière, prévu au II de l'article L. 373-2-2 du code civil dans sa rédaction issue du I du présent article, ou qui en tirent les conséquences, entrent en vigueur à cette date. Seule la disposition prévue au 2° du I de l'article L. 582-1 du code de la sécurité sociale, telle que rédigée au 4° du V du présent article s'applique au 1^{er} janvier 2021, ne permettant la mise en place automatique du dispositif d'intermédiation financière à la demande d'un seul parent qu'à cette date.

Les sanctions applicables à l'inexécution d'un des titres prévus à l'article 373-2-2 du code civil ne le sont par ailleurs que pour les faits commis après l'entrée en vigueur de la présente loi de financement.

• L'intermédiation financière est donc mise en place en deux temps. À compter du 1^{er} juin 2020, elle sera ouverte pour toutes les nouvelles séparations lorsque l'intermédiation financière sera précisée dans le titre fixant (ou révisant) le montant de la pension suite :

– à la demande de l'un des parents devant un juge ;

– sur accord des parents dans le cadre d’une convention parentale présentée devant le juge pour homologation, d’une convention de divorce par consentement mutuel déposée devant le notaire, d’un accord notarié qui prend la forme d’un acte reçu en la forme authentique par un notaire, d’une convention parentale à laquelle la caisse aura donné force exécutoire ;

– ou à la demande de l’un des parents directement auprès de l’Agence suite à un impayé de pension alimentaire.

À partir du 1^{er} janvier 2021, tous les parentés séparés, y compris lorsque la séparation date d’avant le 1^{er} juin 2020, s’ils en font la demande directement auprès de la caisse, pourront bénéficier de l’intermédiation financière.

• Le **IX** prévoit enfin une application différenciée de certaines dispositions dans les collectivités d’outre-mer.

Ainsi, sont applicables, en vertu des 1^o et 3^o du **IX** à Wallis-et-Futuna, les nouvelles dispositions de l’article 373-2-2 du code civil, à l’exception du II qui prévoit la possibilité de mettre en place le dispositif d’intermédiation financière sur décision du juge ou par accord des parents, ainsi que les dispositions du **IV** relatives à la procédure de paiement direct.

Le 4^o prévoit la pleine application de l’article 1^{er} de la loi n° 75-168 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement des pensions alimentaires, qui permet le recouvrement des pensions alimentaires par les comptables publics à Wallis-et-Futuna, en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie.

Le 2^o procède enfin à une coordination relative aux collectivités d’outre-mer.

*

* *

Article 49

Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants

Adopté par la commission sans modification

L'article 49 instaure une nouvelle obligation à la charge des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et des assistants maternels, afin de donner aux familles une information complète et mise à jour des disponibilités d'accueil, pour les jeunes enfants.

Cette information s'effectuera de manière dématérialisée et sera centralisée par les caisses d'allocations familiales (CAF).

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. UNE ATTENTION PARTICULIÈRE À APPORTER AUX ENFANTS EN BAS ÂGE

L'attention portée aux établissements d'accueil des jeunes enfants croise plusieurs axes forts de la politique de ce Gouvernement : la politique de lutte contre la pauvreté, les actions en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, l'investissement social dès les premiers âges de la vie.

● Au titre du premier axe, l'action de la ministre des solidarités et de la santé a déjà abouti à de nombreuses actions, dans le cadre du plan du Gouvernement de lutte contre la pauvreté⁽¹⁾. Qu'il soit permis au rapporteur général de citer ici la mise en place des petits déjeuners gratuits à l'école, de nouveaux examens de santé à l'école et du dédoublement des classes dans les établissements relevant des réseaux d'éducation prioritaire (REP et REP+). Ces actions traduisent une attention réelle à la pauvreté infantile, qui touche encore un enfant sur cinq en France.

● Ensuite, compte tenu du déséquilibre de la charge de la garde des enfants au sein du couple, le développement des modes d'accueil publics contribue à faciliter la réinsertion professionnelle des femmes. Là encore, le Gouvernement a agi en établissant, dans le cadre de la dernière convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022 signée avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) :

– un objectif de création d'un minimum de 30 000 places supplémentaires dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) ;

– un objectif de formation de 600 000 professionnels ;

(1) *Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, présentée le 13 septembre 2018 par le Président de la République.*

– un outil de diminution du reste à charge des collectivités territoriales grâce à la mise en place d'un bonus territorial de 1 000 euros par place créée dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV).

- Enfin, le 19 septembre dernier, le Président de la République a initié une commission chargée de réfléchir à l'action publique relative aux 1 000 premiers jours de la vie de l'enfant. Cette commission, qui devra contribuer à la lutte « contre les inégalités de destin », pour reprendre les mots du secrétaire d'État chargé de la protection de l'enfance, doit proposer un nouveau parcours d'accompagnement des parents entre le quatrième mois de grossesse et le deuxième anniversaire de l'enfant. Cette commission sera appelée à réfléchir également aux actions en faveur du développement de l'enfant, qu'il s'agisse du financement des centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou de la lutte contre les violences familiales.

B. UN NÉCESSAIRE ASSOULISSEMENT DES CONDITIONS D'ACCUEIL POUR FACILITER LES CHOIX DE VIE DES PARENTS

La disponibilité des modes d'accueil des jeunes enfants permet à la fois une stabilité dans le développement infantile comme pour la vie personnelle et professionnelle des parents.

Or, la possibilité pour les parents de bénéficier de places dans les EAJE ou auprès d'assistants maternels demeure grevée par l'inadéquation entre l'offre et la demande. Ainsi, selon les données fournies dans l'étude d'impact, le taux d'occupation réel des 409 000 places d'EAJE, hors micro-crèches, s'élève à 62,2 % des heures disponibles, représentant une perte théorique de 154 000 places.

De la même manière, 305 000 des 425 400 assistants maternels exerçant en 2016 proposaient un accueil individuel, le Gouvernement estimant qu'il existe une proportion non négligeable d'entre eux qui pourrait accueillir davantage d'enfants.

Ces failles s'expliquent par le décalage entre les nombreux cas de sous-occupation inattendue de crèches et le faible niveau d'information dont peuvent bénéficier les parents sur la disponibilité réelle dans ces établissements d'une semaine sur l'autre. Ainsi, bien que les gestionnaires d'EAJE doivent obligatoirement, s'ils souhaitent bénéficier des aides issues de la branche famille, se référencer sur le site www.mon-enfant.fr, géré par la CNAF – à la différence des assistants maternels pour lesquels ce dispositif s'applique uniquement sur la base du volontariat – les informations données ne peuvent permettre aux parents de disposer d'une vue exhaustive sur les places disponibles au sein des établissements.

- C'est dans cette perspective que le Premier ministre, dans sa déclaration politique générale du 12 juin 2019, a annoncé qu'« *un service unique d'information des familles sera créé en 2020 pour connaître en temps réel, les places de crèches et d'assistantes maternelles disponibles* ».

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE NOUVELLE OBLIGATION D'INFORMATION À LA CHARGE DES CRÈCHES ET DES ASSISTANTS MATERNELS

Le présent article impose, en son 1° du **I**, une nouvelle obligation à la charge des crèches et de l'ensemble des EAJE définis actuellement à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique accueillant des enfants de moins de 6 ans. Cette obligation concerne la communication des disponibilités d'accueil par voie électronique.

● Elle se traduirait concrètement par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, mais l'étude d'impact permet de saisir les principales modalités – d'ordre réglementaire – de son application pour les EAJE :

– la généralisation d'un dispositif actuellement proposé sur la base du volontariat des EAJE. Désormais, les gestionnaires de ces derniers devront renseigner la disponibilité des places dans leurs établissements au fil de l'eau ou, *a minima*, à un rythme hebdomadaire ;

– les parents auront accès à ces informations sur le site dédié, permettant l'existence d'un service unique d'information des familles.

● Le 2° du même **I** adapte cette obligation aux assistants maternels. Il crée :

– en premier lieu une obligation, pour l'assistant maternel, au moment de son agrément, de communiquer son identité et ses coordonnées ;

– en second lieu, une obligation de déclaration et d'information, à destination des parents, relatives notamment aux disponibilités d'accueil.

Sur le même site dédié, les assistants maternels devront donc désormais fournir les informations nécessaires afin que les parents puissent connaître immédiatement leur capacité d'accueil. Un manquement à une telle obligation pourrait entraîner, selon des modalités qui doivent être définies par décret, des sanctions pouvant aller jusqu'au retrait de l'agrément.

● Le 3° du même **I** renvoie à un décret en Conseil d'État les modalités de satisfaction par les assistants maternels de leurs obligations de déclaration et d'information, prévues par les dispositions des articles R. 421-38 à R. 421-41 du code de l'action sociale et des familles.

L'ensemble de ces dispositions entreront en vigueur, selon le **II** du présent article, au 1^{er} juillet 2020, et auront vocation à s'appliquer à l'ensemble des assistants maternels agréés à cette date.

*

* *

Article 50

Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte

Adopté par la commission sans modification

L'article 50 poursuit la convergence dans le versement des prestations familiales entre l'île de Mayotte et la métropole.

En particulier, il aligne les conditions de versement de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) différentielle, à destination des familles dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'éligibilité à l'ARS, sur les conditions appliquées en métropole. De même, le taux d'invalidité minimal pour l'ouverture d'un droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est abaissé de 80 % à 50 %, soit le droit commun de la métropole.

L'article aligne enfin les modalités de revalorisation des plafonds d'éligibilité aux prestations familiales à Mayotte sur l'évolution en moyenne des prix à la consommation hors tabac de l'année civile de référence.

I. L'ÉTAT DU DROIT

1. Un régime dérogatoire unique

● L'île de Mayotte bénéficie, en matière de prestations familiales et de protection sociale, d'un régime dérogatoire non seulement au droit commun de la métropole, mais aussi aux autres départements, régions et territoires d'outre-mer. Ce régime a été défini en 2002 par ordonnance⁽¹⁾, puis a été progressivement adapté en vue d'une convergence progressive de ce régime avec le droit applicable aux autres territoires français.

Cette convergence s'est faite par le versement de nouvelles prestations familiales :

- allocations familiales et allocation de rentrée scolaire (ARS) en 2002 ;
- allocation logement à caractère familial en 2004 ;
- allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en 2010.

Cette convergence fait désormais l'objet d'un plan global fixé au niveau législatif en deux temps, en 2011 puis en 2017⁽²⁾.

● Au même titre que les autres départements d'outre-mer, Mayotte bénéficie de conditions dérogatoires plus favorables qu'en métropole concernant

(1) Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

(2) Ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation et loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer.

les modalités d'ouverture, de modulation et de versement de certaines prestations familiales. Les allocations familiales, qui sont versées dès le premier enfant, ne sont pas modulées en fonction des ressources. L'ARS est par ailleurs versée, uniquement à Mayotte, jusqu'à 20 ans, contre 18 ans pour la métropole. Enfin, la CRDS n'est pas applicable aux prestations familiales versées à Mayotte, dont l'ARS, ce qui induit un montant de prestation nette versée supérieure pour l'ARS sur ce territoire à ce qu'il est en métropole.

2. Le maintien de points de divergence injustifiés

La convergence globale du régime de versement des prestations familiales entre Mayotte et les autres départements d'outre-mer ou la métropole se heurte encore à des divergences réelles concernant une partie des prestations. Ainsi, l'ARS différentielle, qui permet aux familles dont les ressources dépassent légèrement le plafond d'éligibilité de l'ARS de bénéficier d'une allocation plafonnée, n'est aujourd'hui pas versée sur l'île. Le montant de cette ARS différentielle est calculé de manière dégressive et constitue un mécanisme de lissage appréciable pour les familles modestes.

De la même manière, le versement de l'AEEH fait aujourd'hui l'objet d'une appréciation différenciée entre la métropole et Mayotte. Le pourcentage d'incapacité permanente minimal pour ouvrir droit à l'AEEH est actuellement fixé par décret à un taux de 80 %⁽¹⁾, ce qui constitue un seuil hors de proportion avec le taux minimum appliqué en métropole, qui est de 50 %.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. De nouvelles prestations familiales à destination des Mahorais

- En vue de soutenir le plan de convergence entre la métropole et l'île de Mayotte, le présent article propose l'ouverture de l'ARS différentielle pour les Mahorais éligibles à ce dispositif. Le **b** du **I** dispose ainsi que les familles dont les ressources excèdent le plafond d'éligibilité à l'ARS peuvent bénéficier d'une allocation complémentaire, l'allocation différentielle, sous la condition de ne pas excéder un second plafond, qui sera fixé par décret. Cette possibilité sera ouverte à partir de la rentrée scolaire 2020, selon l'étude d'impact, à environ 120 foyers.

- Le **2°** du **I** prévoit également la possibilité de servir l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à la métropole. En particulier, pourront bénéficier de cette allocation les foyers qui comprennent un enfant avec un taux d'invalidité supérieur à 50 %, à partir de 2021.

(1) Décret n° 2010-1400 du 12 novembre 2010 relatif à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et à l'allocation pour adulte handicapé de Mayotte.

2. Un alignement des conditions de versement des prestations avec la métropole

● Le **a** du **1°** du **I** introduit une modification dans le calcul du plafond d'éligibilité à l'ARS. Celui-ci ne sera plus indexé sur l'évolution du salaire minimum sur l'île de Mayotte, mais sur l'évolution des prix à la consommation des ménages, hors tabac. Le montant de ce plafond sera donc, dans les conditions de droit commun, fixé par décret et revalorisé par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture. L'impact pour les bénéficiaires devrait être minime, étant donné le faible écart entre l'évolution du SMIC mahorais au 1^{er} janvier 2019 (+ 1,5 %) et l'inflation prévisionnelle hors tabac (+ 1,3 %).

● En ce qui concerne les mesures de bonnes relations avec les usagers, enfin, le **3°** du **I** prévoit l'application à Mayotte de l'article L. 133-3 du code de la sécurité sociale, permettant aux organismes de sécurité sociale de différer ou d'abandonner le recouvrement ou le paiement de leurs dettes ou créances à l'égard des usagers lorsque ces dernières n'atteignent pas un niveau significatif. En l'occurrence, l'étude d'impact prévoit l'introduction d'un « *seuil de non-versement de l'ARS fixé par décret simple à 15 euros par famille en métropole* ».

3. Une entrée en vigueur différée

● Le **II** prévoit une entrée en vigueur différenciée des différents dispositifs, permettant une montée en charge progressive des moyens affectés aux organismes de versement des prestations concernées. En l'occurrence :

– entre en vigueur à la rentrée scolaire 2020 l'allocation de rentrée scolaire différenciée, sauf décalage au 30 juin 2021 fixé par décret ;

– entre en vigueur avant le 1^{er} décembre 2020 l'AEEH, sauf décalage au 30 juin 2021 fixé par décret.

*

* *

Article 51

Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale

Adopté par la commission sans modification

L'article 51 facilite les conditions de création des caisses communes de sécurité sociale, qui permettent de réunir au sein d'un organisme unique les services de différentes branches « prestataires » de la sécurité sociale dans des territoires faiblement denses.

1. La caisse commune de sécurité sociale, une initiative entravée en faveur des zones sous-denses

Créée en 2007, la catégorie des caisses communes de sécurité sociale a connu un essor très limité en raison de conditions de création excessivement restrictives.

a. Le cadre expérimental adopté en 2007

● Adoptés dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁽¹⁾, les articles L. 216-4 et suivants du code de la sécurité sociale ont autorisé à titre expérimental, pour une durée de cinq ans, la création de caisses communes de sécurité sociale, en vue de répondre à une demande spécifique de trois organismes locaux de sécurité sociale – caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisse d'allocations familiales (CAF) et union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) – du département de la Lozère qui souhaitaient fusionner.

Le rapprochement de fait largement engagé entre ces trois entités se heurtait en effet à un obstacle de droit : la loi leur faisait obligation de disposer chacune d'une personnalité morale et d'un conseil ou conseil d'administration distinct.

Afin de lever cet obstacle, une nouvelle catégorie juridique a été créée dans le code de la sécurité sociale : la caisse commune de sécurité sociale. Cette dernière peut alors exercer les missions des organismes de sécurité sociale qui ont souhaité, à travers leurs conseils ou conseils d'administrations sa création.

S'agissant de la procédure de création, l'article L. 216-4 précité précise que la caisse est créée par arrêté ministériel, après avis de ces conseils.

● Les articles L. 216-5 et L. 216-6 précisent les modalités de gestion de ces caisses communes qui, tout en étant gérées comme les autres caisses, ont pour spécificité d'appartenir à plusieurs réseaux ayant chacun quelques spécificités.

En application des principes communs à l'ensemble des organismes de sécurité sociale, la caisse commune est ainsi dotée d'un conseil et d'un directeur,

(1) Article 141 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

le conseil étant composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux et des employeurs, issus respectivement des organisations syndicales et professionnelles nationales représentatives.

Afin d'assurer également la représentation des organisations spécifiques aux CPAM ou aux CAF, le conseil de la caisse commune comprend également des représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, des associations familiales, des institutions désignées par l'État intervenant dans le domaine de la maladie et des personnes qualifiées.

Le conseil ainsi composé fonctionne dans les mêmes conditions que celui des caisses primaires d'assurance maladie, même si ses décisions en matière d'action sanitaire et sociale doivent tenir compte des orientations définies par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF).

Le directeur exerce également les mêmes compétences que le directeur d'une CPAM. Il est nommé, de même que le directeur comptable et financier, par une décision conjointe des directeurs des caisses nationales concernées. Ces dernières assurent chacune une fonction de tutelle sur les décisions de la caisse commune qui sont de son ressort et concluent des conventions d'objectifs et de gestion.

• Depuis la loi du 2 janvier 2014⁽¹⁾, le Gouvernement a également la possibilité de pérenniser l'existence d'une caisse commune par arrêté ministériel, pris après avis du conseil de la caisse commune et des conseils des caisses nationales concernées.

L'ensemble de ces dispositions est donc placé sous le sceau de la normalité, la caisse commune fonctionnant comme n'importe quelle autre caisse, tout en mutualisant un certain nombre de services et en les mettant à la disposition des assurés dans un lieu unique.

b. Les freins issus du critère du classement intégral en zone de revitalisation rurale

Malgré les avantages offerts par ce format nouveau, le bilan de cette initiative est resté très limité, puisque la caisse commune lozérienne, à l'origine de la modification législative, finalement créée le 1^{er} janvier 2009 et pérennisée par arrêté ministériel le 4 janvier 2014, est demeurée le seul cas d'application des dispositions précitées.

Cet isolement est en partie dû à des conditions restrictives, initialement conçues pour encadrer par un critère « objectif » le caractère sous-dense du département concerné. C'est ainsi que le législateur a fixé à l'article L. 216-4 une condition tenant à ce que les organismes à l'initiative de la création de la caisse

(1) Article 24 de la loi n° 2014-1 du 2 janvier 2014 habilitant le Gouvernement à simplifier et sécuriser la vie des entreprises.

commune doivent se situer dans un département dont l'ensemble des communes se trouvent dans une zone de revitalisation rurale (ZRR), zonage dont le fondement se trouve dans le code général des impôts et qui sert depuis 1995 de champ géographique d'application à un certain nombre de dispositifs socio-fiscaux.

Or, seuls quatre départements français répondent à cette condition : la Lozère donc, mais aussi la Creuse, le Lot et la Guyane. Cette définition d'un département « sous-dense » peut sembler singulièrement restrictive : l'étude d'impact annexé au présent projet de loi de financement indique ainsi que le département des Hautes-Alpes ayant « seulement » 91 % de ses communes situées en ZRR est ainsi exclu du dispositif, malgré des souhaits de rapprochement de la CPAM et de la CAF locales.

La nécessité de procéder dans un premier temps par voie expérimentale pour une durée de cinq ans peut également constituer un obstacle, en insécurisant la démarche qui doit à nouveau être validée par voie ministérielle pour être pérennisée.

Ces conditions apparaissent donc inutilement restrictives, empêchant des départements volontaires de créer des caisses communes, sans inciter visiblement les rares départements éligibles à le faire.

2. L'article 51 facilite la création des caisses communes de sécurité sociale en levant certains obstacles

• Dans un souci de simplification, le **I** modifie l'article L. 216-4 du code de la sécurité sociale en supprimant la référence au classement intégral des communes en ZRR ainsi que celui de l'expérimentation préalable. Il leur substitue une finalité obligatoire quoiqu'exprimée en des termes assez larges, puisque la création de la caisse commune peut avoir pour objectifs des « *mutualisations* » ou « *de consolider l'implantation territoriale* ».

Le **II** procède quant à lui à un ajustement rédactionnel à l'article L. 216-5 qui mentionnait la création à titre expérimental, mais aussi la politique « sanitaire » dans les missions de la caisse, terme qui convenait assez peu au versant familial de l'action de celle-ci.

• Tout en constatant qu'il s'agit principalement, comme cela avait déjà été le cas en 2007, de modifier la loi pour répondre à des enjeux locaux très ciblés, le rapporteur général souscrit à cet assouplissement général des conditions de création des caisses communes de sécurité sociale. Une fois facilitées, celles-ci pourraient permettre des rapprochements plus systématiques, porteurs d'efficacité dans la gestion administrative et de simplicité des démarches pour les administrés sur l'ensemble du territoire, sur une base volontaire.

CHAPITRE III

Prendre en compte les parcours, les situations et les transitions

Article 52

Revalorisation différenciée des prestations sociales

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit pour 2020 une revalorisation à hauteur de 0,3 % des allocations et plafonds de ressources relevant de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Celle-ci ne concerne pas les allocations en direction des publics les plus modestes, en particulier les pensions de retraite et d'invalidité en dessous de 2 000 euros bruts par mois – soit 77 % des pensionnés, représentant 14 millions de personnes – qui seront revalorisées au niveau de l'inflation constatée, estimée à 1 % pour 2020. Cette mesure devrait permettre de réaliser 900 millions d'euros d'économies par rapport aux modalités de revalorisation de droit commun qui sont basées sur l'inflation. Enfin, cet article prévoit d'aligner sur le régime général les modalités de revalorisation des pensions de retraite de base des avocats, qui seront ainsi concernés par le dispositif de revalorisation maîtrisée des pensions de base prévu par le présent article.

I. LE NIVEAU ET LES CONDITIONS D'ACCÈS AUX PRESTATIONS DÉPENDENT TRADITIONNELLEMENT DU CONTEXTE BUDGÉTAIRE

A. LE NIVEAU DES PRESTATIONS SOCIALES ET DES PLAFONDS DE RESSOURCES FAIT L'OBJET D'UNE RÉGULATION ENCADRÉE PAR LA LOI

Aucun principe juridique ne garantit la revalorisation automatique des prestations sociales en fonction d'un indice économique donné. Si le pouvoir réglementaire est tenu de respecter strictement les modalités de revalorisation établies par la loi, le législateur n'est tenu par aucun principe de valeur constitutionnelle ⁽¹⁾.

Issu de la loi du 29 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale prévoit que « *la revalorisation annuelle des montants de prestations dont les dispositions renvoient [à cet] article est effectuée sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation des prestations concernées* ».

(1) Le Conseil constitutionnel a rejeté les moyens contestant la constitutionnalité d'une mesure législative de non-revalorisation directe (sous-indexation) ou indirecte (par le report de la date de revalorisation) des pensions de retraite, y compris lorsque celle-ci fait une exception pour les plus faibles d'entre elles (n° 2014-698 DC du 6 août 2014, Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014).

Si l'inflation hors tabac est l'indicateur de référence pour actualiser le montant des prestations sociales et de leurs plafonds de ressources, le législateur peut modifier le coefficient dès lors que le contexte budgétaire implique de maîtriser les dépenses de sécurité sociale.

B. UN CONTEXTE BUDGÉTAIRE MOINS FAVORABLE NÉCESSITANT DES MESURES DE MAÎTRISE DE LA DÉPENSE

Les prestations sociales constituent une part essentielle de la dépense des régimes de sécurité sociale : en 2018, elles représentaient 478,3 milliards d'euros sur 499,7 milliards d'euros de dépenses totales, soit 95,7 % de l'ensemble. Il est donc difficile de ne pas toucher aux prestations sociales dès lors qu'il a été décidé de mieux maîtriser la dépense publique.

C'est la raison pour laquelle la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a limité à 0,3 % leur revalorisation à l'exception de certaines prestations. Le PLFSS pour 2020 reprend cette mesure qui avait fait l'objet d'une censure de la part du Conseil constitutionnel l'an dernier (n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018). Il avait estimé que le législateur ne pouvait prévoir dans la LFSS 2019 une telle mesure pour l'exercice 2020 dès lors qu'elle ne présentait pas un caractère permanent, et ce malgré le fait qu'elle avait un effet sur la base de revalorisation des prestations sociales dues au titre des années ultérieures.

Il est néanmoins envisagé de moduler la revalorisation des prestations en 2020 pour mettre en œuvre les engagements pris par le Président de la République au terme du Grand débat.

II. UNE REVALORISATION MAÎTRISÉE DES PRESTATIONS SOCIALES

A. LE CONTENU DU DISPOSITIF

1. Alors que la revalorisation de la plupart des prestations sociales sera limitée à 0,3 % en 2020...

Le **premier alinéa du I** de cet article non codifié prévoit une dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale pour l'année 2020 : les montants et plafonds de ressources des prestations qui dépendent de cet article seront revalorisés indépendamment de l'inflation d'un taux fixé à + 0,3 %.

Ce niveau de revalorisation sera vraisemblablement très inférieur à l'inflation effective, hors prix du tabac, qui est estimée à 1 %, engendrant d'importantes économies en dépenses tant pour l'État que pour les régimes de sécurité sociale (*cf. infra*).

Selon l'annexe de l'étude d'impact, les prestations concernées par la revalorisation à hauteur de 0,3 % sont les suivantes :

a) Par un renvoi direct à l'article L. 161-25 :

- les pensions d'invalidité dont le montant est supérieur à 2 000 euros ;
- les prestations d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) : indemnités en capital, rentes AT-MP et salaire minimum des rentes ;
- la prestation complémentaire pour recours à tierce personne et la majoration pour tierce personne AT-MP ;
- les prestations familiales (*via* la revalorisation de la base mensuelle des allocations familiales, article L. 551-1 du code de la sécurité sociale) sauf le complément 6 de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;

b) Par un renvoi indirect via l'article L. 161-23-1 :

- les pensions de vieillesse de base (y compris des régimes dits intégrés) pour les assurés dont la retraite globale est supérieure à 2 000 euros bruts ;
- l'allocation de congé-solidarité ;
- la majoration forfaitaire pour enfant à charge.

c) Par des renvois indirects :

- la majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP) et, par voie d'incidence :
 - ◆ le complément 6 de l'AEEH ;
 - ◆ l'allocation personnalisée d'autonomie (plafond du plan d'aide et barème de participation financière laissée à la charge du bénéficiaire) ;
 - ◆ l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
 - ◆ la prestation de compensation du handicap (taux de prise en charge de 100 % ou 80 % en fonction des ressources) ;
- le capital décès ;
- l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) ;
- les allocations du fonds spécial mentionné au 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire les quatre prestations composant la prestation d'accueil du jeune enfant, les allocations familiales, le

complément familial, l'allocation de logement, l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, l'allocation de soutien familial, l'allocation de rentrée scolaire, l'allocation journalière de présence parentale, y compris celles qui sont versées dans les collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 du même code (Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Guyane, Saint-Barthélemy et Saint-Martin) ainsi que celles versées à Mayotte.

2. ... les pensions de retraite et d'invalidité des plus modestes ainsi que les minimas sociaux seront réindexés sur l'inflation, estimée à 1 %

Le PLFSS 2020 traduit les engagements pris par le Président de la République en avril dernier à l'issue du Grand débat en faveur des ménages les plus modestes. En 2020, 14 millions de retraités pourraient ainsi bénéficier d'une réindexation de leur pension de retraite sur l'inflation, soit 77 % de l'ensemble des retraités.

Le premier alinéa du 1^o du I prévoit que les pensions de retraite de base et d'invalidité pour les assurés dont le montant total est inférieur ou égal à 2 000 euros bruts par mois (le mois précédent celui auquel intervient la revalorisation) seront indexées sur l'inflation en 2020, évaluée à 1 % pour 2020, selon les modalités de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale (*cf. supra*). Pour la détermination du taux de revalorisation, est pris en compte le montant total des pensions de base et complémentaires, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration pour aide constante d'une tierce personne mentionnée à l'article L. 355-1.

Le deuxième alinéa comporte une mesure de lissage pour les assurés dont le montant total des pensions est proche du seuil de 2 000 euros. Elle vise à limiter les cas d'inversion de la hiérarchie des pensions entre deux retraites situées de part et d'autre du seuil. Les retraités et invalides percevant un montant mensuel total de pensions compris entre 2 000 euros et 2 014 euros verront leurs prestations revalorisées d'un pourcentage intermédiaire entre 0,3 % et l'inflation :

– les pensions comprises entre 2 000 et 2 008 euros bénéficieront d'une revalorisation égale à 0,8 % ;

– les pensions comprises entre 2 008 et 2 012 euros seront revalorisées à hauteur de 0,6 % ;

– les pensions comprises entre 2 012 et 2 014 euros seront augmentées de 0,4 %.

Selon l'étude d'impact, cette mesure de lissage doit permettre de limiter à 3,92 euros l'écart mensuel maximum entre deux pensions de retraite dont les montants se suivent immédiatement à la décimale près. 80 000 assurés seraient concernés par cette mesure de lissage.

Le troisième alinéa renvoie au pouvoir réglementaire le soin de préciser par décret les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux deux premiers alinéas du 1^o pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, à l'instar du régime d'assurance vieillesse de base des professionnels libéraux.

Sont également réindexées sur l'inflation en 2020 :

– les majorations de pensions de retraite, visées au 2^o du I, qui s'adressent aux retraités les plus modestes, comme le minimum contributif, la majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge et la pension majorée de référence des exploitants agricoles, mentionnés aux articles L. 351-10 du code de la sécurité sociale, L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et L. 17 du code des pensions civiles et militaires, ainsi que les minimas de pension faisant référence à cet article, pour leurs montants accordés à la liquidation ;

– le montant minimum de pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 (3^o du I) ;

– l'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 (4^o du I) ;

– l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) qui est mentionnée à l'article L. 815-1 et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n°2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse (5^o du I). L'ASPA à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon notamment sont aussi concernées par cette mesure ;

– l'allocation supplémentaire d'invalidité mentionnée à l'article L. 815-24 (6^o du I).

Il convient de relever que le minimum vieillesse (ASPA et deuxième étage des anciennes allocations), qui s'élève aujourd'hui à 868,20 euros par mois pour une personne seule, bénéficiera d'une revalorisation exceptionnelle portant son montant à 903,20 euros par mois au 1^{er} janvier 2020 ⁽¹⁾.

Que prévoit le projet de loi de finance pour 2020 ?

– La revalorisation à hauteur de 0,3 % de l'AAH, de la prime d'activité et des APL :

L'article 67 du projet de loi de finances pour 2020 prévoit des modalités de revalorisation dérogatoires applicables en 2020 aux prestations relevant du budget de l'État. C'est dans ce cadre que seront revalorisées à hauteur de 0,3 % l'allocation aux adultes handicapés (AAH), dont le montant sera porté le 1^{er} novembre 2019 à hauteur de 900 euros, la prime d'activité (au 1^{er} avril 2020) et les aides personnalisées au logement (au 1^{er} octobre 2020).

(1) Décret n° 2018-227 du 30 mars 2018.

– La revalorisation à hauteur de l’inflation du RSA et de l’ASS :

Le revenu de solidarité active (RSA) et l’allocation de solidarité spécifique (ASS) seront revalorisés selon les modalités de droit commun, c’est-à-dire à hauteur de l’inflation.

B. LES ÉCONOMIES GÉNÉRÉES PAR LE DISPOSITIF

La revalorisation différenciée des prestations sociales au titre de l’exercice 2020 devrait permettre d’**économiser 900 millions d’euros** (300 millions pour l’État et 600 millions pour les administrations de la sécurité sociale).

Toutefois, en réindexant sur l’inflation les pensions de retraite de base et d’invalidité des plus modestes, la majorité fait le choix de **préserver 1 milliard d’euros de pouvoir d’achat des Français**.

C. L’ENTRÉE EN VIGUEUR

Les prestations sociales seront revalorisées à compter du 1^{er} janvier ou du 1^{er} avril 2020.

Les pensions de retraite, les prestations d’invalidité et les rentes AT-MP versées par l’État et les régimes équilibrés par l’État à ses fonctionnaires et assurés seront revalorisées à compter du 1^{er} janvier 2020.

En revanche, les prestations familiales (allocations familiales, complément familial et allocation de soutien familial, prestation d’accueil du jeune enfant, allocation d’éducation de l’enfant handicapé, allocation de rentrée scolaire), les prestations d’invalidité et les rentes AT-MP des régimes de sécurité sociale seront revalorisées à compter du 1^{er} avril 2020.

III. UN ALIGNEMENT DES MODALITÉS DE REVALORISATION DES PENSIONS DE RETRAITE DE BASE DES AVOCATS SUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

Le **II** de l’article 52 prévoit d’aligner les modalités de revalorisation des pensions de retraite de base servies par le régime d’assurance vieillesse des avocats sur celles des pensions de retraite du régime général (article L. 653-7-1 du code de la sécurité sociale). Celles-ci ne seraient plus fixées par délibération de l’assemblée générale des délégués de la Caisse nationale des barreaux français (article L. 652-4). En conséquence, le dispositif de revalorisation maîtrisée des pensions de retraite prévu par l’article 52 du présent projet de loi s’appliquerait aux pensions de base des avocats.

*

* *

Article 53

**Simplification de la transition vers la retraite
des bénéficiaires de minima sociaux**

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit un dispositif de substitution automatique de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) par la pension de retraite au moment de l'âge légal de départ à la retraite afin de garantir la continuité des droits des assurés entre l'AAH et la retraite. Il prévoit également de repousser la subsidiarité du revenu de solidarité active (RSA) par rapport à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) à l'âge auquel les retraités disposent d'une retraite à taux plein. En d'autres termes, ce n'est qu'à compter de la date du départ à la retraite à taux plein que les bénéficiaires du RSA auront l'obligation de demander la liquidation de leur retraite. Cette mesure vise à éviter qu'un assuré soit contraint de liquider sa retraite avec décote à 65 ans et doit simplifier la gestion des dossiers par les caisses de retraite, celles-ci n'ayant plus à étudier deux fois le même dossier.

**I. SIMPLIFICATION DE LA TRANSITION VERS LA RETRAITE DES
BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION AUX ADULTES HANDICAPÉS**

A. LE MÉCANISME DE TRANSITION ACTUEL

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide sociale permettant de garantir un niveau minimal de ressources aux personnes qui ont de faibles ressources du fait de leur handicap⁽¹⁾. Son montant maximal est de 860 euros par mois pour une personne seule sans ressources⁽²⁾, 900 euros par mois maximum à compter du 1^{er} novembre 2019.

L'AAH peut être attribuée aux personnes qui présentent un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 80 % (« AAH 1 ») ou aux personnes qui présentent un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et qui connaissent une restriction substantielle et durable d'accès à un emploi (« AAH 2 »).

En matière de retraite, tous les bénéficiaires de l'AAH sont réputés inaptes au travail à l'âge légal (62 ans), c'est-à-dire comme n'étant plus en mesure de poursuivre l'exercice de leur emploi, le cas échéant, sans nuire gravement à leur santé et se trouvant définitivement atteint d'une incapacité de travail⁽³⁾. Ils bénéficient par conséquent d'une retraite à taux plein à cet âge, quelle que soit leur durée d'assurance. Ces assurés bénéficient également d'un âge abaissé de 65 à 62 ans pour l'accès à l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

(1) Articles L. 821-1 à L. 821-8 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2018-948 du 31 octobre 2018.

(3) Article L. 351-7 du code de la sécurité sociale.

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)

L'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) est une prestation mensuelle accordée aux retraités ayant de faibles ressources⁽¹⁾. Elle est versée par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou la MSA. Dans le cas général, il est possible de bénéficier de l'ASPA à compter de 65 ans. Elle s'ajoute, dans une certaine limite, aux revenus personnels. Son montant maximum s'élève en 2019, pour une personne seule, à 868,20 euros par mois et, pour un couple, à 1 347,88 euros.

Les sommes versées au titre de l'ASPA sont récupérables après décès sur la succession des bénéficiaires dans la limite de 6 939,60 euros par an pour une personne seule et de 9 216,99 euros par an pour un couple. En 2018, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) a récupéré 18 millions d'euros sur les droits de succession au titre de l'ASPA. En métropole, les sommes sont récupérées uniquement sur la partie de la succession qui dépasse 39 000 euros, ce montant étant porté à 100 000 euros en Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion et Mayotte.

En matière de droits à la retraite des bénéficiaires de l'AAH, deux régimes peuvent être distingués :

– les bénéficiaires de l'AAH 1 peuvent continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de départ à la retraite, le cas échéant à titre différentiel en complément d'autres avantages de retraite et d'invalidité qui doivent être liquidés obligatoirement. Depuis le 1^{er} janvier 2017, les bénéficiaires de l'AAH 1 n'ont plus l'obligation de liquider l'ASPA afin de continuer à percevoir l'AAH⁽²⁾. Le maintien de l'AAH est relativement avantageux puisque le plafond de ressources applicable aux couples est plus élevé que celui de l'ASPA⁽³⁾ et que la prestation ne peut faire l'objet d'une récupération sur succession. Ce maintien constitue également une mesure de simplification pour les bénéficiaires, qui n'ont pas à effectuer de démarches supplémentaires pour continuer à bénéficier de la prestation ainsi que pour les organismes liquidateurs ;

– les bénéficiaires de l'AAH 2 ne peuvent, en revanche, continuer à percevoir la prestation après l'âge légal de départ à la retraite. Ils ont l'obligation de liquider leur retraite avant de demander l'ASPA, dont l'accès est conditionné à la liquidation de l'ensemble des droits à retraite, s'ils en remplissent les autres conditions. Pour éviter des ruptures de droits, l'assuré doit avoir effectué toutes les démarches pour liquider ses droits à retraite avant ses 62 ans.

Si la démarche de demande de retraite a bien été effectuée mais que la retraite n'a pas encore été calculée et versée, l'AAH (1 ou 2) continue à être servie jusqu'à ce que l'allocataire qui a déposé sa demande de retraite la perçoive effectivement. En pratique, cette procédure se traduit par un processus de

(1) *Articles L. 815-1 et suivants du code de la sécurité sociale.*

(2) *Article 87 de la loi n°2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.*

(3) *Le plafond de ressources en 2018 pour percevoir l'AAH s'élève à 10 320 euros pour une personne seule et 19 505 euros pour une personne vivant en couple. Ces plafonds sont majorés de 5 160 euros par enfant à charge. Les revenus pris en compte sont tous ceux figurants sur la déclaration de revenus.*

réserve de fonds par les organismes d'allocations familiales, après réception de l'avis de dépôt de la demande de retraite. Toutefois, cette procédure semble difficile à gérer au niveau des caisses de retraite.

Compte tenu de la complexité de la procédure et du public concerné, de nombreux bénéficiaires de l'AAH ne procèdent pas à leur demande de retraite dans les délais, en dépit des actions entreprises par les CARSAT qui, sur signalement des caisses d'allocations familiales (CAF), contactent les bénéficiaires de l'AAH en amont de leurs 62 ans.

Les bénéficiaires de l'AAH sont donc susceptibles d'être dans une situation de rupture de droits, ce qui place ces publics fragiles dans une situation particulièrement précaire.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le 1° du I introduit un nouvel article L. 351-7-0 dans le code de sécurité sociale. Il porte création d'un dispositif de substitution de la pension de vieillesse à l'AAH au moment de l'âge légal de départ en retraite (62 ans), afin d'assurer une continuité des droits de l'assuré.

Le dispositif permet d'engager une liquidation automatique de la retraite à laquelle l'assuré aurait droit. Le processus de liquidation de la retraite des allocataires de l'AAH serait engagé par les CARSAT de manière anticipée dès lors qu'elles seraient saisies par les CAF. Cette mesure permettrait d'alléger le processus d'instruction, rendu aujourd'hui très complexe compte tenu de l'absence de retour de certains assurés.

Le nouvel article L. 351-7-0 précise que l'assuré qui ne souhaite pas liquider sa retraite à l'âge légal aura la possibilité de s'y opposer. La substitution automatique serait donc un mécanisme par défaut, en l'absence de manifestation de l'assuré.

Ce dispositif ne pénalisera pas les assurés dans la constitution de leurs droits à retraite. En effet, les bénéficiaires de l'AAH étant réputés inaptes à l'âge auquel s'ouvre le droit à pension de vieillesse, ils bénéficient tous du taux plein à 62 ans, âge auquel la liquidation automatique interviendra, sans se voir appliquer une décote. S'ils en remplissent les conditions sur proposition de leurs caisses de retraite, les bénéficiaires de l'AAH 2 qui ne se seraient pas opposés à la liquidation automatique de leur retraite pourraient bénéficier de l'ASPA dès 62 ans.

Les bénéficiaires de l'AAH encore en activité ne seront pas concernés par cette substitution automatique pour éviter que leurs droits à la retraite ne soient réduits. Ils devront donc procéder à une demande de retraite, qui sera calculée dans les mêmes conditions que les bénéficiaires de l'AAH concernés par la substitution automatique (bénéfice du taux plein dès 62 ans).

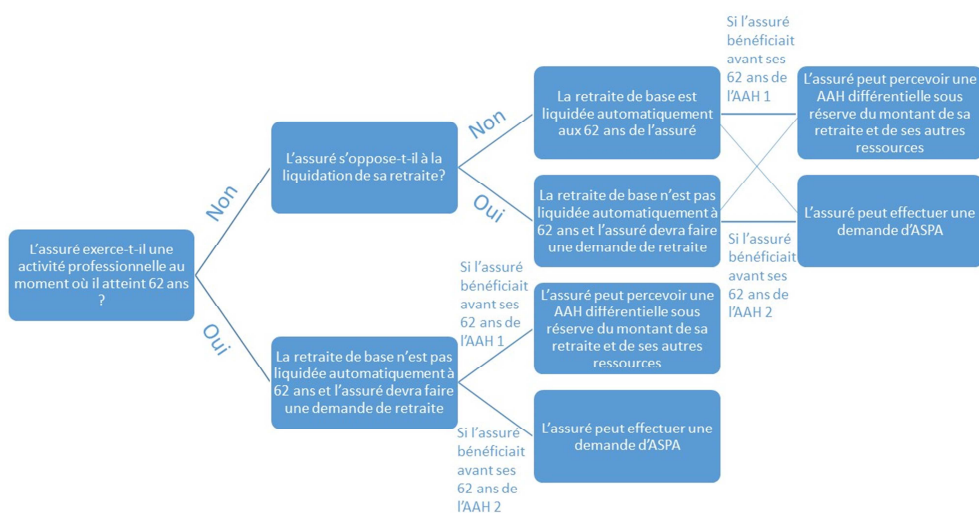
Le 2° du I assure une coordination à l'article L. 821-1 du même code. Il précise que l'AAH continue d'être servie à son bénéficiaire qui se voit allouer une pension de vieillesse au titre de son inaptitude jusqu'à ce qu'il perçoive effectivement sa pension de vieillesse.

Le 1° du II vise à insérer un nouvel article 11-1 dans l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte. Il transpose à l'identique le dispositif inséré par le 1° du I du présent article dans le code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Le 2° du II renumérote l'article 11 bis de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 qui devient l'article 11-2.

Le IV de l'article prévoit que cette mesure entre en vigueur le 1^{er} juillet 2020 compte tenu du délai nécessaire pour paramétrer les systèmes d'information.

SCHÉMA DE TRANSITION VERS LA RETRAITE DES BÉNÉFICIAIRES DE L'AAH



Source : étude d'impact

C. LE COÛT DE LA MESURE

La mesure représente un coût de 1,7 million d'euros en 2020 et de 3,5 millions d'euros pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale en année pleine, en raison de la substitution automatique à 62 ans qui évitera des ruptures de ressources pour les assurés concernés.

(1) Les montants de l'AAH et de l'ASPA s'élèvent à 50 % des montants de métropole.

II. SIMPLIFICATION DE LA TRANSITION VERS LA RETRAITE DES BÉNÉFICIAIRES DU REVENU DE SOLIDARITÉ ACTIVE

A. LE DISPOSITIF ACTUEL

1. Le principe de subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA

Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes sans ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Le RSA est ouvert, sous certaines conditions, aux personnes d'au moins 25 ans et aux jeunes actifs de 18 à 24 ans s'ils sont parents isolés ou justifient d'une certaine durée d'activité professionnelle⁽¹⁾. Le montant du RSA s'élève à 560 euros par mois pour une personne seule depuis le 1^{er} avril 2019⁽²⁾.

Les textes actuels instaurent un principe de subsidiarité du RSA par rapport aux prestations sociales contributives et non contributives. En d'autres termes, il est obligatoire de demander les prestations sociales auxquelles on a droit avant de pouvoir obtenir éventuellement le RSA⁽³⁾. Cela concerne notamment l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA, *cf.* encadré *supra*). Les bénéficiaires du RSA doivent donc faire valoir leur droit à l'ASPA dès qu'ils peuvent y prétendre, soit à 65 ans.

Cette obligation implique que les bénéficiaires du RSA demandent, à cette occasion, la liquidation de leur retraite à 65 ans. Or, dans le cas où l'ASPA ne leur serait finalement pas versée, la pension de retraite qui leur est versée se voit appliquer une décote s'ils n'ont pas atteint l'âge de départ à taux plein, qui a été progressivement repoussé de 65 à 67 ans (pour la génération 1955 à partir de 2022) par la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

2. La mise en œuvre du principe de subsidiarité multiplie les démarches demandées aux assurés

Les assurés informés par la CARSAT de l'application d'une décote sur leur pension de retraite peuvent renoncer à liquider leur retraite à 65 ans pour attendre l'âge du taux plein. D'après l'étude d'impact, cette situation conduit néanmoins à effectuer de multiples allers-retours entre CAF/MSA et caisses de retraite, les assurés pouvant réaliser plusieurs demandes d'ASPA et de retraite, à 65 ans puis à 67 ans. Pour les caisses de retraite, cette procédure est inefficace car elle peut conduire à procéder deux fois à l'étude du même dossier de retraite, aux 65 puis 67 ans de l'assuré (*cf.* schéma ci-après).

(1) Articles L. 262-2 à L. 262-12 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Décret n° 2019-400 du 2 mai 2019 portant revalorisation du montant forfaitaire du RSA.

(3) Il convient de relever que ce mécanisme de subsidiarité ne concerne pas les retraites pour les assurés qui ne sont pas considérés comme étant inaptes (les bénéficiaires du RSA inaptes ont quant à eux l'obligation de liquider leur retraite à l'âge légal, ce qui s'explique par le fait que l'inaptitude ouvre droit au taux plein par l'âge à 62 ans).

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le **A** du **III** de cet article modifie l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles afin de repousser la subsidiarité du RSA par rapport à l'ASPA de 65 ans à l'âge auquel les assurés disposent d'une retraite à taux plein (soit 67 ans à partir de la génération 1955). Autrement dit, ce n'est qu'à compter de la date du départ à la retraite à taux plein que les bénéficiaires du RSA auront l'obligation de demander la liquidation de leur retraite.

Cette mesure doit permettre d'éviter qu'un assuré soit contraint de liquider à 65 ans sa retraite avec décote et simplifiera la gestion des dossiers par les caisses de retraite, celles-ci n'ayant plus à étudier deux fois le même dossier (*cf.* schéma ci-après).

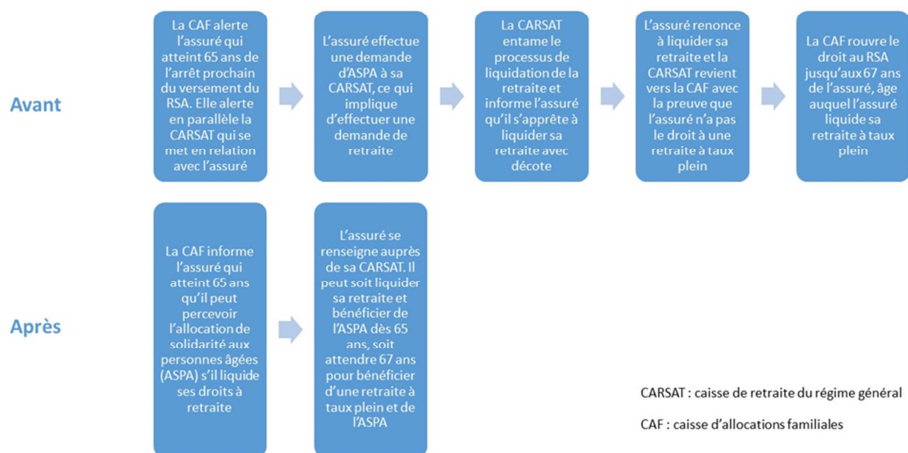
Ce dispositif ne concerne pas les bénéficiaires du RSA inaptes au travail, qui devront demander la liquidation de leur retraite à 62 ans, ou les assurés n'ayant acquis aucun droit à retraite à 65 ans.

Le rapporteur général relève que le dispositif proposé aura pour conséquence qu'un bénéficiaire du RSA qui préfère liquider sa retraite à taux plein à 67 ans aura potentiellement des revenus inférieurs pendant deux ans, entre 65 et 67 ans, à un bénéficiaire qui préfère liquider ses droits à la retraite à 65 ans pour toucher l'ASPA.

Le **B** du **III** comporte une modification de coordination à l'article L. 262-12 du code de l'action sociale et des familles afin de préserver une référence à la fin de l'article L. 262-10 s'agissant de conditions à respecter pour obtenir le RSA.

Conformément au **IV** de l'article, cette mesure entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2020.

SCHÉMA DE TRANSITION VERS LA RETRAITE DES BÉNÉFICIAIRES DU RSA N'AYANT PAS ÉTÉ DÉCLARÉS INAPTES (AVANT ET APRÈS MESURE)



Source : étude d'impact

C. LE COÛT DE LA MESURE

La mesure serait globalement neutre pour les finances publiques en année pleine. Elle constituerait une économie de l'ordre de 5 millions d'euros en année pleine pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale compte tenu du décalage de deux années de la liquidation de la retraite par les personnes concernées et du non-versement de l'ASPA entre 65 et 67 ans pour ce public. La hausse du montant des pensions versées du fait de la suppression de la décote jouerait à la marge (+ 0,35 million d'euros par an).

En revanche, le dispositif conduirait à une augmentation des dépenses des départements, estimée à 2 millions d'euros la première année puis à 5 millions d'euros les années suivantes, du fait du versement du RSA pendant deux années supplémentaires (à l'exception des personnes qui choisiraient de percevoir l'ASPA à l'âge de 65 ans).

*

* *

Article 54

Suppression du dispositif de rachat de rente d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP aux employeurs

Adopté par la commission avec modifications

Cet article vise d'une part à supprimer la possibilité de transformer partiellement en capital certaines rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et, d'autre part, à dématérialiser la notification du taux AT-MP aux employeurs.

I. LA SUPPRESSION DU DISPOSITIF DE RACHAT DE RENTE D'AT-MP

A. UN DISPOSITIF AUJOURD'HUI REMIS EN CAUSE AU REGARD DE L'ÉVOLUTION DE LA JURISPRUDENCE

1. Un dispositif qui a récemment fait l'objet d'une évolution de la jurisprudence administrative

La législation en vigueur prévoit la possibilité pour la victime d'un AT-MP de demander la conversion d'une partie de sa rente sous forme de capital. Cette conversion est effectuée suivant un tarif forfaitaire fixé par un arrêté du 17 décembre 1954, toujours en vigueur, qui tient compte de l'âge de la victime et de son taux d'incapacité permanente (IP) au moment de la demande.

Ce rachat est toutefois encadré. Il ne peut porter au plus que sur le quart du capital correspondant à la rente allouée jusqu'à 50 % d'IP. La fraction de la rente correspondant à la partie du taux supérieure ne peut jamais être convertie. Par ailleurs, pour demander le rachat ou la réversion de la rente AT-MP, il existe des conditions de délai sur lesquelles le Conseil d'État s'est récemment prononcé.

Dans une décision du 5 novembre 2018, il a estimé qu'il convenait de revenir sur les restrictions qui limitaient les possibilités de conversion s'agissant des rentes liquidées avant 2000. En effet, depuis le 6 février 2006, le titulaire d'une rente AT-MP peut effectuer une demande de rachat ou de réversion de rente à tout moment, immédiatement après la notification de la rente ou au cours du service de cette rente. Cependant, les bénéficiaires d'une rente ouverte avant le 7 février 2000 ne disposaient pas de cette faculté⁽¹⁾. Le Conseil d'État a donc jugé qu'il n'était pas possible de maintenir cette limitation des possibilités de conversion.

(1) Cette situation est la conséquence de l'article 3 du décret n° 2006-111 du 2 février 2006 qui limitait la portée de ce texte aux situations en cours à compter du 6 février 2006, c'est-à-dire aux situations pour lesquelles le délai de cinq ans suivi d'un délai d'un an n'était pas encore écoulé. En effet, à l'époque, les demandes de rachat ne pouvaient intervenir qu'à l'expiration d'un délai de cinq ans à compter du lendemain de la date de consolidation, pendant une durée maximale d'un an à compter de l'issue de ce premier délai.

2. Un dispositif désormais remis en question

Le nombre de rentes de victimes ayant fait l'objet d'un rachat facultatif en 2017 représente 4 182 dossiers pour un montant évalué à 29,6 millions d'euros, en baisse constante depuis plusieurs années (*cf. infra*). L'étude d'impact indique que la décision récente du Conseil d'État fait peser un risque financier (non chiffré) sur la branche AT-MP et amène à s'interroger sur la pertinence d'un maintien du dispositif.

En effet, cette faculté de conversion d'une rente en capital contrevient à la logique transversale à tous les risques longs de la sécurité sociale d'indemnisation sous forme de versement mensuel ou de rente et non en capital. De surcroît, cette règle de rachat facultatif partiel sur option rend moins lisible le dispositif d'indemnisation, que ce soit pour les victimes d'accidents d'AT-MP ou pour les organismes en charge de sa gestion, en combinant une part qui ne peut être versée que sous la forme d'une rente et une autre part qui peut être versée à la demande en capital. Mettre un terme à cette possibilité faciliterait ainsi la compréhension des mécanismes d'indemnisation et leur gestion.

Le rapporteur général relève par ailleurs que le rachat de la rente s'effectue aujourd'hui dans des conditions financières défavorables aux bénéficiaires compte tenu de l'ancienneté du barème de conversion des rentes en capital qui ne prend pas en compte l'allongement de l'espérance de vie depuis 1954.

Au regard de tous ces arguments, l'alternative d'actualisation du barème ne semble ni soutenable financièrement, ni souhaitable sur le fond.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. Le contenu du dispositif

Il est proposé de supprimer le dispositif de rachat partiel de rente d'AT-MP. En conséquence, le **a** du **2°** du **I** abroge le premier alinéa de l'article L. 434-3 du code de la sécurité sociale.

Le **b** opère une coordination au deuxième alinéa de ce même article au sujet des rentes qui font l'objet d'une conversion partielle, à la demande de la victime, en rente réversible, au bénéfice de son conjoint, de son partenaire d'un pacte civil de solidarité ou de son concubin.

Le présent article prévoit également des modifications de coordination : le **c** du **2** du **I** actualise le dernier alinéa de l'article L. 434-3 tandis que le **3°** du **I** vient mettre à jour les articles L. 434-4 et L. 434-5.

L'abrogation du dispositif de rachat de rente concerne également les salariés et assimilés agricoles y compris ceux affiliés au régime AT-MP local spécifique aux

départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. En effet, les modalités d'indemnisation AT-MP applicables à ces assurés s'inscrivent dans les mêmes règles et conditions que celles du régime général de réparation des AT-MP.

2. Les économies générées par le dispositif

Si la conversion d'une rente d'AT-MP en capital est théoriquement neutre pour les finances publiques à long terme, tel n'est pas le cas à court terme puisque l'État verse par anticipation une créance aux bénéficiaires de l'indemnisation.

Au regard des dépenses de l'exercice 2017, la mesure devrait générer une économie de l'ordre de 29 millions d'euros la première année du fait de la suppression du dispositif sans mesure transitoire. Le tableau ci-dessous retrace le coût annuel de la capitalisation partielle des rentes entre 2013 et 2017.

	2013	2014	2015	2016	2017
Montant (en M€)	36,5	37,0	34,2	31,0	29,6
<i>Évolution par rapport à l'année précédente (%)</i>		1,2 %	- 7,4 %	- 9,3 %	-4,7 %
Nombre de rachats	5 222	5 158	4 768	4 395	4 182
<i>Évolution par rapport à l'année précédente (%)</i>		- 1,2 %	- 7,6 %	- 7,8 %	- 4,8 %

Source : Étude d'impact du PLFSS 2020, direction des risques professionnels de la CNAM.

3. L'entrée en vigueur du dispositif

Conformément au **II** du présent article, les nouveaux articles L. 434-3 à L. 434-5 du code de la sécurité sociale entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020.

II. LA SIMPLIFICATION DE LA NOTIFICATION DU TAUX AT-MP AUX EMPLOYEURS

A. LE DISPOSITIF ACTUEL : UNE NOTIFICATION PRINCIPALEMENT PAR COURRIER

1. Les modalités de calcul du taux AT-MP

Parmi les cotisations dues par les employeurs figurent les cotisations d'accidents du travail (AT) et maladies professionnelles (MP). Celles-ci sont calculées chaque année sur le salaire total à partir d'un taux fixé par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT).

La tarification du risque dépend de l'activité et de la taille et de l'entreprise.

- S'agissant de l'activité, le taux est calculé en fonction de la sinistralité du secteur au niveau national. Ainsi, plus la sinistralité du secteur est forte, plus le taux est élevé.

- S'agissant de la taille, plus la taille de l'entreprise augmente, plus le taux est individualisé et repose sur les résultats de l'établissement en matière de sécurité :

- un taux *collectif* est appliqué aux entreprises de moins de 20 salariés (TPE). Les TPE sont donc solidaires économiquement des coûts des accidents et maladies liés au travail ;
- un taux *mixte* est retenu pour les entreprises de 20 à 149 salariés ;
- un taux *individuel* est calculé pour les entreprises de 150 salariés ou plus.

La notification du taux de cotisation AT-MP et du classement dans les différentes catégories de risque s'effectue actuellement par courrier simple pour les établissements à tarification collective (moins de 20 salariés) et par lettre recommandée avec accusé de réception pour les établissements à tarification mixte ou individuelle.

Afin de réduire les dépenses de fonctionnement de la branche AT-MP et d'améliorer l'offre de services aux entreprises, la convention d'objectifs et de gestion 2018-2022 prévoit la généralisation progressive de la notification dématérialisée de ces taux.

2. La récente création du compte AT-MP en ligne

Depuis 2018, chaque entreprise peut créer un compte AT-MP sur le site internet www.net-entreprises.fr. Les entreprises peuvent y consulter les taux de cotisation avec le détail de leur calcul, retrouver les derniers sinistres professionnels reconnus ou accéder à des informations sur les cotisations ainsi que les barèmes des coûts moyens par secteur d'activité. Elles ont également la possibilité de retrouver en ligne les services de l'assurance maladie (déclaration d'accident du travail, etc.). En outre, des informations sur les aides financières qui peuvent être versées par chaque branche dans le cadre de démarches et d'actions de prévention ou encore un simulateur de tarification seront également disponibles sur ce compte à terme. Le compte AT-MP est ainsi conçu comme le principal vecteur de la dématérialisation.

Un an après la création du site www.net-entreprises.fr, il apparaît que le compte AT-MP est encore peu utilisé par les entreprises, en particulier par les petites structures à tarification collective. Cette situation peut s'expliquer par le fait qu'elles sont moins intéressées par les comparaisons avec les taux AT-MP d'entreprises appartenant à leur secteur d'activité compte tenu du mode de calcul de leur propre taux. Seuls 30 % des établissements ont ouvert un compte AT-MP

et moins de 2 % de l'ensemble des employeurs ont adhéré au service de notification dématérialisée.

Or, conformément à l'article L. 112-15 du code des relations entre le public et l'administration, il n'existe aucune obligation légale pour les entreprises d'accepter de se voir notifier de manière dématérialisée leur taux AT-MP, le droit en vigueur reposant sur leur bonne volonté. Chaque établissement doit donc faire la démarche d'adhérer au service en ligne.

Il est donc envisagé de rendre systématique la notification dématérialisée de l'ensemble des taux AT-MP.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE NOTIFICATION DÉMATÉRIALISÉE

1. Le contenu du dispositif

Le I de l'article introduit trois alinéas après le troisième alinéa de l'article L. 242-5 du code de sécurité sociale.

Le premier alinéa prévoit que les « *décisions relatives au taux de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles et au classement des risques dans les différentes catégories sont notifiées par voie électronique par la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail compétente selon des modalités fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale* ».

Afin de recevoir les notifications, chaque employeur doit réaliser les démarches nécessaires à la mise à disposition des notifications, c'est-à-dire créer un compte AT-MP sur le site www.net-entreprises.fr. À défaut, il s'expose, conformément au troisième alinéa, à l'application d'une pénalité dont le montant, qui peut être distinct selon l'effectif de l'établissement, est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur⁽¹⁾, au titre de chaque personne comprise dans les effectifs calculés selon les modalités prévues au deuxième alinéa du I de l'article L. 130-1. Cette pénalité ne peut excéder un montant annuel, revalorisé dans des conditions fixées par le même arrêté, de 10 000 euros.

Selon le deuxième alinéa, après la réalisation par l'employeur des démarches nécessaires à la mise à disposition de ces décisions, celles-ci sont réputées notifiées à leur date de consultation ou au plus tard dans un délai de

(1) Le plafond de la sécurité sociale est un montant de référence (barème) pris en compte pour le calcul du montant maximal de certaines prestations sociales comme les indemnités journalières pour maladie, accident du travail, maternité, paternité, les pensions d'invalidité et les pensions d'assurance vieillesse du régime général. Il permet aussi de calculer certaines cotisations sociales dites « plafonnées ». Il est calculé par jour, semaine, mois, trimestre et année. En 2019, le plafond journalier s'élève à 186 euros et le plafond annuel à 40 524 euros.

quinze jours suivant leur mise à disposition (sur le compte AT-MP de l'employeur).

Il est précisé par l'étude d'impact que la notification dématérialisée s'effectuera selon le même calendrier annuel que celui actuellement en vigueur pour la notification des taux par courrier simple ou par lettre recommandée avec accusé de réception. Ainsi, les employeurs recevront un courriel de notification : ils pourront, en cliquant sur le lien hypertexte ou en se connectant directement au compte AT-MP, consulter la décision relative au taux de cotisation disponible en format pdf. L'ouverture de la décision au format pdf quand ils sont plusieurs, générera l'accusé de réception de la notification ; en l'absence d'ouverture de la décision, le taux sera automatiquement considéré comme notifié à l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de la date de mise à disposition de la décision sur le compte AT-MP.

2. Une entrée en vigueur progressive

Cette disposition entrera en vigueur de manière progressive à compter du 1^{er} janvier 2020.

Le 1^o du **II** du présent article précise toutefois que la dématérialisation de la notification des taux AT-MP s'imposera uniquement aux entreprises redevables de la cotisation AT-MP dont l'effectif est supérieur à 149 salariés, à l'exception de celles ayant demandé, entre le 21 octobre et le 18 décembre 2019 à la CARSAT compétente à ne pas bénéficier, jusqu'au 31 décembre 2020, du procédé électronique de notification.

Le 2^o du **II** dispose que la dématérialisation de la notification des taux AT-MP s'imposera à l'ensemble des entreprises redevables de la cotisation AT-MP à compter du 1^{er} janvier 2021.

Cette démarche s'articulera avec les procédures mises en place dans le cadre de la déclaration sociale nominative (DSN)⁽¹⁾. Cette montée en charge progressive s'inscrit en cohérence avec le calendrier de mise en place de la transmission dématérialisée des informations nécessaires à l'établissement de la DSN, qui repose également sur une généralisation en 2021. Ce calendrier de déploiement apparaît également cohérent avec une approche généralisée d'échanges dématérialisés entre les entreprises et leurs organismes sociaux, notamment du fait de l'achèvement du déploiement de la DSN.

(1) La déclaration sociale nominative (DSN) est un fichier mensuel produit à partir de la paie destiné à communiquer les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées permettant de remplacer l'ensemble des déclarations périodiques ou événementielles et diverses formalités administratives adressées jusqu'à aujourd'hui par les employeurs à une diversité d'acteurs (CPAM, URSSAF, AGIRC-ARRCO, organismes complémentaires, Pôle emploi, centre des impôts, caisses régimes spéciaux, etc.). La DSN repose sur la transmission unique, mensuelle et dématérialisée des données issues de la paie et sur des signalements d'événements.

3. Les économies générées par le dispositif

Cette mesure devrait permettre de réaliser des économies évaluées à 560 000 euros en 2020, sur la base de l'hypothèse selon laquelle deux tiers des entreprises en tarification individuelle passeraient à la dématérialisation des notifications des taux AT-MP, à 950 000 euros les deux années suivantes. Cette économie correspond aux frais d'affranchissement des plis envoyés.

*

* *

Article 55

Rénovation des politiques d’indemnisation de l’incapacité de travail de longue durée

Adopté par la commission sans modification

Les pensions d’invalidité visent à indemniser la perte de revenus d’activité résultant d’un accident ou d’une maladie non professionnels. Près de 820 000 personnes bénéficient d’une pension d’invalidité, dont 667 000 pour le seul régime général. Parmi elles, près d’un tiers exercent une activité professionnelle.

Néanmoins, le cadre juridique de l’invalidité est à bien des égards obsolète, et n’encourage pas le maintien dans l’emploi ni la reprise d’une activité professionnelle. En outre, plusieurs prestations versées au titre de l’invalidité ont des montants très bas par rapport à d’autres revenus de remplacement, faute de revalorisation suffisante depuis plusieurs années.

Cet article propose en conséquence plusieurs mesures visant à améliorer la prise en charge de l’invalidité, tout en encourageant le retour à l’emploi des bénéficiaires de pensions d’invalidité. Outre une clarification des conditions médicales d’ouverture du droit à la pension d’invalidité, cet article propose ainsi de réformer le mécanisme d’écêtement applicable en cas de cumul entre une pension d’invalidité et des revenus d’activité professionnelle, pour lever les freins financiers au retour vers l’emploi.

Cet article propose en outre d’encadrer les modalités de cumul entre certains revenus de remplacement, en instaurant une durée maximale de cumul entre les indemnités journalières et le cumul emploi-retraite, d’une part, et en supprimant la possibilité de cumul entre une pension d’invalidité et la retraite progressive.

L’article 55 améliore enfin les modalités d’indemnisation au titre de l’invalidité, en modifiant les modalités de calcul de deux prestations, l’allocation supplémentaire d’invalidité, au 1^{er} avril 2020, et les pensions d’invalidité des non-salariés agricoles, dès le 1^{er} janvier 2020. Cette réforme permettra de garantir un minimum de revenus décent à leurs bénéficiaires.

I. UNE POLITIQUE D’INDEMNISATION DE L’INCAPACITÉ DE TRAVAIL DE LONGUE DURÉE DEVENUE INADAPTÉE

Les pensions d’invalidité répondent à une logique de compensation de perte de gain pour les assurés dont la capacité de travail est réduite de manière substantielle et permanente, à la suite d’un accident ou d’une maladie n’ayant pas une origine professionnelle.

Les dépenses de prestations d’invalidité de l’ensemble des régimes de base sont estimées à 11 milliards d’euros ⁽¹⁾ par an par la Cour des comptes ⁽²⁾. Elles représentent donc un enjeu financier considérable, alors même que la politique de gestion de l’invalidité échappe, selon la Cour, à la plupart des mécanismes de

(1) Hors dépenses versées par les complémentaires au titre de l’invalidité.

(2) Cour des comptes, Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale, 8 octobre 2019.

régulation de l'assurance maladie, notamment à l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Les modalités d'attribution d'une pension d'invalidité, les conditions de cumul de cette dernière avec d'autres catégories de revenus de remplacement ou encore l'accompagnement des bénéficiaires d'une pension d'invalidité vers l'emploi n'ont pas été réformés depuis de nombreuses années et présentent, à ce titre, des défaillances ou incohérences que le présent article entreprend, pour partie, de corriger.

A. LE CADRE JURIDIQUE

1. Les conditions d'ouverture du droit à la pension d'invalidité

Les personnes dont la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers à la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle peuvent être considérées comme invalides par l'assurance maladie et prétendre, dans certaines conditions, au versement d'une pension d'invalidité. Cette dernière vise ainsi à compenser la perte de revenus résultant de la réduction de la capacité de travail.

Les conditions d'ouverture du droit à la pension d'invalidité sont définies à l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale.

Article L. 341-1 du code de la sécurité sociale

« L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à la fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme. »

L'incapacité peut ainsi être reconnue lorsque plusieurs conditions cumulatives sont remplies :

– la capacité de travail et de gain doit être réduite d'au moins deux tiers à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non professionnelle : cela signifie que la personne reconnue invalide n'est – en théorie – pas en mesure de se procurer un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale des travailleurs correspondant à la même catégorie et travaillant dans la même région ;

– le demandeur ne doit pas encore avoir atteint l'âge légal de la retraite ;

– le demandeur doit en outre être affilié à l'assurance maladie depuis au moins un an au moment de l'arrêt de travail lié à l'invalidité, ou lors de la

constatation de l'invalidité par le médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie du demandeur ;

– enfin, le demandeur doit être en mesure de justifier avoir effectué au moins 600 heures de travail salarié – ou avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2 030 fois le SMIC horaire – au cours des douze mois précédant l'arrêt de travail pour invalidité ou constatation médicale de l'invalidité.

La caisse d'assurance maladie dispose d'un délai de deux mois pour informer le demandeur de sa décision relative à l'attribution ou non d'une pension d'invalidité, suite à la formulation de la demande effectuée soit par le demandeur, soit par son médecin traitant, soit par le médecin-conseil du service médical de l'assurance maladie lui-même.

Revalorisé chaque année au 1^{er} avril, le montant de la pension d'invalidité est calculé sur la base d'un salaire annuel moyen, à partir des dix meilleures années de salaire, et varie en fonction de la catégorie considérée (cf. tableau ci-après).

MONTANTS MENSUELS MINIMUM ET MAXIMUM DE LA PENSION D'INVALIDITÉ, EN FONCTION DE LA CATÉGORIE CONSIDÉRÉE

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire annuel moyen	Montant mensuel minimum	Montant mensuel maximum
1 ^{ère} catégorie	30 %	289,90 €	1 013,10 €
2 ^{ème} catégorie	50 %	289,90 €	1 688,50 €
3 ^{ème} catégorie	50 %, majoré de 40 % au titre de la majoration pour tierce personne	1 411,82 €	2 810,43 €

Source : article R. 341-5 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le montant des ressources de l'assuré est inférieur à un plafond fixé par décret, l'assuré peut demander, quel que soit son âge, le bénéfice de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) mentionnée à l'article L. 815-3 du code de la sécurité sociale.

2. La reconnaissance de l'invalidité n'entraîne pas systématiquement d'incapacité de travail

Les personnes invalides sont classées en trois catégories par la sécurité sociale, selon la compatibilité entre le niveau d'invalidité retenu et la capacité professionnelle de l'assuré :

– la première catégorie correspond aux personnes invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

– la deuxième catégorie correspond aux personnes invalides absolument incapables d'exercer une profession ;

– la troisième catégorie correspond aux personnes invalides incapables d'exercer une profession qui, en outre, sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante.

Néanmoins, contrairement à ce qui pourrait être déduit de cette classification, la reconnaissance de l'invalidité entraînant versement d'une pension n'entraîne pas systématiquement d'incapacité au travail.

Contrairement à l'invalidité, prononcée par le médecin-conseil de l'assurance maladie, l'incapacité est en effet prononcée par le médecin du travail : ce dernier peut ainsi déclarer une personne apte à travailler, dans les conditions définies dans son avis d'aptitude, même en cas de classement en deuxième ou troisième catégorie, comme l'a admis une jurisprudence de la chambre sociale de la Cour de cassation de 2005 ⁽¹⁾.

Cette situation entretient une confusion persistante entre l'invalidité, prononcée par le médecin-conseil de l'assurance maladie, et l'incapacité, prononcée par le médecin du travail alors que dans les faits, un nombre croissant de personnes invalides exercent une activité professionnelle (*cf. infra*).

3. Les modalités de révision, de suspension ou de suppression de la pension d'invalidité

Aux termes de l'article L. 341-9 du code de la sécurité sociale, la pension d'invalidité est toujours attribuée à titre temporaire. Elle peut néanmoins être révisée, suspendue ou supprimée à tout moment, notamment :

– pour des raisons médicales, en cas d'amélioration ou d'aggravation de l'état de santé du demandeur ;

– en cas de reprise d'une activité professionnelle ;

– en cas d'atteinte de l'âge légal de la retraite : la pension d'invalidité se transforme alors en pension de retraite pour inaptitude. En cas d'atteinte de l'âge de la retraite et d'exercice simultané d'une activité professionnelle, la pension d'invalidité continue cependant d'être versée jusqu'à l'âge maximal de 67 ans.

(1) *Cass. soc.*, 22 février 2005, n° 03-11.467 : « l'attribution d'une pension d'invalidité de la deuxième catégorie par un organisme de sécurité sociale n'implique pas que son bénéficiaire soit inapte au travail au sens de l'article L. 351-1 du Code du travail ».

B. UN RÉGIME OBSOLÈTE À PLUSIEURS ÉGARDS

1. L'évolution du profil des personnes en invalidité entraîne une hausse du taux d'activité

Les données publiées ⁽¹⁾ par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé permettent de dresser le profil-type des bénéficiaires de pensions d'invalidité. Fin 2017, 819 000 personnes bénéficiaient ainsi d'une pension d'invalidité dans l'un des régimes de base, dont 667 000 au régime général.

L'âge moyen des nouveaux titulaires de pension d'invalidité s'élève à plus de 51 ans, tous régimes confondus, mais le nombre de bénéficiaires d'une pension d'invalidité est directement corrélé à l'âge : fin 2017, 8 000 pensionnés avaient 40 ans, 27 300 avaient 50 ans et 70 400 avaient 60 ans.

RÉPARTITION DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ AU 31 DÉCEMBRE 2017, SELON LEUR RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE

	Bénéficiaires d'une pension d'invalidité (hors réversion)		Répartition (en %)			Montant mensuel moyen (en euros)
	Effectifs (en milliers)	Âge moyen	Cat. 1	Cat. 2	Cat. 3	
Régimes dans le champ de l'invalidité*	819,5	–	–	–	–	–
<i>Dont régime général (CNAMTS)</i>	666,9	53,1	24	74	2	750
<i>Dont MSA salariés</i>	27,6	53,3	26	71	2	229
<i>Dont MSA non-salariés</i>	11,5	55,4	40	57	3	50
<i>Dont Sécurité sociale des indépendants (SSI)</i>	34,3	53,7	60	37	3	300

* La DREES retient également dans ce champ la fonction publique civile et militaire, ainsi que plusieurs régimes spéciaux : CNIEG, CNRACL, SNCF et RATP, non présentés ici.

Source : DREES.

Selon l'étude d'impact, « certaines des pathologies majoritaires parmi les causes de passage en invalidité apparaissent de plus en plus compatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle, à condition que celle-ci soit correctement aménagée ». De fait, un nombre croissant de bénéficiaires d'une pension d'invalidité exercent une activité professionnelle : leur taux d'activité a fortement augmenté en une dizaine d'années, puisque près d'un tiers des pensionnés exercent une activité en 2017, contre un cinquième des pensionnés dix années auparavant.

(1) DREES, « Les retraités et les retraites », Panoramas de la DREES, juin 2019.

TAUX D'ACTIVITÉ DES PENSIONNÉS D'INVALIDITÉ

	2006	2017
Catégorie 1	58 %	70 %
Toutes catégories	21 %	30,3 %

Source : Étude d'impact.

Cela s'explique, selon la même source, par la tertiarisation du marché du travail et notamment le développement du télétravail, qui permettent « *d'envisager des modalités de travail plus souples pour les personnes touchées par des pathologies chroniques* ».

Cette évolution du profil des pensionnés d'invalidité va de pair avec une plus grande aspiration à l'exercice d'une activité professionnelle. Cette aspiration se heurte pourtant aux règles actuelles de versement de la pension qui, paradoxalement, n'encouragent nullement la reprise d'activité.

2. Des modalités de calcul de la pension défavorables en cas de reprise d'activité

L'article L. 341-12 du code de la sécurité sociale prévoit la suspension de la pension d'invalidité en cas de reprise, pendant plus de deux trimestres consécutifs, d'une activité professionnelle générant des revenus dépassant le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'invalidité.

Prenons l'exemple d'une personne dont le salaire trimestriel moyen (STM) s'établissait à 1 000 euros avant l'entrée en invalidité, et qui bénéficie d'une pension d'invalidité de 300 euros, calculée sur le fondement des dix meilleures années d'activité :

– en cas de reprise d'activité, cette personne continuera de bénéficier de l'intégralité de sa pension d'invalidité et des revenus issus de son activité, jusqu'à ce que le cumul des deux atteigne le seuil de 1 000 euros – par exemple, si elle gagne 600 euros par mois, elle continuera de percevoir en complément les 300 euros de sa pension d'invalidité ;

– dès lors que le cumul de la pension et de l'activité dépasse le seuil de 1 000 euros, le montant de la pension est réduit à due concurrence du dépassement du seuil constaté. Si les revenus d'activité s'élèvent à 800 euros, par exemple, le montant de la pension accordée est écrêté de 100 euros et ne sera plus que de 200 euros ;

– lorsque le montant des revenus d'activité dépasse à lui seul le STM, c'est-à-dire 1 000 euros dans cet exemple, la pension est considérée comme intégralement suspendue ; l'assuré ne conserve en conséquence que ses revenus d'activité.

Ces écrêtements partiels ou totaux ont concerné, selon l'étude d'impact, environ 60 000 pensions en 2018, pour un montant total d'économies de l'ordre de 157 millions d'euros pour l'année 2017.

Ce système d'écrêtement présente cependant le défaut majeur de ne pas encourager à la reprise d'activité. En effet, selon les termes de l'étude d'impact, ce système « *fige les revenus d'activité de l'assuré au moment de la survenance de la pathologie, ce qui n'incite ni à augmenter la quotité de travail, ni à poursuivre une trajectoire professionnelle ascendante* ».

Comme l'a souligné un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés ⁽¹⁾, ce mécanisme désincitatif à la reprise d'activité, conçu « *à une époque où la période d'invalidité jouait essentiellement le rôle de transition vers la retraite pour des salariés âgés* » n'est plus adapté au profil d'un nombre croissant de pensionnés d'invalidité, notamment des salariés « *plus jeunes, atteints de maladies chroniques évolutives et souhaitant rester en emploi le plus longtemps possible* ».

Une personne souhaitant reprendre une activité salariée ou non salariée n'y trouvera ainsi aucun avantage financier tant que le revenu tiré de cette activité est inférieur au salaire trimestriel moyen de sa dernière année d'activité avant le basculement dans l'invalidité, car « *toute augmentation du salaire (promotion, primes, etc.) entraîne une diminution de la pension, ce qui prive les employeurs et les salariés concernés d'un levier de motivation essentiel* » ⁽²⁾.

Le fait de retenir le salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité s'avère, de surcroît, très désavantageux pour les personnes dont les revenus ont diminué la dernière année avant leur entrée en invalidité, car « *plus les salaires du dernier trimestre sont faibles, plus la reprise d'emploi conduit à réduire le montant de la pension d'invalidité, voire l'annule totalement* » ⁽³⁾.

À l'inverse, lorsque le dernier salaire trimestriel moyen est élevé, le mode de calcul actuel permet de cumuler une rémunération importante en complément de la pension d'invalidité – une situation « *peu cohérente* », selon les termes de la Cour des comptes, avec la réduction de capacité de travail présumée de l'assuré.

3. Des montants versés relativement faibles au regard d'autres prestations comparables

Le montant de la pension d'invalidité est directement lié, comme cela a été présenté, aux revenus des dernières années d'activité.

(1) [Inspection générale des affaires sociales \(IGAS\). La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, décembre 2017.](#)

(2) Ibid.

(3) Cour des comptes, rapport précité.

Ainsi, au régime général, le montant moyen de la pension d'invalidité s'établit à 510 euros par mois pour les personnes en mesure d'exercer une activité rémunérée (catégorie 1), à 800 euros pour les personnes en catégorie 2, et à 1 800 euros par mois pour les personnes les plus dépendantes (catégorie 3).

En l'absence d'autres ressources, les bénéficiaires de la pension d'invalidité peuvent se voir verser en complément l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), dont le montant maximal est de 415,98 euros par mois. Au total, le bénéfice de la pension d'invalidité et de l'ASI ne peut dépasser 723,25 euros par mois.

Or, ce plafond de ressources de 723,25 euros garanti aux bénéficiaires de l'ASI est très faible par rapport aux autres types de prestations différentielles versées aux personnes en situation de handicap ou aux personnes âgées dépourvues de ressources :

– le montant maximal de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) s'élève ainsi à 860 euros maximum par mois pour une personne seule – un montant qui sera revalorisé à 900 euros au 1^{er} novembre 2019 ;

– le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) s'élève quant à lui à 868,20 euros maximum par mois depuis le 1^{er} janvier 2019, et atteindra 903,20 euros à compter du 1^{er} janvier 2020.

• En outre, dans certains régimes, le montant moyen de la pension est particulièrement faible : le montant de la pension versée aux non-salariés agricoles s'élevait ainsi en 2017 à 280 euros seulement pour les pensionnés en catégorie 1, et à 360 euros pour les pensionnés en catégorie 2.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

• Pour répondre aux différents écueils des règles actuelles de l'invalidité, le présent article propose d'ajuster immédiatement certaines de ces règles. Il est ainsi proposé de rénover les conditions d'ouverture du droit à la pension d'invalidité (A), de moderniser les conditions de cumul entre pension d'invalidité et revenus d'activité professionnels pour inciter à la reprise d'activité (B), de rationaliser les modalités de cumul entre certains revenus de remplacement, c'est-à-dire entre les indemnités journalières et le cumul emploi retraite, d'une part, et entre les pensions d'invalidité et la retraite progressive, d'autre part (C). L'article propose également de revaloriser certaines prestations versées au titre de l'invalidité, à savoir l'allocation supplémentaire d'invalidité (D) et les pensions d'invalidité des non-salariés agricoles (E).

• D'après l'étude d'impact, cette réforme de l'invalidité sera constituée, dans un second temps, d'une expérimentation de six mois, dans deux organismes de service médical de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), visant à « *modifier les*

règles d'ouverture de droits et d'évaluation de l'invalidité », « *dans l'optique de pouvoir disposer de données fiables avant une potentielle réforme globale* ».

L'objectif de cette expérimentation serait de procéder à une double instruction des dossiers d'invalidité – sans pour autant modifier le versement des pensions, qui resteraient liquidées selon les règles actuelles – afin, notamment, d'étudier les conséquences, pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité :

– d'une réforme de l'évaluation de la perte de capacité de gain ;

– d'une redéfinition des catégories d'invalidité pour instaurer un dispositif de compensation des arrêts de travail réguliers résultant d'un état de santé durablement dégradé ;

– d'une plus grande progressivité de la majoration pour tierce personne.

Cette expérimentation ne fait toutefois l'objet d'aucune disposition à l'article 55 de ce projet de loi, car elle n'est pas de nature législative. En conséquence, elle ne fera l'objet d'aucun développement dans ce commentaire d'article.

A. CLARIFICATION DES CONDITIONS MÉDICALES D'OUVERTURE DU DROIT À LA PENSION D'INVALIDITÉ

● Aux termes des articles L. 341-1 et L. 341-3 du code de la sécurité sociale, pour rendre sa décision d'attribution d'une pension d'invalidité, le médecin-conseil de l'assurance maladie doit en théorie être en mesure de déterminer la perte de « *capacité de travail ou de gain* » de l'assuré, en tenant compte « *de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle* ».

Cette définition comporte une difficulté intrinsèque : le médecin-conseil de l'assurance maladie n'est pas tant chargé d'évaluer l'altération de l'état de santé d'une personne, qui repose sur des critères strictement médicaux, que d'évaluer les effets de cette altération sur sa capacité de travail – et donc de gain – en vue de sa compensation financière. Ces médecins ne disposent cependant d'aucune expertise particulière en matière d'emploi, rendant particulièrement complexe la décision d'octroi d'une pension d'invalidité et, *a fortiori*, sa classification dans l'une des trois catégories visant à moduler son montant.

En outre, l'absence de précision des conditions médicales d'ouverture du droit à la pension d'invalidité est susceptible d'alimenter un sentiment d'inégalité

de traitement entre les assurés – les décisions étant souvent mal comprises par les demandeurs –, et est d'ailleurs à l'origine de nombreux contentieux ⁽¹⁾.

• Cet article propose en conséquence de clarifier les conditions médicales d'ouverture de droit à la pension d'invalidité.

Le 4° du I modifie à cette fin l'article L. 341-1 du code de la sécurité sociale pour préciser que la réduction de la capacité de travail ou de gain du demandeur doit l'empêcher de se procurer un salaire supérieur « à une fraction de la rémunération soumise à cotisations et contributions sociales » qu'il percevait dans sa profession antérieure. Cette définition est bien plus objectivable que l'ancienne définition retenue par le code de la sécurité sociale : elle permet de tenir compte seulement du salaire brut du pensionné, et non de ce qui devrait être la « rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie », qui est en pratique très complexe à déterminer.

Le 4° supprime également la référence à « l'usure prématurée de l'organisme » – une expression médicalement impossible à définir –, qui conditionnait jusqu'alors la possibilité pour le médecin-conseil de considérer la date de constatation médicale de l'invalidité comme point de départ du droit à une pension d'invalidité.

D'après l'étude d'impact, certaines caisses définissent déjà la perte de capacité de travail ou de gain par rapport à la catégorie de travail exercée par l'assuré, et non par rapport à une « profession quelconque », comme le proposait la rédaction antérieure. La rédaction proposée permettra dès lors une convergence des pratiques des caisses.

• Le 12° et le 13° du I procèdent par ailleurs à une modification rédactionnelle relative à la rémunération du demandeur, par coordination avec la modification opérée au 4° du I.

B. ASSOULISSEMENT DES RÈGLES DE CUMUL ENTRE PENSION D'INVALIDITÉ ET REVENUS D'ACTIVITÉ POUR ENCOURAGER LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI ET LA REPRISE D'ACTIVITÉ

Afin d'encourager la reprise d'activité pour les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, cet article propose donc d'adapter les règles de suspension des pensions d'invalidité en cas de cumul avec des revenus professionnels d'activité ⁽²⁾.

Le 12° du I propose de modifier l'article L. 341-12 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de suspension du service de la pension en cas de

(1) D'après les informations transmises au rapporteur général, 2 509 dossiers contentieux concernant le risque invalidité ont été traités par les commissions de recours amiable (CRA) de l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie en 2016.

(2) Cette mesure répond à la recommandation n° 27 du rapport de l'IGAS précité.

reprise partielle ou totale du travail. La modification proposée dispose que le service de la pension peut être suspendu « *au-delà d'un seuil et dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État* ».

Si cette disposition n'apporte pas de changement majeur par rapport à la rédaction précédente, qui renvoyait déjà à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions applicables à la suspension de la pension, l'étude d'impact détaille toutefois les mesures réglementaires envisagées pour réformer le dispositif d'écrêtement.

L'ambition de cette réforme est que « *toute heure travaillée constitue un gain financier* » pour les personnes en invalidité faisant le choix de reprendre une activité professionnelle.

- Deux modifications seraient proposées.

En premier lieu, afin de ne pas pénaliser les personnes ayant connu une diminution de leurs revenus professionnels avant le passage en invalidité, le seuil à compter duquel l'écrêtement deviendrait applicable serait fixé, selon le calcul le plus favorable au salarié :

– soit au salaire trimestriel moyen de la dernière année d'activité, comme aujourd'hui ;

– soit au salaire annuel moyen des dix meilleures années d'activité avant le passage en invalidité, qui correspond au salaire retenu pour le calcul du montant de la pension d'invalidité.

En second lieu, l'étude d'impact explique qu'à compter de ce seuil de ressources, la pension d'invalidité serait réduite, « *mais seulement d'un pourcentage des gains constatés, afin de garantir un intérêt à augmenter sa quotité de travail, en supprimant ainsi l'effet couperet qui existe actuellement* ». Ce mécanisme serait donc « *dans tous les cas favorables à la reprise d'activité* ».

● D'après l'étude d'impact, le coût de la réforme de l'écrêtement s'élève à 72 millions d'euros par an. Néanmoins, la modification du seuil d'écrêtement devrait permettre d'accroître en parallèle le nombre de personnes dépassant ce seuil de 10 points, grâce à une plus forte incitation à la reprise d'activité ou à l'augmentation de la quotité de travail. Les économies tirées de cette hausse de l'activité, évaluées à 32 millions d'euros, viendraient minorer le coût total de la réforme de l'écrêtement : le coût net de cette réforme serait donc de 40 millions d'euros.

● Le rapporteur général tient à saluer cette mesure visant à encourager le retour à l'emploi des personnes en situation d'invalidité. Il souligne néanmoins la nécessité de compléter ce levier financier par un volet « accompagnement » des pensionnés d'invalidité vers le retour à l'emploi : comme l'a souligné le rapport de la Cour des comptes, il convient en effet d'élaborer une stratégie détaillée pour

prévenir au maximum la désinsertion professionnelle des personnes mises en invalidité.

C. ENCADREMENT DES MODALITÉS DE CUMUL ENTRE LES DIFFÉRENTS REVENUS DE REMPLACEMENT

1. Instauration d'une durée maximale de cumul entre les indemnités journalières et le cumul emploi-retraite

Le dispositif du cumul emploi-retraite permet à une personne ayant liquidé sa pension de retraite de cumuler le bénéfice de sa pension avec d'autres revenus d'activités, sous conditions.

Le retraité en emploi est soumis aux cotisations sociales de droit commun des salariés. En contrepartie, en cas de maladie, il bénéficie du versement des indemnités journalières dans les mêmes conditions qu'un salarié, comme le dispose l'article L. 323-2 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Cet article encadre en théorie le versement des indemnités journalières afin que ces dernières soient réduites de la somme des avantages de retraite, voire supprimées lorsque ces avantages atteignent un montant supérieur à celui de l'indemnité journalière, lorsque ce montant dépasse un plafond fixé par décret. Or, en l'absence de publication de ce décret, un cumul intégral de la pension versée dans le cadre du cumul emploi-retraite et des indemnités journalières a lieu, le cas échéant tant que le droit aux indemnités journalières est ouvert, c'est-à-dire jusqu'au 360^e jour d'indemnisation, ou jusqu'à trois ans d'indemnisation pour une affection de longue durée ⁽²⁾.

Ce cumul sans condition ne s'applique pas, néanmoins, lorsque l'assuré a liquidé ses droits à pension de retraite au titre d'une retraite pour inaptitude. Le cas échéant, la durée du cumul de la pension et des indemnités journalières est limitée à six mois, d'après l'étude d'impact.

- Cet article propose donc de limiter la durée du cumul des indemnités journalières et de la pension de retraite versée en cas de cumul emploi-retraite, sur le modèle applicable à la retraite pour incapacité.

Le 1^o du I propose en conséquence une nouvelle rédaction de l'article L. 323-2 du code de la sécurité sociale, afin de rendre effective la fixation d'une durée maximale de cumul entre les indemnités journalières versées par l'assurance maladie et la pension versée dans le cadre du cumul emploi-retraite. La durée maximale de cumul sera fixée par décret en nombre d'indemnités journalières, à hauteur de 60 indemnités journalières, d'après l'étude d'impact,

(1) *Sous réserve d'avoir cotisé une certaine durée ou d'avoir travaillé un minimum d'heures, selon les conditions prévues à l'article R. 313-3 du code de la sécurité sociale.*

(2) [*Conseil d'orientation des retraites, « Les dernières évolutions en matière de cumul emploi-retraite : quel dispositif pour quels objectifs? », document de travail n° 3, septembre 2015.*](#)

soit deux mois. La limite sera fixée « *pour l'ensemble de la durée du bénéfice* » du cumul emploi-retraite, ce qui signifie que ces indemnités devraient être fractionnables.

Cette règle s'appliquera également à la retraite pour inaptitude, puisque la nouvelle rédaction de l'article L. 323-2 du même code proposée au 1° du même I abroge l'alinéa qui prévoyait une limite distincte de cumul dans le cadre de cet avantage vieillesse.

Le VII précise que ces dispositions seront applicables aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} janvier 2021. Ce décalage d'entrée en vigueur s'explique en raison des délais liés aux développements informatiques nécessaires à la mise en place du dispositif.

- L'étude d'impact évalue à 50 millions d'euros les potentielles économies réalisées grâce à l'instauration de ce plafonnement. Cette hypothèse repose sur un nombre de bénéficiaires potentiels du dispositif du cumul emploi-retraite évalué à 475 000 personnes, dont 70 % sont à temps partiel, et une indemnisation moyenne des indemnités journalières de 29 euros par jour, durant 60 jours en moyenne.

2. Suppression de la possibilité de cumuler retraite progressive et pension d'invalidité

Le droit existant permet également aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ayant liquidé leur retraite mais continuant d'exercer une activité à temps partiel dans le cadre de la retraite progressive de cumuler le bénéfice des revenus tirés de cette activité avec le bénéfice de la pension d'invalidité.

Dans ce cas, la personne bénéficiaire de l'invalidité cumule trois sources de revenus : les revenus d'activité à temps partiel, la fraction de la pension de retraite issue de la liquidation de ses droits ainsi que la pension d'invalidité.

Cette possibilité de cumul est, en pratique, rarement utilisée : d'après les informations transmises au rapporteur, sur les 16 000 bénéficiaires de retraite progressive en 2017, seulement neuf cas de cumul entre une retraite progressive et une pension d'invalidité ont été recensés par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

Néanmoins, le cas de la retraite progressive est exorbitant du droit commun, car le versement de la pension d'invalidité est en principe réservé aux personnes n'ayant pas encore atteint l'âge légal de la retraite. Lorsqu'ils l'atteignent, ces personnes perçoivent automatiquement, en remplacement, une pension de retraite pour inaptitude au travail, calculée sur la base du taux plein, même si l'assuré n'a pas atteint le nombre de trimestres requis.

L'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale dispose, en outre, que le service de la pension d'invalidité est suspendu lorsque l'assuré bénéficie d'une

pension de retraite au titre de l'un des mécanismes de départ anticipé à la retraite, c'est-à-dire :

– la retraite anticipée les assurés ayant commencé à travailler jeunes (article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale) ;

– la retraite anticipée pour les assurés en situation de handicap (article L. 351-1-3 du même code) ;

– la retraite anticipée au titre de l'incapacité liée au travail (article L. 351-1-4 du même code).

Le cumul de revenus et de pensions accordé dans le cadre de la retraite progressive n'apparaît, dès lors, pas justifié.

● Cet article propose en conséquence de supprimer la possibilité de cumul entre la pension d'invalidité, d'une part, et les revenus issus de l'activité partielle et de la fraction de la pension de retraite accordée en cas de retraite progressive, d'autre part.

Le 12° du I modifie à cette fin l'article L. 341-14-1 du code de la sécurité sociale relatif aux cas de suspension du service de la pension d'invalidité, pour y ajouter l'article L. 351-15, relatif à la retraite progressive. Concrètement, cela signifie que le service de la pension d'invalidité sera suspendu lorsque le bénéficiaire opte pour la retraite progressive.

Par coordination, cet article étend également le champ de la suspension à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime, qui rend applicable le régime relatif à la retraite progressive au régime des non-salariés agricoles.

● La suppression de la possibilité de cumul invitera ainsi les bénéficiaires d'une pension d'invalidité à choisir entre deux dispositifs qui permettent déjà un cumul partiel entre revenus du travail et revenus de remplacement : soit en optant pour la retraite progressive, pour faciliter la transition entre l'activité et la retraite tout en cumulant des revenus d'activité avec une fraction de la pension de retraite, soit en choisissant de retarder la liquidation de sa pension de retraite pour continuer à poursuivre leur activité professionnelle au-delà de l'âge légal de la retraite, tout en continuant à bénéficier d'une pension d'invalidité.

D. AMÉLIORATION DES MODALITÉS D'INDEMNISATION PAR L'ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE D'INVALIDITÉ

Cet article propose ensuite de modifier plusieurs dispositions applicables à l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

1. Les conditions requises pour bénéficier de l'ASI

Cette allocation mensuelle, définie à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, est un « minimum social » versé aux personnes atteintes d'une invalidité générale réduisant de deux tiers leur capacité de travail ou de gain et disposant de faibles ressources, à condition de percevoir au moins l'une des pensions suivantes :

- une pension d'invalidité ;
- une pension de réversion ;
- une pension d'invalidité de veuf ou de veuve ;
- une pension de retraite anticipée pour handicap ou carrière longue ;
- une pension de retraite anticipée pour pénibilité.

Le plafond de ressources mensuelles à ne pas dépasser pour bénéficier de l'ASI est de 723,25 euros pour une personne seule, et de 1 266,82 euros pour un couple.

L'ASI peut être versée jusqu'à 62 ans, qui correspond à l'âge minimum requis pour percevoir l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

2. Les modifications proposées

a. Modernisation du mode de calcul du montant de l'allocation

● Cet article vise en premier lieu à corriger une incohérence entre deux dispositions du code de la sécurité sociale :

– l'article L. 815-24 dispose en effet que le montant de l'ASI « *est fixé par décret* » ;

– l'article L. 815-24-1 prévoit quant à lui l'éventuelle dégressivité de ce montant pour tenir compte de l'ensemble des ressources personnelles de l'intéressé et, le cas échéant, de son conjoint. Selon cet article, l'ASI n'est en effet due « *que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret* ».

Cette rédaction soulève une difficulté, car la fixation, par décret, du montant de l'allocation et la fixation, en parallèle, d'un plafond de ressources distinct, sans recherche de corrélation entre chaque montant, est responsable d'après les termes de l'étude d'impact d'une « *déconnexion croissante entre les deux montants* ».

Comme le souligne la Cour des comptes ⁽¹⁾, cette modalité de calcul de l'ASI est « *une particularité par rapport à tous les autres minima sociaux : le montant maximal du cumul de la pension d'invalidité et de l'ASI n'atteint pas le plafond de ressources à partir duquel cette prestation différentielle cesse d'être versée (705,88 euros contre 723,25 euros pour une personne seule en 2019)* ».

Le montant actuel maximal de l'ASI, qui s'élève à 415,98 euros par mois pour une personne seule, est en effet très éloigné du plafond de ressources mentionné à l'article L. 815-24-1 du code de la sécurité sociale, qui s'établit à 723,25 euros. Or, dans certains cas, le cumul de l'ASI avec une pension d'invalidité – par exemple une pension d'invalidité au montant minimal de 289,90 euros – ne permet même pas d'atteindre ce plafond de ressources à partir duquel l'ASI est dégressive, et qui garantirait pourtant un minimum de revenu décent.

En conséquence, afin de supprimer cette incohérence et, surtout, de garantir aux personnes bénéficiaires de l'ASI un minimum décent de revenus, le a du 1^o du II modifie l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le montant de l'ASI est déterminé « *pour garantir l'atteinte d'un niveau de ressources maximal* ». Ce niveau de ressources maximal déterminant le montant versé serait fixé par décret, en cohérence avec les plafonds de ressources définis à l'article L. 815-24-1 du même code.

● Selon l'étude d'impact, le relèvement de ce plafond concernerait 12 000 bénéficiaires de l'ASI, pour un coût estimé à 3 millions d'euros. Compte tenu du nombre de bénéficiaires de l'ASI cumulant cette allocation avec l'allocation aux adultes handicapés, le coût serait réduit à 1,5 million d'euros.

Par coordination, le 3^o du II modifie l'article L. 816-3 du code de la sécurité sociale pour préciser que seuls sont revalorisés le 1^{er} avril de chaque année, en fonction de l'inflation, les montants des plafonds de ressources prévus pour l'attribution de l'ASI, et non plus les montants de l'allocation.

● Le b du 1^o du II supprime en outre la dernière phrase de l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, qui dispose que le montant de l'allocation « *peut varier selon la situation matrimoniale des intéressés* ». Cette affirmation est en effet obsolète, puisque conformément à l'article L. 815-24-1 du même code, le calcul du montant de l'ASI tient déjà compte des revenus de l'ensemble des couples mariés, pacsés ou en concubinage, peu important leur situation matrimoniale.

(1) Cour des comptes, rapport précité.

• En application du deuxième alinéa du **VII**, ces différentes modifications s'appliqueront à compter des allocations versées au titre du mois d'avril 2020, concomitamment à la revalorisation proposée par voie réglementaire (*cf. infra*). L'étude d'impact évalue à 1,5 million d'euros en année pleine le coût de cette mesure.

b. Une revalorisation exceptionnelle du montant mensuel de l'ASI au mois d'avril 2020

La modernisation du mode de calcul de l'ASI sera complétée par une revalorisation exceptionnelle de son montant au titre du mois d'avril 2020.

La Cour des comptes ⁽¹⁾ souligne en effet que jusqu'en 2009, le plafond de ressources de l'ASI était aligné sur celui du minimum vieillesse ⁽²⁾. Or, depuis une dizaine d'années, le montant du plafond de ressources de l'ASI n'a plus suivi les revalorisations successives de ce minimum vieillesse. L'évolution du plafond de ressources, indexé sur les prix, est dès lors plus lente que l'évolution des salaires des pensionnés dont il est tenu compte pour calculer les pensions d'invalidité.

En conséquence, d'après l'étude d'impact, une revalorisation exceptionnelle de l'ASI sera opérée par voie réglementaire, portant à 750 euros le plafond de ressources pris en compte pour le versement de cette allocation, pour un coût estimé à 10 millions d'euros en 2020, et à 13,3 millions d'euros par an à compter de 2021.

c. La suppression du recouvrement sur succession de l'ASI

En application de l'article L. 815-28 du code de la sécurité sociale, les sommes versées au titre de l'ASI – à l'instar des sommes versées au titre de l'ASPA – sont récupérables au décès de l'allocataire sur sa succession, si l'actif net de la succession est au moins égal à un montant fixé, par décret, à 39 000 euros.

La récupération s'exerce dans la limite de 6 939,60 euros pour une personne seule, et 9 216,99 euros pour un couple de bénéficiaires.

D'après l'étude d'impact annexée au projet de loi, ce recouvrement sur succession « *peut s'avérer désincitatif, alors que les sommes recouvrées sont très faibles* », de l'ordre de 300 000 euros par an en moyenne. Ainsi, les personnes invalides possédant un patrimoine, notamment immobilier, peuvent préférer le transmettre à leurs enfants plutôt que de recourir à l'ASI, malgré leurs faibles ressources.

En outre, le recouvrement sur succession de l'ASI peut engendrer des charges en gestion pour les caisses de sécurité sociale, pour un rendement minime.

(1) Cour des comptes, rapport précité.

(2) Désormais appelé « allocation de solidarité aux personnes âgées » (ASPA).

Le 2° du **II** propose en conséquence la suppression de ce dispositif de recouvrement sur succession de l'ASI, en abrogeant l'article L. 815-28 du code de la sécurité sociale.

Le **VII** supprime par coordination une référence à l'article L. 815-28 dans l'article L. 153 du livre des procédures fiscales.

Le troisième alinéa du **VII** précise que la suppression du recouvrement sur succession de l'ASI sera effective dès le 1^{er} janvier 2020, y compris au titre des prestations versées avant cette date. Le coût pour l'assurance maladie sera de 300 000 euros par an.

E. RELÈVEMENT DU NIVEAU DES PENSIONS D'INVALIDITÉ DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

Contrairement aux pensions d'invalidité de droit commun, les pensions d'invalidité des non-salariés agricoles sont calculées sur une base forfaitaire.

Ce caractère forfaitaire est relativement défavorable aux bénéficiaires de ces pensions, puisque le montant versé est de 290 euros par mois pour une invalidité partielle (catégorie 1), et de 368 euros par mois pour une invalidité totale (catégorie 2), soit moins de la moitié des montants moyens versés aux assurés du régime général.

Pour mettre fin à ces écarts de montant de pension d'invalidité difficilement justifiables par des données objectives, cet article propose un nouveau mode de calcul des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, qui entraînera une revalorisation significative desdites pensions.

1. Redéfinition du mode de calcul des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles

Le **III** modifie à cette fin l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, qui définit les règles applicables aux prestations d'invalidité dues aux chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles, aux aides familiaux et aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole reconnus totalement inaptes, ou présentant une invalidité réduisant au moins des deux tiers leur capacité à l'exercice de la profession agricole.

Le mode de calcul rénové fait l'objet d'un nouvel alinéa, qui précise que les montants des pensions servies au titre d'une invalidité totale ou partielle ne peuvent être :

– ni inférieurs à des montants minimaux fixés par décret en Conseil d'État, d'une part ;

– ni supérieurs à des montants exprimés en pourcentage du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, d'autre part.

D'après l'étude d'impact, ce calcul tiendra désormais compte des revenus professionnels perçus avant l'entrée en invalidité, comme c'est déjà le cas pour les pensions de droit commun. Plus précisément, c'est le revenu annuel moyen correspondant aux trois meilleures années des huit années précédant celle au titre de laquelle la pension est due qui devrait être retenu.

Le fait d'avoir retenu les huit meilleures années – et non les dix meilleures années comme dans le régime général – s'explique par des raisons strictement opérationnelles : ces huit années correspondent ainsi à l'historique des revenus professionnels conservés dans les bases informatiques des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA).

2. Revalorisation du montant des pensions d'invalidité versées aux non-salariés agricoles

Les nouvelles modalités de calcul envisagées se rapprochent des règles applicables aux pensions non agricoles. Elles auront pour principal effet de revaloriser significativement le montant des pensions d'invalidité des chefs d'exploitation agricoles :

– en cas d'incapacité partielle, les pensions versées correspondraient à 30 % du revenu annuel moyen des trois meilleures années des huit années précédant celle au titre de laquelle la pension est due, avec un montant minimum égal à 110 % de l'allocation aux vieux travailleurs (AVTS)⁽¹⁾ et un montant maximum fixé à 15 % du PASS. Cela représenterait entre 352 euros et 2 680 euros de gain annuel pour les assurés bénéficiaires ;

– en cas d'incapacité totale, les pensions versées correspondraient à 50 % du revenu annuel moyen calculé sur les mêmes années qu'à l'alinéa précédent, avec un montant minimum égal à 1,95 fois le montant de l'AVTS et un montant maximum fixé à 25 % du PASS, majoré de 40 % en cas de recours à une tierce personne. Ces montants représentent un gain annuel de 2 394 euros à 5 865 euros pour les assurés.

Selon le **VII**, ces nouvelles modalités s'appliqueront aux prestations d'invalidité liquidées à compter du 1^{er} janvier 2020.

La revalorisation s'appliquera également, selon le **VII**, aux pensions servies au titre d'une invalidité totale ou partielle « dont la date d'effet est antérieure au 1^{er} janvier 2020 ».

(1) C'est-à-dire 3 827 euros en 2019.

3. Coût de la mesure

D'après l'étude d'impact, les nouvelles modalités de calcul des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles ainsi que la revalorisation associée du montant de ces pensions représenteront un coût de 20,3 millions d'euros en 2020, et de 24,8 millions d'euros à compter de 2022.

L'étude d'impact précise que cette revalorisation sera financée, de manière transitoire, par plusieurs sources de financement. La première, qui a vocation à monter en charge, consiste en un relèvement progressif de 0,1 point par an des cotisations invalidité des non-salariés agricoles. Le taux actuellement fixé à 0,8 point serait ainsi fixé à :

- 0,9 % en 2020 ;
- 1 % en 2021 ;
- 1,1 % à compter de 2022.

En attendant la pleine entrée en vigueur de cette mesure, le besoin de financement pour 2020 et 2021 serait assuré « à travers un prélèvement opéré sur les ressources du fonds des IJ (indemnités journalières) AMEXA », pour un montant de 11,2 millions d'euros en 2020 et 6 millions d'euros en 2021. Les ressources de ce fonds s'élevaient, en 2017, à 66,4 millions d'euros.

Enfin, le relèvement des pensions d'invalidité permettra de réaliser des économies sur le montant de l'allocation supplémentaire d'invalidité, estimées à 2,2 millions d'euros par an par l'étude d'impact. Ces économies seront fléchées vers le financement de la hausse des pensions d'invalidité agricoles, « via une hausse de la dotation d'équilibre de la CNAM au régime des non-salariés agricoles ». L'étude d'impact précise que cette dotation d'équilibre pourra, le cas échéant, être ajustée à la hausse.

F. DISPOSITIONS RÉDACTIONNELLES ET CLARIFICATION DES CONDITIONS DU PÉRIMÈTRE DU RÉGIME LOCAL D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE D'ALSACE MOSELLE

Par cohérence avec les formules usuelles du code de la sécurité sociale, cet article propose de moderniser plusieurs rédactions au sein de ce code :

– les termes « assuré social » sont ainsi remplacés par le terme « assuré » aux articles L. 341-2 (5° du I) et L. 341-8 (7° du I) du code de la sécurité sociale ;

– le 8° et le 13° du I précisent aux articles L. 341-9 et L. 341-16 du même code qu'une pension d'invalidité est « attribuée » et non « concédée » et corrigent une erreur grammaticale ;

– le 6° du même I apporte enfin une précision à l'article L. 341-7 du même code.

• Le 2° du I modifie en outre le II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, qui définit les catégories d'assurés sociaux éligibles au régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, afin d'harmoniser ou de préciser plusieurs rédactions, par coordination avec plusieurs récentes réformes intervenues dans le champ de l'assurance retraite et de l'assurance maladie ⁽¹⁾ :

– le a du 2° substitue ainsi aux cinq occurrences des mots « départements d'outre-mer » figurant aux 4°, 5°, 6° et 7° (deux occurrences) du II de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale une référence à Mayotte et aux « collectivités mentionnées à l'article L. 751-1 » ⁽²⁾ du code de la sécurité sociale, « à l'exception de Saint-Barthélemy et Saint-Martin » ;

– le b et le c du 2° apportent trois précisions, respectivement aux 4° et 7° du II de l'article L. 325-1 ;

– le d du 2° précise que l'affiliation au régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle doit être justifiée au titre du salariat : cette modification tire les conséquences de la liquidation unique des régimes alignés (LURA) opérée par l'article 54 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2017 et de l'adossement au 1^{er} janvier 2018 du Régime social des indépendants au régime général, qui créaient une difficulté d'interprétation des 9° et 10° de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale s'agissant de la référence à « *la plus longue durée d'affiliation au régime général d'assurance vieillesse* » pour l'affiliation au régime local des pensionnés salariés. Le régime local d'Alsace-Moselle sera en effet accessible aux salariés et non aux indépendants : il s'agit donc d'élargir le périmètre actuel.

– le e du 2° actualise une référence au règlement applicable aux travailleurs transfrontaliers, en renvoyant au règlement le plus récent n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et non plus au règlement n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971.

Le f du 2° est une disposition visant à préciser le champ de l'application du régime local d'assurance maladie complémentaire d'Alsace-Moselle aux seuls ayants droit dont l'assuré a la charge effective, permanente et « totale ».

(1) Il s'agit notamment de la création de la protection universelle maladie (PUMA) par l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, de la liquidation unique des régimes alignés (LURA) par l'article 54 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, ou de l'adossement de la sécurité sociale des indépendants au régime général à compter du 1^{er} janvier 2018.

(2) Les collectivités en question sont la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin.

L'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 portant création de la protection universelle maladie (PUMA) a en effet supprimé la référence au terme « *totale* » à l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, laissant penser qu'il suffit qu'un membre de la famille de l'assuré soit à sa charge partielle pour être affilié en tant qu'ayant droit. Or, cette disposition n'est pas adaptée dans le cas du régime local d'Alsace-Moselle.

En outre, le **g** du **2°** supprime le III de l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale, qui renvoie à un décret le soin de préciser les conditions de bénéfice de ce régime local d'assurance maladie. Ce renvoi est en effet obsolète, car toutes les références aux conditions d'ouverture de droit pour l'accès à la prise en charge des frais de santé ont été supprimées du fait de la PUMA.

Le **3°** du **I**, enfin, procède à une coordination concernant l'élaboration du financement des programmes de santé publique au sein du régime local d'Alsace-Moselle.

*

* *

Article 56

Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

Adopté par la commission sans modification

Cet article contient plusieurs mesures visant à mieux prévenir la désinsertion professionnelle ou à rendre plus juste le versement de certaines indemnités journalières.

D'une part, il prévoit d'assouplir les conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel pour les personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, mais aussi de supprimer le délai de carence qui s'applique aux indemnités versées aux victimes d'une maladie non professionnelle lorsque ces dernières ont recours au temps partiel thérapeutique.

D'autre part, il est envisagé de supprimer la majoration des indemnités journalières pour maladie à partir du trente et unième jour pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge. Le taux de remplacement s'élèverait à 50 % des revenus antérieurs pour tous les assurés.

Enfin, l'article prévoit l'instauration d'indemnités journalières maladie et maternité/paternité pour les ministres des cultes affiliés au régime de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC).

I. L'ASSOUPPLISSEMENT DES CONDITIONS DE RECOURS AU TRAVAIL AMÉNAGÉ OU À TEMPS PARTIEL

A. LES CONDITIONS RESTRICTIVES DU RECOURS AU « TRAVAIL LÉGER »

En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP), une indemnité journalière est due à la victime à partir du premier jour de l'arrêt du travail et ce pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation ⁽¹⁾.

Cette indemnité journalière peut continuer à être servie en tout ou partie en cas de reprise d'un « travail léger » – travail à temps partiel ou travail aménagé – autorisé par le médecin traitant. Cette possibilité est conditionnée par une décision du médecin-conseil de la caisse primaire, qui doit attester que le dispositif est favorable à la guérison ou à la consolidation de l'état de santé de la victime. En tout état de cause, le montant total de l'indemnité servie et du salaire ne peut dépasser le salaire normal des travailleurs de la même catégorie professionnelle ou, s'il est plus élevé, le salaire sur lequel a été calculée l'indemnité journalière ⁽²⁾.

Selon l'étude d'impact, les indemnités journalières versées au titre du travail léger représentent 3 % des indemnités versées en 2017 par la branche

(1) Article L. 433-1 du code de la sécurité sociale, alinéa 2.

(2) Ibid., alinéa 3.

AT-MP, ce qui représente un montant de 88 millions d'euros. Ce montant connaît une hausse significative depuis plusieurs années (+ 6,2 % par an en moyenne sur la période 2014-2017).

Toutefois, la faculté de recourir au travail léger est réservée aux victimes d'un AT-MP qui ont été placées en arrêt de travail à temps complet avant la reprise d'une activité. Cette condition est donc un frein au développement de ce dispositif.

Parallèlement, le recours au temps partiel thérapeutique (TPT), qui est réservé aux victimes d'une maladie non professionnelle, a été ouvert aux salariés ayant été arrêtés à temps partiel par l'article 50 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

B. LA SUPPRESSION DE LA CONDITION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL À TEMPS COMPLET POUR BÉNÉFICIER D'UN TRAVAIL AMÉNAGÉ OU À TEMPS PARTIEL

1. Le contenu du dispositif

Le 4° du I de cet article 56 prévoit de réécrire le troisième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale. Désormais, *« une indemnité journalière est servie en cas de délivrance par le médecin traitant d'un certificat autorisant un travail aménagé ou à temps partiel, si ce dernier est reconnu par le médecin-conseil de la caisse primaire comme de nature à favoriser la guérison ou la consolidation de la blessure »*.

La règle de fixation du plafond de l'indemnité journalière actuellement prévue par l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est supprimée au niveau législatif : l'ensemble des modalités de calcul auront vocation à être clarifiées au niveau réglementaire, en application de l'habilitation prévue par l'article L. 482-5 du code de la sécurité sociale, dans l'objectif de garantir le caractère incitatif pour l'assuré de la reprise de travail aménagé ou à temps partiel.

Par ailleurs, il convient de relever que la notion de « travail léger », peu explicite, est donc remplacée par celle de « travail aménagé ou à temps partiel », qui semble plus claire. La nouvelle rédaction supprime toute référence à une « reprise d'un travail léger » qui impliquait un arrêt de travail complet préalable. Désormais, les victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle pourront bénéficier, sur autorisation de leur médecin traitant et sous réserve de l'avis du médecin-conseil, d'un aménagement de leur travail ou d'une réduction de leur temps de travail et percevoir des indemnités journalières en sus d'un salaire.

Le a du 2° du II de l'article 56 modifie l'article L. 752-5-1 du code rural et de la pêche maritime afin de transposer ce dispositif aux assurés relevant de la Mutualité sociale agricole.

Le **b** et le **c** du **2°** du **II** de cet article 56 assurent une coordination au sein de l'article L. 752-5-1 du code rural et de la pêche maritime afin de tenir compte de la disparition de la condition de l'arrêt de travail complet pour bénéficier d'un « travail aménagé ou à temps partiel », expression qui se substitue au « travail léger ».

2. L'impact financier

Cette mesure devrait conduire à une réduction du nombre de personnes en arrêt de travail à temps complet, ce qui aura pour effet de diminuer le volume des indemnités journalières correspondant à un arrêt à temps plein et d'augmenter dans les mêmes proportions le volume des d'indemnités à temps partiel, par définition moins coûteuses.

L'étude d'impact évalue à 10 millions d'euros les économies pouvant être générées par cette mesure. Cette estimation repose sur l'hypothèse d'une bascule de 1 % des arrêts à temps plein vers la reprise d'une activité. La montée en charge du dispositif pourrait faire progresser cette économie sur les années suivantes.

II. LA SUPPRESSION DU DÉLAI DE CARENCE DES INDEMNISATIONS VERSÉES EN CAS DE TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

A. L'ÉTAT DU DROIT

Le temps partiel pour motif thérapeutique (TPT) constitue une alternative à l'arrêt de travail à temps complet. Il peut être prescrit par le médecin traitant dans les cas suivants, conformément à l'article L. 323-3 du code de la sécurité social :

– 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 ;

– l'assuré doit faire l'objet d'une rééducation ou d'une réadaptation professionnelle pour recouvrer un emploi compatible avec son état de santé.

Le recours à ce dispositif est toutefois freiné aujourd'hui par l'application d'un délai de carence, mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 et fixé à trois jours par l'article R. 323-1.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. La suppression du délai de carence au temps partiel thérapeutique

Le **1°** du **I** de l'article 56 insère un nouvel alinéa après le troisième alinéa de l'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le délai de

carence, mentionné au premier alinéa de l'article L. 323-1 et fixé à trois jours par l'article R. 323-1, n'est pas applicable au versement de l'indemnité journalière en cas de temps partiel pour motif thérapeutique. Le 1° du II assure une coordination sur ce point dans le code rural et de la pêche maritime.

2. L'impact financier

Cette mesure conduit à verser les indemnités journalières dès le premier jour de l'arrêt de travail et non plus à compter du quatrième jour. Le Gouvernement mise sur une montée en puissance progressive du dispositif, partant de l'hypothèse que 10 % des arrêts prescrits au titre d'un TPT seront prescrits sans arrêt de travail à temps plein préalable, puis 15 % en 2021 et 20 % les années suivantes. Le coût de la mesure est estimé à 1,2 million d'euros en 2020, 1,8 million d'euros en 2021, puis 2,2 millions d'euros par an ensuite.

III. LA SUPPRESSION DE LA MAJORATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE

A. L'ÉTAT DU DROIT

Les indemnités journalières (IJ) servies en cas d'arrêt maladie sont égales à 50 % des trois (ou douze) derniers salaires bruts dans la limite d'un plafond égal à 1,8 fois le montant du SMIC mensuel en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt (soit 2 738,19 euros par mois en 2019).

Les indemnités journalières sont modulées en fonction du nombre d'enfants à charge et de la période de versement des IJ. Le tableau ci-dessous récapitule les montants bruts maximaux des indemnités journalières en 2019.

Montant brut maximum pouvant être versé		
Enfants à charge	Période de versement des IJ	Montant brut maximum par jour
1 ou 2	À partir du 4 ^e jour d'arrêt, jusqu'au 360 ^e jour d'indemnisation ou jusqu'à la fin des 3 ans d'indemnisation en cas d'affections de longue durée	45,01 €
3 ou plus	Du 4 ^e au 30 ^e jour d'arrêt	45,01 €
	À partir du 31 ^e jour d'arrêt jusqu'au 360 ^e jour d'indemnisation (ou jusqu'à 3 ans d'indemnisation pour une affection de longue durée)	60,02 €

Source : www.service-public.fr.

Il convient de relever que le taux de remplacement est majoré de 66,66 % à partir du trente et unième jour d'arrêt pour les assurés en arrêt maladie ayant au moins trois enfants à charge. Cette majoration qui, selon l'étude d'impact, n'a pas

d'équivalent dans les autres prestations délivrées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), apparaît d'autant moins justifiée au regard de l'objet des indemnités journalières que les assurés bénéficient par ailleurs d'allocations familiales. Celles-ci sont maintenues pendant la durée de l'arrêt de travail.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. Le contenu du dispositif

Le 2° du I de l'article 56 prévoit une nouvelle rédaction de l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale afin d'instaurer un taux unique de remplacement par les indemnités journalières servies par l'assurance maladie, indépendant de la composition du foyer familial. Ce nouvel article renvoie à un décret en Conseil d'État la fixation du taux, le maximum des indemnités journalières et les modalités de détermination de la valeur journalière des revenus d'activité pris en compte. D'après l'étude d'impact, le taux unique de remplacement serait égal à 50 % tel qu'aujourd'hui.

Le IV de l'article 56 précise que ce dispositif s'appliquera aux arrêts de travail prescrits à compter du 1^{er} juillet 2020 et aux arrêts de travail prescrits avant cette date dont la durée n'a pas atteint trente jours consécutifs au 1^{er} juillet 2020.

2. L'impact financier

L'alignement du taux de remplacement à hauteur de 50 % pour tous les assurés, quelle que soit la durée de l'arrêt maladie et la composition du foyer familial, devrait générer une économie évaluée à 70 millions d'euros en année pleine.

IV. L'INSTAURATION D'INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE, MATERNITÉ ET PATERNITÉ POUR LES MINISTRES DES CULTES

A. L'ÉTAT DU DROIT

1. La couverture maladie de la CAVIMAC

Les ministres des cultes et les membres des congrégations religieuses sont affiliés à la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), dès lors qu'ils ne relèvent d'aucun autre régime de base de sécurité sociale au titre d'une autre activité (principe de subsidiarité). En effet, la CAVIMAC, qui a été instaurée par la loi n°78-4 du 2 janvier 1978, est en charge du recouvrement des cotisations et des contributions sociales des ministres des cultes et des membres des congrégations et des collectivités religieuses. Ces cotisations sont destinées au financement des prestations servies par le régime des

cultes au titre de l'assurance maladie, de l'assurance invalidité et des assurances retraite de base et complémentaire.

La CAVIMAC gère la couverture maladie des assurés et celle de leurs ayants droit. Selon son dernier rapport d'activité, elle comptait au total 38 600 bénéficiaires au titre de l'assurance maladie en 2018. Conformément à l'article L. 382-21 du code de la sécurité sociale, il existe deux régimes :

– un régime normal qui couvre, par exemple, les frais de médecine générale et spéciale, les frais de soins et de prothèses dentaires, les frais pharmaceutiques, les frais d'hospitalisation, de vaccinations, etc. ;

– un régime particulier, qui se caractérise par des cotisations et des prestations maladie réduites. Les soins pris en charge ne concernent que les frais d'hospitalisation.

Les membres d'une congrégation ou d'une collectivité religieuse dépendent du régime de couverture maladie choisi au moment de l'affiliation tandis que les ministres du culte sont couverts par le régime normal d'assurance maladie.

2. Les limites de la couverture maladie de la CAVIMAC

L'assurance maladie de ce régime ne prend pas en charge le versement d'indemnités journalières maladie et maternité. D'après l'étude d'impact, l'absence d'indemnités journalières ne pose pas de difficulté majeure pour les membres des congrégations religieuses qui bénéficient de la mise en commun des ressources, ce qui permet de limiter les effets de l'arrêt de l'activité d'un des membres de la communauté.

Toutefois, cette situation s'avère préjudiciable aux ministres des cultes qui n'ont pas de minimum de revenus, comme les prêtres diocésains du culte catholique romain, les pasteurs, les imams, les prêtres orthodoxes, les prêtres anglicans, etc. Sur l'ensemble des cotisants de la CAVIMAC, les ministres du culte représentent 7 000 assurés environ, dont près de 500 femmes.

En outre, les ministres du culte ne bénéficient pas d'indemnités journalières maternité et paternité. Selon la CAVIMAC, 266 assurées seraient en âge d'avoir des enfants parmi les affiliées concernées, en particulier des femmes pasteurs. Le nombre de pères pouvant être concernés par un congé paternité est considéré comme négligeable.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

1. Le contenu du dispositif

a. Les indemnités journalières pour maladie

Le 3° du I introduit un article L. 382-21-1 après l'article L. 382-21 du code de la sécurité sociale.

Le I de ce nouvel article L. 382-21-2 prévoit que les ministres des cultes bénéficient d'indemnités journalières d'arrêt maladie lorsque leur capacité physique, constatée par le médecin traitant, les met dans l'impossibilité de continuer ou de reprendre une activité. Elles sont égales à une fraction de l'assiette des cotisations à la charge des associations, congrégations ou collectivités religieuses dont relève le ministre du culte.

Les indemnités journalières sont servies, à l'expiration d'un délai de carence et pour une durée maximale, aux assurés ayant la durée minimale d'affiliation qui est identique à celle prévue pour le régime général (dernier alinéa de l'article L. 313-1).

Il est prévu qu'un décret précise les modalités d'application du dispositif. D'après l'étude d'impact, le délai de carence serait fixé à trente jours au lieu de trois jours pour le régime général. Ce délai doit permettre de cibler le dispositif sur les arrêts prolongés ; les arrêts de plus courte durée resteraient pris en charge dans le cadre des mécanismes de solidarité intraculturelle existants. Compte tenu de ces conditions, le nombre potentiel de bénéficiaires d'une indemnité journalière pour maladie est estimé autour de 270.

Le point de départ du délai de carence et la durée maximale de versement sont ceux prévus à l'article L. 323-1. Par analogie avec les dispositions existant pour les salariés, les ministres du culte souhaitant obtenir des IJ maladie seront tenus d'adresser leur arrêt de travail au service médical de la CAVIMAC s'agissant des volets 1 et 2 et à leur collectivité religieuse s'agissant du volet 3, dans les 48 heures qui suivent leur arrêt de travail. La durée maximale de versement des indemnités maladie est la même que dans le droit commun. Elle est de trois ans au plus (3° de l'article R. 321-1 du code de la sécurité sociale).

b. Les indemnités journalières pour maternité ou paternité

Le II de ce nouvel article L. 382-21-2 prévoit que les ministres des cultes bénéficient des indemnités journalières maternité-paternité prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8 du code de la sécurité sociale.

Ce dispositif concernerait principalement les femmes ministres du culte en âge de procréer, soit essentiellement des femmes pasteurs, dont le nombre s'élevait à 266 en 2018.

2. L'impact financier du dispositif

Le coût de cette mesure est évalué à près d'un 1 million d'euros sur une année. Le régime des cultes étant financièrement intégré au régime général, une contribution du régime général couvrira, en tant que de besoin, les charges associées au dispositif, conformément à l'article L. 382-22 du code de la sécurité sociale.

Les dépenses relatives aux indemnités journalières de congé maladie sont estimées à 670 000 euros par an sur la base d'un coût moyen de 25 euros pour chaque indemnité journalière. Le coût des indemnités de congé maternité ou paternité est évalué autour de 300 000 euros par an, sur la base d'un coût journalier de 39,50 euros calculé à partir du SMIC.

*

* *

TITRE III
DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSE DES BRANCHES ET
DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES

Article 57

Dotation de l'assurance-maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 57 porte approbation des dotations annuelles de la branche assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) ainsi que celle de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement des agences régionales de santé (ARS).

1. Une dotation au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) qui reste ambitieuse

● Créé par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ⁽¹⁾, le FMESPP, dépourvu de personnalité juridique et géré en pratique par la Caisse des dépôts et consignations, finance les dépenses d'investissement des établissements de santé et de leurs groupements, ainsi que l'Agence technique de l'information et de l'hospitalisation (ATIH) et le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés (ASIP).

Ses ressources proviennent exclusivement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

● Le **I** prévoit ainsi une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP de 649 millions d'euros.

Ce montant est en légère augmentation par rapport au montant de 647 millions d'euros, et confirme l'engagement important débuté l'année précédente, alors que cette dotation avait été considérablement augmentée par rapport à la dotation de 2018 (446 millions d'euros).

(1) Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

2. La dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux agences régionales de santé

● Créée par la loi du 30 juin 2004 ⁽¹⁾, la CNSA a pour mission de financer l'accompagnement de la perte d'autonomie des personnes âgées et handicapées au domicile ou en établissement, ainsi que l'appui aux acteurs sur le terrain.

Outre les concours aux conseils départementaux, notamment au titre du co-financement des prestations, elle finance *via* le budget des agences régionales de santé (ARS) des actions de prise en charge et d'accompagnement en faveur des personnes âgées et handicapées ⁽²⁾.

● Le **II** prévoit par conséquent une contribution de la CNSA au financement des ARS de 139 millions d'euros, en hausse par rapport à 2018 (137 millions d'euros).

Cette contribution se décompose en :

– 42,3 millions d'euros au titre des groupements d'entraide mutuelle, contre 40,7 millions pour 2019 ;

– 96,8 millions d'euros au titre des maisons pour l'intégration de l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA), contre 96,6 millions l'année précédente.

3. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM)

● Créé par la loi du 4 mars 2002 ⁽³⁾, l'ONIAM assure, au titre de la solidarité nationale, d'une part l'indemnisation des préjudices liés aux accidents médicaux non fautifs et à différentes contaminations (VIH, VHC, VHB, HTLV) sur financement de la branche maladie du régime général et, d'autre part, des mesures sanitaires d'urgence, des vaccinations obligatoires et les dispositifs d'indemnisation du benfluorex et des médicaments dérivés du valproate de sodium ⁽⁴⁾ sur financement de l'État.

● Le **III** prévoit une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'ONIAM à hauteur de 150 millions d'euros, stable par rapport à 2019 (155 millions d'euros).

(1) Loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

(2) Cette contribution s'impute sur la section I de ses comptes, relative au financement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux.

(3) Article 98 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

(4) Cette prise en charge résulte de l'article 150 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

Cette dotation s'ajoute à la subvention de l'État à l'ONIAM : en 2020, l'évaluation des besoins en projet de loi de finances pour 2020 a été revue à hauteur de 39,4 millions d'euros, compte tenu des éléments d'activité disponibles à ce jour (contre 65,7 millions d'euros votés en loi de finances initiale pour 2019). Les ressources propres de l'ONIAM s'élèveraient quant à elles à 29 millions d'euros en 2020.

*

* *

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Adopté par la commission sans modification

L'article 58 porte approbation des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'année 2020, tels qu'ils ressortent des dispositions du projet de loi, et notamment des dispositions du titre Ier de la quatrième partie, soit 223,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 222,3 milliards d'euros pour le régime général.

1. Les dépenses de la branche maladie : un périmètre fortement intégré, relégué par l'ONDAM

Depuis la réforme de la protection universelle maladie (PUMA), le régime général finance la totalité des prestations en nature pour l'ensemble des régimes obligatoires, excluant ainsi un champ de prestations en espèces spécifiques. Aussi, les deux périmètres sont structurellement très proches en termes de tendance financière.

Régimes obligatoires d'assurance maladie, CNAM et PUMA

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, la protection universelle maladie permet aux personnes de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé en cas de maladie ou de maternité sans faire préalablement valoir son statut d'affilié ou d'ayant droit.

La création de ce droit a entraîné un vaste mouvement d'intégration financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, le solde des autres régimes étant compensé par le régime général ⁽¹⁾.

La différence entre les deux périmètres, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros sur un total qui dépasse désormais les 200 milliards, comprend donc les prestations ne relevant pas des « frais de santé » portées par les autres régimes existants. Il s'agit en pratique des prestations en espèces (notamment les indemnités journalières) et des dépenses d'action sociale.

Par ailleurs, la création de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 1996, comme norme de dépenses contraignante et fortement suivie, a de fait relégué au second plan la place des objectifs de dépenses de la branche maladie dans le pilotage financier de ce risque.

(1) Avant la réforme, le régime général représentait déjà 86 % de l'ensemble du volume financier du risque maladie et 95 % en y incluant les régimes déjà intégrés (Régime social des indépendants, régime des salariés agricoles, des militaires et des marins). La PUMA a conduit à intégrer quatre nouveaux régimes (SNCF, RATP, clercs et employés de notaires et mines).

Les différences de périmètre entre les dépenses de la branche maladie et l'ONDAM

Plusieurs éléments distinguent les périmètres respectifs des objectifs de dépense de la branche maladie et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie :

– l'ONDAM se distingue nettement du compte de la branche maladie car il intègre les prestations de soins prises en charge par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;

– certaines prestations d'assurance maladie ne font pas partie de l'ONDAM : il s'agit des prestations en espèces maternité (indemnités journalières), des dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge au titre de conventions internationales et des capitaux décès.

Au total, l'ONDAM représente environ 80 % des dépenses des comptes de l'assurance maladie et 30 % des dépenses du compte de la branche AT-MP relèvent de l'ONDAM.

Sur cette question de périmètre, il faut également signaler que la branche maladie participe, *via* l'ONDAM, au financement de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social qui intègre également d'importantes ressources propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il n'en reste pas moins que le législateur a l'obligation organique de fixer des objectifs de dépenses par branche.

2. Une branche dont le déficit est en voie de résorption

a. Une réduction significative du déficit depuis 2018

• En 2018, le déficit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) s'est considérablement amélioré, de 4,2 milliards d'euros, pour atteindre 0,7 milliard d'euros, un solde qui n'avait jamais été atteint depuis 1999.

– les recettes ont crû de manière extrêmement dynamique (+ 4,5 %) grâce à des mouvements contradictoires mais *in fine* favorables, à l'issue de la bascule en faveur pouvoir d'achat : la baisse des cotisations et la quasi-suppression de la ressource TVA, rétrocédée à l'État, a été plus que compensée par la très forte croissance de la CSG, dont le taux a été relevé de 1,7 point ;

– les dépenses ont continué de croître (+ 2,4 %) dans des propositions quasiment identiques à celle de l'ONDAM.

• En 2019, ce déficit devrait légèrement se creuser, pour atteindre 1,3 milliard d'euros.

♦ L'évolution des recettes a été nettement moins dynamique qu'en 2018 (+ 2,4 %), du fait notamment de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi en allégement pérenne de cotisations et de la suppression de certaines exonérations ciblées devenues moins favorables que les allègements généraux renforcés (– 17,4 milliards d'euros). Ces pertes ont été compensées par l'affectation d'une fraction supplémentaire de TVA à la CNAM (40,5 milliards

d'euros), mais celle-ci rétrocède ensuite des recettes à l'ACOSS, à l'Unédic, à la CNSA et à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Enfin, la loi relative aux mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES ») ⁽¹⁾ a dégradé le solde de l'assurance maladie de 1,5 milliard d'euros.

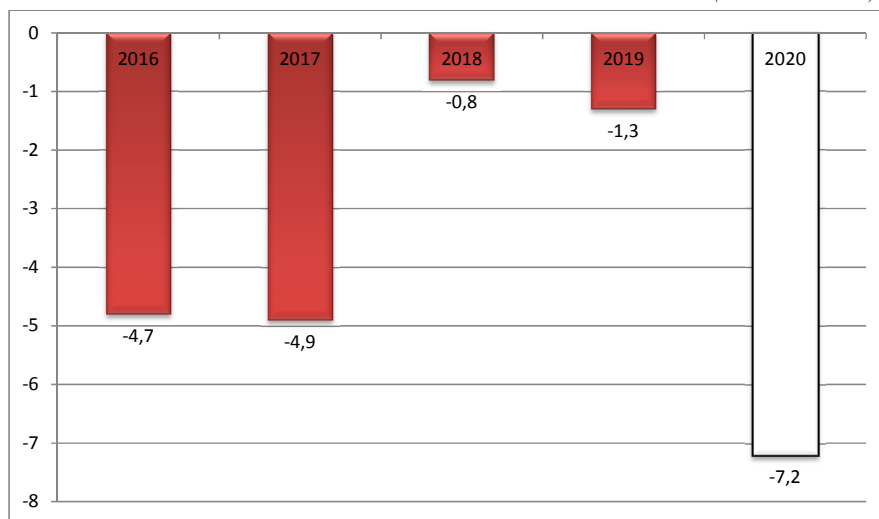
♦ Le rythme de l'augmentation des dépenses, bien réel, a été moins important que celui de la diminution des recettes, puisqu'elles ont augmenté de 2,6 %, à un rythme légèrement supérieur à celui de l'ONDAM. Le différentiel entre les deux est lié notamment à l'augmentation des prestations médico-sociales à la charge de la CNSA, mais également des pensions d'invalidité et des dépenses d'indemnités journalières maternité.

b. Un déficit qui pourrait se creuser en 2020

Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale a établi le déficit spontané (tendanciel) des comptes de la CNAM en 2020 à 7,2 milliards d'euros.

SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE MALADIE POUR 2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2019.

La croissance spontanée et non maîtrisée des dépenses (+ 3,9 %) ne serait guère compensée par une progression très modérée des recettes (+ 1,2 %), ce qui hypothéquerait très vite toute chance de rééquilibrer cette branche.

À elle seule, la CNAM représenterait donc plus de 70 % du déficit spontané du régime général.

(1) Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

3. Des objectifs de dépenses volontaristes pour 2019 pour un retour progressif à l'équilibre

- L'article 58 fixe des objectifs volontaristes de dépenses pour la branche maladie du régime général à hauteur de 223,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires et 222,3 milliards d'euros pour le régime général.

- Le respect de ces objectifs nécessite la mise en œuvre de mesures nouvelles retracées dans le tableau ci-dessous à la fois en recettes et en dépenses.

- Alors que la branche maladie du régime général a été l'objet en 2017 et 2018 de très importants changements dans la structure de ses recettes, cette structure devrait n'être que peu modifiée en 2020. Les mesures en recettes et les différents transferts devraient au total légèrement bénéficier à l'assurance maladie – à hauteur de 0,1 milliard d'euros environ –, s'ajoutant à l'augmentation tendancielle des produits.

Au vu du tendanciel des dépenses, des économies importantes sur l'ONDAM – décrites plus précisément dans le commentaire de l'article 59 – sont donc nécessaires pour l'assurance maladie.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAM EN 2019 ⁽¹⁾

(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles ⁽²⁾	Recettes	Dépenses	Solde
Commission des comptes	218,3	225,5	- 7,2
Annulation des transferts prévus à la CADES et à l'État			
Annulation de la reprise de dette CADES	1,6		
Annulation de la rétrocession de TVA à l'État	1,5		
Impact des mesures en recettes			
Non-compensation de la loi « MUES »	- 1,6		
Limitation du coût de certaines niches sociales	+ 0,1		
Transferts intra-sécurité sociale			
Transfert de droits alcools au RCO	- 0,1		
Réaffectation de la taxe sur les salaires	- 1,4		
Réattribution de la part ACOSS de taxe sur les salaires au régime général	1,5		4,2
Transferts État-sécurité sociale			
Transfert du financement de l'ANSM et de l'ANSP	- 0,3		
Changement du mode de compensation de TODE	- 0,1		
Ajustement de la fraction de TVA	- 1		
Dépenses			
Économies sur l'ONDAM		4,1	
Économies de gestion administrative		0,1	
LFSS pour 2020	219,2	222,3	- 3

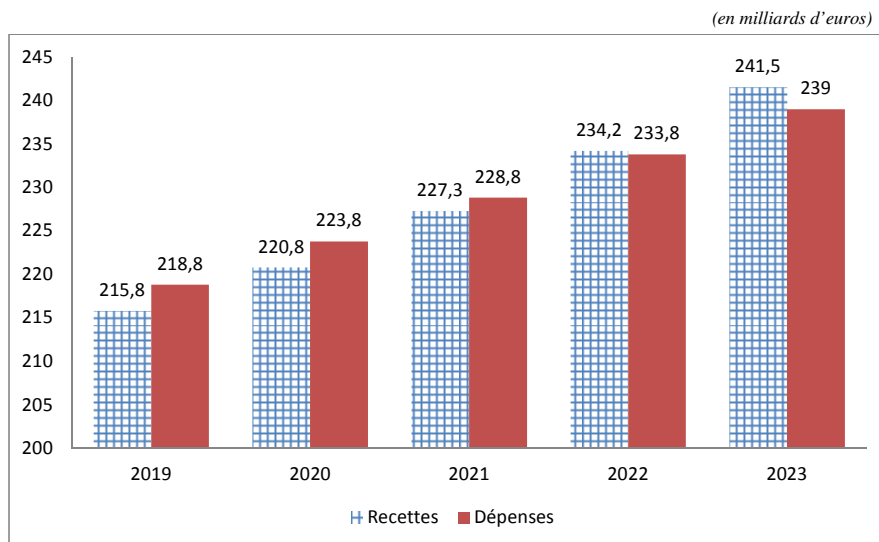
Source : direction de la sécurité sociale.

(1) Ne sont retracés dans ce tableau que les mouvements supérieurs à 100 millions d'euros.

(2) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

● Sur la base de ces prévisions, et dans l'hypothèse d'un ONDAM à 2,3 % par an sur la période 2021-2023, dans les années à venir, la branche maladie pourrait renouer avec l'équilibre en 2022, contrairement à la prévision de l'année dernière qui rendait ce retour à l'équilibre possible pour 2020.

**MONTANT PRÉVISIONNEL DES DÉPENSES ET RECETTES DE LA BRANCHE MALADIE
DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 2018 À 2022**



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2020.

*
* *

Article 59
ONDAM et sous-ONDAM

Adopté par la commission sans modification

L'article 59 porte approbation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2020, fixé à 205,3 milliards d'euros.

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ainsi que les sous-objectifs pour 2020 sont fixés selon les modalités retracées dans le tableau suivant, à comparer avec les prévisions rectifiées pour 2019 à l'article 6 du projet de loi.

(en milliards d'euros)

	ONDAM 2019 rectifié	ONDAM 2020
Dépenses de soins de ville	91,4	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	82,6	84,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	9,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,5
Autres prises en charge	2	2,4
Total	200,4	205,3

Source : PLFSS 2020.

● Bien qu'il s'agisse d'un objectif en valeur, l'ONDAM est plus souvent jugé à son taux d'évolution.

Cet objectif de 205,3 milliards, soit un taux d'évaluation de 2,3 %, est conforme à l'évolution prévisionnelle de l'ONDAM prévue par la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques 2018-2022.

● Le taux d'évolution spontané des dépenses de soins de ville avant économies nouvelles s'établirait à 5,6 %. Ce niveau prend notamment en compte la particularité de l'année 2020 d'être une année bissextile.

Ce taux d'évolution prend également en compte des mesures déjà engagées depuis deux ans pour transformer notre système de santé :

– la mise en place de la réforme 100 % santé adoptée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, qui nécessitera à 0,3 milliard d'investissements supplémentaires dans les soins dentaires et les audioprothèses ;

– les accords conventionnels déjà signés avec les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les pharmaciens et les sages-femmes, qui auront également un impact de 0,3 milliard d'euros ;

– la prise en charge de consultations pour favoriser la détection précoce de l'autisme, les évolutions de la nomenclature des actes de médecine et la montée en charge de la télémedecine, décidées en LFSS 2018 et 2019, augmenteront les dépenses de 0,1 milliard d'euros ;

– l'anticipation des revalorisations annuelles pour les taxis, des dépenses supplémentaires qui pourraient être induites en cas de conclusion des négociations en cours sur la garde ambulancière, et l'entrée progressive d'actes du référentiel des actes innovant dans la nomenclature de la biologie médicale. Ces provisions s'élèvent au total à 0,1 milliard d'euros ;

– enfin, la mise en place des premières mesures du plan « Ma Santé 2022 » avec le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et le financement des nouvelles fonctions d'assistants médicaux qui engendreront un coût de 0,1 milliard d'euros.

Le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des assistants médicaux

Le 20 juin 2019, la Caisse nationale d'assurance maladie a signé deux accords capitaux avec les professionnels de santé libéraux, dans la perspective du plan « Ma Santé 2022 ».

Ce plan prévoit notamment le déploiement d'ici 2022 de 4 000 assistants médicaux, chargés d'appuyer les médecins dans leurs tâches quotidiennes afin de libérer du temps médical, en priorité dans les territoires qui concentrent les difficultés d'accès aux soins.

L'avenant n° 7 signé avec les syndicats de médecins permet le versement d'une aide financière aux médecins pour recruter des assistants médicaux chargés de tâches administratives, en lien avec la consultation (aide au déshabillage ou prise de constantes par exemple), d'organisation et de coordination.

Selon les cas, l'aide de l'assurance maladie s'élèvera de 12 000 euros à 36 000 euros (en zone sous-dense) par an la première année.

Le même jour, l'assurance maladie a signé un accord conventionnel interprofessionnel vise à apporter un soutien financier aux CPTS afin de favoriser la coordination entre professionnels de santé, pour atteindre l'objectif fixé par « Ma Santé 2022 » de mailler tout le territoire en CPTS d'ici 2022.

Cet accord a permis de définir les missions des CPTS autour de trois axes : faciliter l'accès aux soins des patients (faciliter l'accès à un médecin traitant et organiser les soins non programmés en ville), organiser leurs parcours, développer la prévention. Une aide financière sera versée, proportionnellement au bassin de population couvert par la CPTS et à l'étendue des missions conduites. Cette aide peut se situer entre 185 000 euros par an pour les plus petites communautés et 380 000 euros par an pour les plus vastes.

En ce qui concerne les dépenses de l'ONDAM liées aux établissements de santé, leur augmentation tendancielle serait de 3,3 %, soit un taux plus bas que 2019 (+ 3,7 %). Cette évolution prend notamment en compte l'arrivée de

produits de santé innovants ou la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences présenté par la ministre des solidarités et de la santé en septembre 2019.

Les dépenses médico-sociales devraient progresser de 3,2 % en 2020 contre 2,7 % en 2019 et 2,4 % en 2018. Cette évolution traduit un effort financier supplémentaire de 710 millions d’euros pour la prise en charge des personnes âgées et handicapées.

Enfin, le taux d’évolution des autres prises en charge par l’assurance maladie est évalué à 5,2 % en 2020. Cette estimation prend en compte l’évolution tendancielle des soins des Français à l’étranger, les ressources nécessaires aux agences et fonds financés par l’assurance maladie et les mesures nouvelles dans le champ médico-social en dehors de l’objectif global de dépenses (du fait de l’augmentation de 7,4 % des dépenses médico-sociales spécifiques, avec principalement des créations de lits d’accueil médicalisés et de lits « haltes soins », une augmentation des capacités d’accueil en appartements de coordination thérapeutique et la création d’une salle de consommation à moindre risque).

• Les mesures nouvelles prises en LFSS 2020 permettront de réguler ces sous-objectifs de la manière suivante :

	Évolution annuelle de l'ONDAM
Dépenses de soins de ville	+ 2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	+ 2,1 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	+ 2,8 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	+ 1,8 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	+ 1 %
Autres prises en charge	+ 5,2 %
Total	+ 2,3 %

Source : commission des affaires sociales à partir de l'annexe 7.

À périmètre constant et au vu du tendanciel des dépenses, le respect de ces objectifs nécessite donc un montant global d’économies de 4,2 milliards d’euros, qui porteront principalement sur les soins de ville.

Pour la deuxième fois, une réserve prudentielle pour les soins de ville a été fixée. Pour 2020, cette réserve est évaluée à 150 millions d’euros dans les provisions (contre 120 millions d’euros l’année précédente). Elle est financée par des économies supplémentaires par rapport à ce que supposerait le strict respect de l’objectif et contribuera à une forme de régulation infra-annuelle des dépenses de ville.

Ces économies seront particulièrement importantes sur les produits de santé (1 345 euros d’économies soit un tiers environ des économies totales) et sur la maîtrise médicalisée des prescriptions (595 millions d’euros). Des économies

importantes pourraient être réalisées grâce à la promotion des génériques et des biosimilaires (120 millions d'euros). Dans le secteur de la biologie médicale en particulier, un effort plus important que l'année précédente est demandé aux acteurs (205 millions d'euros contre 120 millions d'euros l'année précédente).

MESURES D'ÉCONOMIES DANS LE CHAMP DE L'ONDAM POUR 2019

(en millions d'euros)

STRUCTURATION DE L'OFFRE DE SOINS	1 045
Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc.)	215
Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux	830
<i>dont optimisation des achats</i>	585
<i>dont rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM à l'OGD</i>	245
ACTIONS SUR TARIFS DES PRODUITS DE SANTÉ ET REMISES	1 345
Prix des médicaments	920
Prix des dispositifs médicaux	200
Remises sur les produits de santé	225
PERTINENCE ET QUALITÉ DES ACTES ET DES PRODUITS DE SANTÉ	1 235
Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie	205
Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)	60
Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes	255
Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques)	595
Promotion des génériques et des biosimilaires	120
PERTINENCE ET EFFICIENCE DES PRESCRIPTIONS D'ARRÊTS DE TRAVAIL ET DE TRANSPORTS	265
Transports	120
Indemnités journalières	145
CONTRÔLE ET LUTTE CONTRE LA FRAUDE	
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	90
AUTRES MESURES	
Gestion dynamique du panier de soins remboursé (dont 90 millions d'euros d'impact de mesures déjà mises en œuvre en 2018)	205
TOTAL ONDAM	4 185

Source : commission des affaires sociales à partir de l'annexe 7.

*

* *

Article 60

Dotations au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles

Adopté par la commission sans modification

L'article 60 porte approbation pour l'année 2020 des dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles vers deux fonds finançant des risques professionnels liés à l'amiante ainsi que le transfert récurrent vers la branche maladie au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

1. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), un fonds de solidarité principalement alimenté par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)

● Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a été créé en 2003 sur le fondement de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 ⁽¹⁾, sous la forme d'un établissement public national à caractère administratif, en vue d'assurer la réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit.

Le fonds instruit les demandes des victimes qui ne bénéficient pas d'une indemnisation par leur employeur ou dans le cadre d'un accord amiable et d'une procédure transactionnelle. Il met donc en œuvre un régime légal de responsabilité qui simplifie l'indemnisation des victimes. Ces dernières n'ont ainsi pas à engager de procédures contentieuses devant les juridictions administratives.

Le fonds est alimenté depuis l'origine par une importante dotation de la branche AT-MP du régime général, qui assurait la prise en charge de ces maladies professionnelles avant 2003. Le financement est complété, pour une part plus mineure, par une contribution de l'État.

● Le I prévoit une contribution de la branche AT-MP du régime général au FIVA de 260 millions d'euros en 2020, soit un montant identique à l'exercice 2019, sur une évaluation du total des dépenses de 385 millions d'euros.

Le montant retenu accompagne la diminution tendancielle des dépenses d'indemnisation depuis 2016, la baisse du nombre de victimes à indemniser excédant la hausse de la fréquence de pathologies graves.

À titre d'information, le FIVA est également financé par une subvention de l'État maintenue, dont le montant reste inchangé (7,8 millions d'euros), et d'autres recettes à hauteur de 86 millions d'euros, dont 52 millions de reprises sur provisions. La dotation de la branche AT-MP permettra de réajuster le fonds de roulement du FIVA (52,3 millions à fin 2020).

⁽¹⁾ Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

2. Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) est quasi-intégralement financé par la branche AT-MP du régime général

● Créé par l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, le FCAATA finance l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) versée aux travailleurs de plus de 50 ans qui ont été exposés à l'amiante à titre professionnel, prend en charge leurs cotisations d'assurance vieillesse de base et complémentaire et les dépenses supplémentaires liées à un âge de départ à la retraite maintenu à 60 ans après la réforme de 2010.

Le Fonds est alimenté pour l'essentiel par la branche AT-MP du régime général et de manière plus marginale par le régime AT-MP des salariés agricoles, en fonction du nombre de ses assurés concernés.

Le **II** fixe la contribution de la branche AT-MP du régime général au FCAATA à 414 millions d'euros en 2020. Les dépenses de ce Fonds connaissent une baisse tendancielle, même si la diminution du nombre d'allocataires est légèrement atténuée par l'augmentation du montant moyen de l'allocation.

La contribution de la branche AT-MP au FCAATA ne permet pas de couvrir le total des charges, évalué à 475 millions d'euros pour 2020. Toutefois, compte tenu des résultats excédentaires de 2019, elle devrait suffire pour parvenir à l'équilibre en 2020.

3. Une dotation inchangée de la branche AT-MP à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) au titre de la sous-déclaration

● Chaque année, conformément aux prescriptions de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale⁽¹⁾, la loi de financement de la sécurité sociale détermine, sur le fondement du rapport d'une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes et remis tous les trois ans, un montant à verser à la CNAMTS par la branche AT-MP du régime général au titre de la sous-déclaration.

Il est en effet largement admis que pour de multiples raisons (méconnaissance, complexité de la procédure, manque de médecins du travail), des pathologies qui devraient relever de la branche AT-MP sont prises en charge par l'assurance maladie.

Ces rapports ont, de manière coutumière, encadré ce coût dans des bornes. Le dernier rapport en date situait ainsi son estimation entre 815 millions et 1,53 milliard d'euros.

(1) Cet article ayant une valeur législative ordinaire, il ne saurait être regardé comme étendant le domaine obligatoire des lois de financement qui peuvent y déroger, comme toute loi postérieure.

Le **III** prévoit un reversement de 1 milliard d’euros de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le montant choisi, identique aux cinq années précédentes, se situe incontestablement à l’intérieur des bornes fixées par la commission.

4. Une dotation réévaluée de la branche AT-MP au titre de la pénibilité

La loi de financement détermine le montant couvrant à la fois les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente issu de la loi de 2010 sur les retraites ⁽¹⁾ et celles engendrées par le compte professionnel de prévention (C2P).

Ce dernier, créé par les ordonnances relatives au renforcement du dialogue social ratifiées en 2018 ⁽²⁾, a succédé au compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) instauré par la réforme des retraites du 20 janvier 2014 ⁽³⁾. La gestion du compte a alors été transférée de la Caisse nationale d’assurance vieillesse à la Caisse nationale de l’assurance maladie – le fonds de gestion du C3P et les deux cotisations spécifiques l’alimentant étant alors abrogés. Son financement est désormais assuré par la branche AT-MP.

● Pour 2020, la contribution de la branche AT-MP du régime général aux dépenses au titre des deux dispositifs est fixée par le **IV** à 157,4 millions d’euros, un montant en nette baisse par rapport à 2019 (254,2 millions d’euros) réparti comme suit :

– 74,4 millions d’euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (93,2 millions d’euros en 2019) ;

– 83 millions d’euros au titre du compte professionnel de prévention (161 millions d’euros en 2019).

● Pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué à 11,4 millions d’euros en 2020.

Interrogée par le rapporteur général en 2019, la direction de la sécurité sociale lui a précisé les méthodes de calcul de ces dotations pour chacun des deux postes.

● Concernant le C2P, la suppression de quatre facteurs de risques professionnels a conduit à en réévaluer l’impact financier. Restent désormais pris en compte comme facteurs de risques professionnels au titre du C2P le travail de

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

⁽²⁾ *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.*

⁽³⁾ *Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l’avenir et la justice du système de retraites.*

nuit, le travail répétitif, le travail en équipes successives alternantes, les activités exercées en milieu hyperbare, les températures extrêmes et le bruit.

Le calcul du coût du C2P repose désormais sur une simulation attribuant aux salariés des probabilités d'être exposés aux facteurs de risques professionnels déclinés par âge, sexe et statut (cadre/non cadre).

Ces simulations sont ensuite croisées avec les probabilités de recours à chacun des types de dépenses (formation, temps partiel, majoration de durée d'assurance à la retraite), dépendantes du nombre de points acquis par chaque assuré.

Ce modèle permet ainsi de calculer les dépenses prévisionnelles du C2P. La même méthode est appliquée au dispositif pour les salariés agricoles.

- S'agissant du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, les dépenses ont également été réévaluées depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour tenir compte de l'élargissement du dispositif, introduit par l'ordonnance précitée.

Les quatre anciens facteurs de risques professionnels écartés du C2P peuvent désormais ouvrir droit à un départ anticipé à la retraite lorsqu'ils sont à l'origine d'une incapacité permanente d'au moins 10 %. Entre ainsi dans le dispositif toute incapacité reconnue au titre d'une maladie professionnelle consécutive à des manutentions manuelles de charges, à des postures pénibles, à des vibrations mécaniques ou à des agents chimiques dangereux.

Cette redéfinition du champ d'accès à la retraite anticipée justifie la réévaluation des crédits consacrés à son financement.

*

* *

Article 61

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 61 fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 2020, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 13,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,2 milliards d'euros pour le régime général.

I. UNE BRANCHE STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE

Après avoir été en déficit entre 2009 et 2012, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est continuellement excédentaire depuis l'exercice 2013.

● En 2018, l'excédent de la branche AT-MP a été ramené à 660 millions d'euros (- 500 millions d'euros par rapport à 2017), en raison d'un « effet ciseaux » ponctuel :

- la diminution des recettes (- 1,2 %), malgré un dynamisme prolongé du marché de l'emploi, s'expliquait par une nouvelle baisse du taux de cotisation, compensée globalement pour les régimes par une hausse du taux de cotisation maladie ;

- les dépenses (+ 2,7 %) sont reparties à la hausse, ce qui s'explique essentiellement par les prestations sociales (+ 2,2 points). La hausse des indemnités journalières (+ 7,4 %) s'explique notamment par une mesure de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 entrée en vigueur le 1^{er} juillet : les maladies professionnelles sont désormais prises en charge par la branche AT-MP dès le premier constat établi par le médecin. Par ailleurs, une correction comptable par rapport à l'exercice 2017, due à une sous-estimation des provisions pour 2017, a porté à 19 % la hausse des dépenses associées aux remboursements de soins.

● En 2019, l'excédent de la branche AT-MP devrait retrouver son niveau de 2017 et atteindre 1,1 milliard d'euros :

- côté recettes (+ 3,7 %), le dynamisme des cotisations sociales du secteur privé (+2,7 %) explique principalement la progression des produits de la branche AT-MP ;

- côté dépenses (+ 0,2 %), la progression des prestations ONDAM ralentirait fortement (+ 1,6 % après + 7,9 %). Les remboursements de soins de ville diminueraient (- 11%) compte tenu de la correction comptable opérée en 2018 (*cf. supra*). Les prestations hors ONDAM repartiraient également à la hausse (+ 1,7 %) sous l'effet de la montée en charge des dépenses au titre

notamment du compte professionnel de prévention. Ces hausses de charges seraient toutefois compensées par la diminution des transferts dus par la branche (- 6,1%), comme la dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

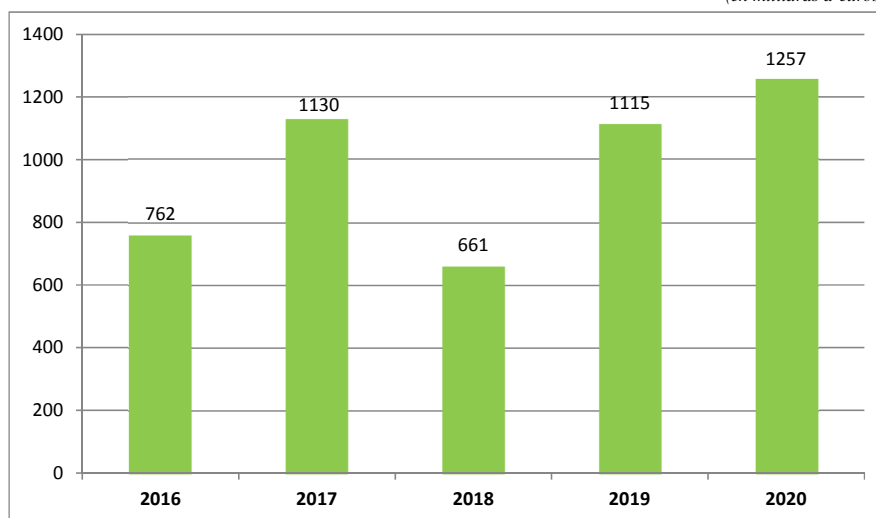
- En 2020, en l'absence de mesures nouvelles, les excédents devraient spontanément croître à nouveau pour atteindre un solde positif de 1,3 milliard d'euros :

- les recettes connaîtraient une hausse de + 2,7 %. Les produits liés aux cotisations pourraient croître (+ 2,8 %) à un rythme équivalent à celui de la masse salariale grâce à une amélioration du produit des recours contre tiers ;

- les dépenses progresseraient (+ 1,7 %) en raison du dynamisme des prestations relevant du champ de l'ONDAM, en particulier des indemnités journalières (+ 5 %).

SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE AT-MP (CNAMTS) POUR 2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2019.

II. DES OBJECTIFS DE DÉPENSES PROCHES DE LEUR NIVEAU SPONTANÉ

- L'article 61 fixe les objectifs de dépenses pour l'année 2020 de la branche AT-MP à 13,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et à 12,2 milliards pour le régime général, à comparer avec le niveau spontané des

charges de la branche prévu à 12,3 milliards d'euros par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale⁽¹⁾.

● Aucune mesure n'est prévue par le PLFSS 2020 pour modifier les ressources de la branche AT-MP en 2020. Celle-ci devrait toutefois réaliser de l'ordre de 100 millions d'euros d'économies en dépenses, du fait de :

– la revalorisation différenciée des prestations sociales (article 52) : 70 millions d'euros ;

– la suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail ou de maladie professionnelle (article 54) : 30 millions d'euros.

L'excédent de la branche AT-MP serait ainsi porté à 1,4 milliard d'euros au terme de l'exercice 2020.

● Par convention, les excédents de la branche AT-MP seraient stables pour la période 2021-2023, conformément à l'annexe B du présent projet de loi.

*

* *

(1) Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ne présente des comptes tendanciels par branche que pour le régime général.

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 62 fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2020, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 247,3 milliards d'euros en 2020, en augmentation de 2,4 % par rapport à l'objectif de 2019 tel que rectifié à l'article 5 du projet de loi.

La branche vieillesse du régime général, en particulier, voit son objectif de dépenses fixé à 141,7 milliards d'euros en 2020, en augmentation de 3,1 % par rapport à l'objectif de 2019 tel que rectifié à l'article 5 du projet de loi.

I. LA PÉRENNITÉ DU RETOUR À L'ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE FRAGILISÉE PAR LA CROISSANCE DES PRESTATIONS

Après vingt années de déséquilibres chroniques, les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont renoué avec un solde positif de 2016 et 2018. Toutefois, l'exercice 2019 marque le retour d'un solde négatif.

A. LA DÉGRADATION DE LA SITUATION FINANCIÈRE DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2018 ET 2019...

• L'année 2018 se caractérise par la quasi-disparition de l'excédent de la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale. Conformément au tableau d'équilibre figurant au 2^o de l'article 1^{er} du présent projet de loi, l'excédent de la branche vieillesse s'élèverait à 200 millions d'euros.

Cette dégradation s'explique, à titre principal, par le dynamisme des dépenses, qui ont connu une nette accélération, ainsi par que le ralentissement des recettes :

– s'agissant des dépenses (+ 2,9 %, après + 1,6 % en 2017), la hausse s'explique presque exclusivement par les prestations sociales, qui y contribuent à hauteur de 2,8 points. Ce dynamisme est lié à la fin du décalage de l'âge légal de départ à la retraite, qui freinait jusqu'à présent les flux de départ (en 2018, il atteint 62 ans pour la génération 1956). De plus, la revalorisation des pensions a été plus élevée que les années récentes du fait d'une inflation plus importante ;

– s'agissant des recettes (+ 1,6 % après + 2,4 %), les cotisations sociales ont encore constitué le principal moteur de la croissance des produits, en contribuant pour 1,4 point à leur évolution, bien que leur progression ait été bien moins importante qu'en 2017 (3,2 points). La diminution des transferts reçus par la branche vieillesse a freiné de 0,5 point la croissance des produits, en particulier

du fait de la nouvelle baisse de participation du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au financement du minimum contributif.

- En 2019, la branche vieillesse deviendrait déficitaire.

Hors mesures nouvelles du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, le solde attendu pour le régime général s'élèverait à – 0,8 milliard d'euros pour 2019 selon le rapport à la Commission des comptes de septembre 2019. Il résulterait :

– d'une progression des dépenses au même rythme qu'en 2018 (+ 2,9 %). Malgré la maîtrise des dépenses de retraite grâce à la sous-revalorisation des pensions au taux de 0,3 %, les transferts ont été soutenus par une hausse de la charge de compensation démographique et par une nouvelle hausse du transfert versé à la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) dans le cadre de l'adossement ;

– d'une augmentation contenue des recettes (+ 2,2 %). Les cotisations sociales ralentiraient nettement (+ 0,8 % après + 2,3 %) et contribueraient peu à la croissance des produits (+ 0,5 point), sous l'effet d'une croissance de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations moins soutenue.

Toutefois, ces prévisions reposaient sur l'hypothèse d'une compensation de la perte de recettes liée à l'anticipation de l'exonération de cotisations salariales des heures supplémentaires, dont l'entrée en vigueur a été avancée du 1^{er} septembre au 1^{er} janvier 2019 par la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales de décembre 2018. En l'absence de compensation telle que cela est prévu dans le présent projet de loi, le déficit de la branche vieillesse atteindrait 2,1 milliards d'euros selon le 2^o de l'article 5 du présent projet de loi.

B. ... RENFORCÉE PAR LA FORTE CROISSANCE DES PRESTATIONS DE RETRAITE HORS MESURES NOUVELLES EN 2020

- En l'absence des mesures prévues par le PLFSS 2020, le déficit de la branche vieillesse se creuserait fortement en 2020. Il atteindrait – 2,7 milliards d'euros.

- La croissance des dépenses du régime général (+ 3,2 %) se vérifie pour l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, procédant d'un mouvement commun d'augmentation des prestations de retraite servies.

Trois facteurs concourent à cette augmentation :

– l'évolution des effectifs, tout d'abord, résultant de la fin de la montée en charge du recul de l'âge légal de départ à la retraite. Engagé en 2011, le relèvement progressif de l'âge légal dans les principaux régimes de retraite s'est achevé en 2017 – la génération 1956 ayant atteint l'âge visé de 62 ans. Le relèvement se poursuit désormais dans les seuls régimes spéciaux. Depuis le

1^{er} janvier 2019, l'instauration des coefficients de solidarité dans le régime de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO doit néanmoins constituer une incitation supplémentaire à poursuivre l'activité légèrement au-delà de l'âge du taux plein ;

– le maintien d'une tendance à la hausse des prestations hors revalorisation, dénommée « effet noria ». Ce dernier, qui repose sur l'arrivée de retraités ayant des carrières plus complètes et associées à des salaires plus élevés, se traduit par une croissance continue de la moyenne des prestations servies ;

– la croissance du taux d'inflation, conduisant – à législation constante – à augmenter mécaniquement le niveau des prestations servies.

En dépit des rythmes de croissance propres à chaque régime, dépendant directement des structures démographiques et des règles applicables, la tendance à la hausse des prestations devrait être largement vérifiée.

Ainsi, le niveau des prestations servies augmenterait en moyenne en 2020, sans modification juridique, de 3,3 %.

Les régimes marqués par un ralentissement, voire une diminution tendancielle, des prestations versées – tel que le régime minier ou celui des exploitants agricoles – ne constituent donc qu'une exception liée au vieillissement de la population de retraités et au nombre de décès constatés.

II. RALENTIR LA HAUSSE DES DÉPENSES POUR EMPÊCHER LA DÉGRADATION DES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE

● L'article 62 fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2019.

Le 1^o fixe l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière d'assurance vieillesse à 247,3 milliards d'euros en 2020. Cet objectif est en augmentation de 2,4 % par rapport à l'objectif de 2019 tel que rectifié à l'article 5 du projet de loi (241,5 milliards d'euros).

Le 2^o fixe cet objectif à 141,7 milliards d'euros pour le seul régime général, augmentant ainsi de 3,1 % par rapport à l'objectif rectifié de 137,5 milliards d'euros pour 2019 inscrit à l'article 5 du projet de loi.

● L'augmentation des dépenses de la branche vieillesse du régime général serait ainsi inférieure de 300 millions d'euros à celle attendue en l'absence de mesures nouvelles (142 milliards d'euros), selon les projections du dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, en septembre 2019.

Le ralentissement de la croissance attendue des dépenses de la CNAV résulte, à titre principal, de la mesure de revalorisation différenciée des prestations de retraite prévue par l'article 52 du PLFSS 2020. À elle-seule, la sous-revalorisation, à hauteur de 0,3 %, des pensions de retraite de base au-delà de

2 000 euros bruts mensuels, réduirait les dépenses de 300 millions d’euros en 2020 pour le régime général (400 millions pour l’ensemble des régimes de retraite).

● Les effets des principales mesures nouvelles en 2020 sont décrits dans le tableau ci-dessous :

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAV

(en milliards d’euros)

Mesures nouvelles ⁽¹⁾	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2019	138,6	142	– 3,4
Limitation du coût de certaines niches sociales (dont DFS)	0,1		0,6 ²
Plafonnement de la compensation JEI	0,0		
Revalorisation différenciée des prestations		0,3	
Indemnisation du congé proche aidant		0,0	
LFSS pour 2020	139,0 ²	141,7	– 2,7

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

(2) Ces chiffres incluent les transferts de recettes au sein des administrations de sécurité sociale.

Sources : tableau d’équilibre financier de l’annexe 4 et annexe B du PLFSS 2020.

Bien que le PLFSS 2020 ne prévoie pas de mesure affectant significativement les ressources de la branche vieillesse, le projet de loi envisage de ne pas compenser à la branche vieillesse le coût de l’anticipation au 1^{er} janvier 2019 – au lieu du 1^{er} septembre 2019 – de l’entrée en vigueur de l’exonération de cotisations sociales au titre des heures supplémentaires.

● Le déficit de la branche vieillesse (régimes obligatoires de base + FSV) devrait s’accroître progressivement sur la période 2021-2023 pour atteindre – 6,6 milliards d’euros en 2023 selon les projections de l’annexe B du présent PLFSS, qui se fondent sur l’hypothèse d’une revalorisation des pensions des régimes de base au niveau de l’inflation.

*

* *

Article 63

Objectif de dépenses de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

L'article 63 du présent projet de loi autorise un objectif de la branche famille à hauteur de 50,3 milliards d'euros pour 2020, soit un montant quasiment stable par rapport à 2019.

I. UNE AMÉLIORATION DE L'EXCÉDENT EN 2019, UN TENDANCIEL FRAGILE PAR LA SUITE

A. UN EFFORT EN DÉPENSES ET UNE ÉVOLUTION RAPIDE DES PRODUITS EN 2019

● 2018 a été l'année où la branche famille a renoué avec des excédents, puisque le solde de la branche s'est établi à + 450 millions d'euros, en amélioration de 650 millions d'euros par rapport à 2017.

Ce résultat tenait notamment à la stabilisation des prestations légales, malgré une augmentation des produits (+ 1,3 %) de la branche bien moindre que celle de la masse salariale du secteur privé.

● La poursuite d'une situation excédentaire se confirmerait pour 2019.

Le solde positif attendu de 800 millions d'euros, aux termes de l'article 5 du présent projet de loi, résulterait ainsi d'une progression deux fois plus rapide des produits par rapport aux charges. Ce différentiel s'expliquerait notamment en dépenses par :

– le maintien du niveau des prestations légales à un niveau quasiment stable par rapport à l'exercice précédent (– 0,1 %) ;

– la revalorisation annuelle, décidée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019, des prestations à hauteur de 0,3 %, soit un niveau inférieur à celui de l'inflation ;

– le faible recours à la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) (– 2,2 % après une baisse de 3,3 % en 2018), contribuant à diminuer les dépenses liées à la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;

– une augmentation contenue des charges nettes à 0,2 %, issue d'une augmentation modérée des transferts nets.

Les produits augmenteraient à un rythme – certes deux fois supérieur à l'évolution des recettes – mais qui demeure modeste, de + 1,3 %. Cette évolution tient à deux tendances contrastées :

– une augmentation des cotisations nettes des charges de recouvrement de + 3 %, équivalente à la progression de la masse salariale, ainsi qu'un net rebond des cotisations sociales des non-salariés (+ 5,7 %), en répercussion d'une régularisation négative enregistrée en 2018 portant sur les cotisations des micro-entrepreneurs.

– un transfert de recettes, qui entraîne une diminution de 15,1 % des impôts et taxes affectés à la branche. Ces transferts se font en particulier, à hauteur de 1,9 milliard d'euros :

- vers la CNAV, par la réaffectation d'une fraction de la taxe sur les salaires en compensation de la perte de recettes induite par l'exonération sur les heures supplémentaires ;

- vers l'ACOSS, en raison de sa nouvelle mission de compensation à l'AGIRC-ARRCO des allègements généraux sur les cotisations de retraite complémentaire.

Ces transferts sont partiellement compensés par l'affectation d'une part supplémentaire des produits de CSG assis sur les revenus d'activité (1,2 milliard d'euros), qui aboutit à une augmentation totale de 14,6 % de ces produits pour la branche « famille ».

B. UNE ÉVOLUTION TENDANCIELLE NÉGATIVE POUR 2020

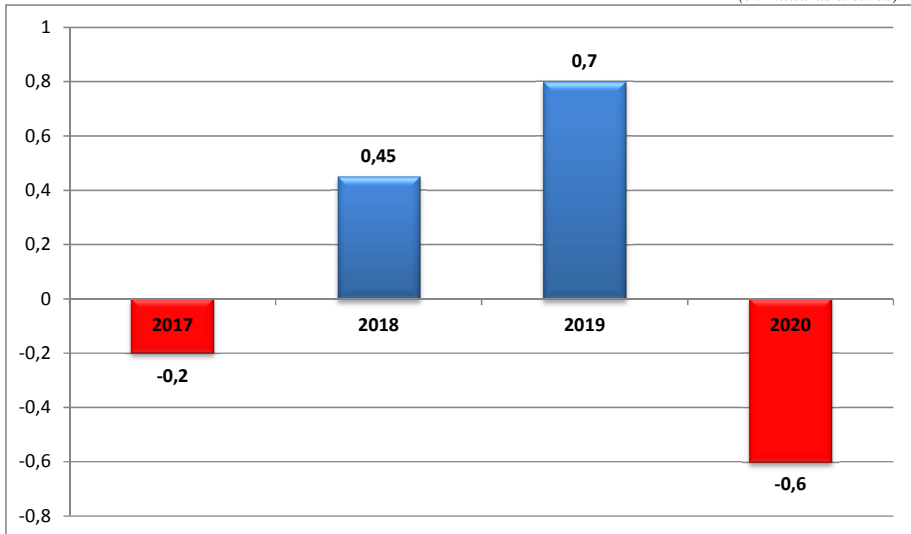
En l'absence des mesures prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, la branche famille redeviendrait déficitaire en 2020, de 600 millions d'euros, en raison notamment de la diminution des produits liée :

– aux transferts induits par la compensation des exonérations sur les heures supplémentaires et au transfert des excédents de la sécurité sociale à l'État ;

– au remboursement de la dette sociale, prévu en LFSS 2019.

SOLDE PRÉVISIONNEL DE LA BRANCHE FAMILLE POUR 2020

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2019.

II. L'OBJECTIF POUR 2020 PERMET LE MAINTIEN D'UNE SITUATION EXCÉDENTAIRE GRÂCE À LA SUPPRESSION DES TRANSFERTS PRÉVUS EN 2019

- L'article 63 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille ⁽¹⁾ pour l'année 2020 à 50,3 milliards d'euros, à comparer avec le niveau spontané des charges de la branche prévu par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) à 50,4 milliards d'euros.

- Le respect de ces objectifs est facilité par la suppression des mesures de transfert prévues en LFSS 2019, ainsi que par le maintien des efforts en dépenses.

(1) L'objectif de dépense est unique, dès lors que la branche famille du régime général assure une couverture de ce risque pour tous les Français.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAF EN 2020

(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles ⁽¹⁾	Recettes	Dépenses	Solde
CCSS septembre 2019	49,9	50,4	- 0,5
Réaffectation de la taxe sur les salaires consécutive à l'annulation des transferts vers l'État et la CADES	+ 1,2		+ 1,2
Baisse de la prise en charge des frais de gestion au titre de la prime d'activité		- 0,1	
Accroissement des charges lié à la mise en place du dispositif d'intermédiation pour les pensions alimentaires		+ 0,1	
LFSS pour 2020	+ 1,2	0	+ 0,7
Total	51,1	50,4	0,7

Source : direction de la sécurité sociale.

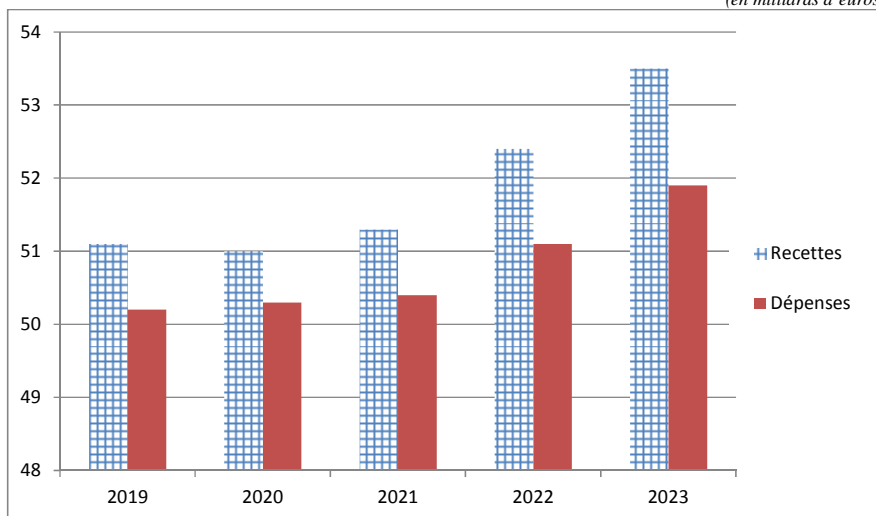
La branche bénéficie principalement des mesures en recettes (+ 1,2 milliard d'euros), qui tiennent à la réaffectation du produit de la taxe sur les salaires découlant de l'annulation du transfert de CSG vers le remboursement de la dette sociale. La maîtrise des dépenses tient également à poursuite d'une revalorisation des prestations familiales à hauteur d'un taux de 0,3 % inférieur à l'inflation.

- La branche famille du régime général poursuivrait, selon l'annexe B du présent projet de loi, sa collection d'excédents jusqu'en 2023, date à laquelle le solde serait positif de 1,6 milliard d'euros.

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

**MONTANT PRÉVISIONNEL DES DÉPENSES ET RECETTES DE LA BRANCHE FAMILLE
DU RÉGIME GÉNÉRAL DE 2019 À 2023**

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS pour 2020.

* sous réserve de règles d'arrondis.

*

* *

Article 64

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires en 2019**

Adopté par la commission sans modification

L'article 64 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l'espèce, depuis 2009, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Les dépenses du FSV devraient s'élever à 18,2 milliards d'euros en 2020, en diminution de 700 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2019 aux termes de l'article 5 du présent projet de loi.

**I. UN REDRESSEMENT DES COMPTES DU FSV PERMIS PAR UNE
DIMINUTION CONTINUE DE SES DÉPENSES**

● Créé par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale ⁽¹⁾, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est un établissement public à caractère administratif dont la mission est d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de dispositifs relevant de la solidarité nationale.

En déficit chronique depuis 2010 dans un contexte économique dégradé, ses comptes ont amorcé leur redressement sous le double effet de la redéfinition de son champ d'intervention et de l'amélioration de la conjoncture.

● La dégradation prolongée des comptes du FSV à compter de 2010 résulte directement de la nature de sa mission, consistant à financer l'ensemble des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale.

Le ralentissement économique s'est ainsi accompagné simultanément d'une forte augmentation de ses dépenses – avec en premier lieu la prise en charge des cotisations retraite des demandeurs d'emploi – et d'une diminution de ses ressources – étant en partie assises sur la masse salariale. Cet « effet ciseaux » s'est alors traduit par des déficits chroniques du FSV, maintenus au-delà de 3 milliards d'euros jusqu'en 2018.

Deux éléments sont venus corriger cette dégradation :

– l'un discrétionnaire, résultant de la modification du champ d'action et des ressources du FSV ;

– l'autre conjoncturel, reposant sur l'amélioration de la situation économique.

(1) Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.

Les principales dépenses du Fonds de solidarité vieillesse

Le FSV est en charge simultanément du financement de cotisations et de prestations relatives à l'assurance vieillesse.

Côté cotisations, le FSV prend en charge le financement des cotisations ouvrant droit à la validation de trimestres d'assurance vieillesse au titre :

- du chômage (pour un montant prévisionnel de 11,8 milliards d'euros en 2019) ;
- des arrêts de travail (1,9 milliard d'euros) ;
- des stages de la formation professionnelle (187 millions d'euros) ;
- des périodes d'apprentissage (51 millions d'euros inscrits dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019) ;
- du service national (33 millions d'euros).

Côté prestations, le FSV assure le financement :

- du minimum vieillesse (3,5 milliards d'euros prévus pour 2018) ;
- d'une fraction du minimum contributif (967 millions d'euros).

● Une série de mesures contenues dans les dernières lois de financement de la sécurité sociale sont venues modifier sensiblement le champ d'action et les ressources du FSV. Il s'agissait de la fois de recentrer le Fonds sur sa mission historique de financement des dispositifs de solidarité et de tirer les conséquences de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE).

Peuvent ainsi être mentionnées, à titre principal :

– la fin progressive de la prise en charge partielle par le FSV des dépenses engagées par les régimes de base au titre du minimum contributif - dit « MiCo ». Cette moindre dépense s'effectue à hauteur de près de 1 milliard d'euros en moins chaque année – le financement du MiCo par le FSV devant s'éteindre en 2020 ;

– la suppression de la prise en charge par le FSV de la majoration pour conjoint à charge depuis 2017 ;

– la concentration quasi exclusive des recettes du fonds sur les revenus du capital. Tirant les conséquences de l'arrêt *De Ruyter* du 26 février 2015 de la CJUE, cette modification permet d'affecter les prélèvements sociaux sur les revenus du capital perçus par les personnes rattachées à un régime de sécurité sociale d'un autre État membre de l'Union européenne au financement des seules prestations non contributives. Ces modifications ont consisté en :

- l'affectation des prélèvements sociaux sur les revenus du capital au FSV, en lieu et place de la fraction du produit de la CSG sur revenus d'activité et de remplacement, d'une fraction de la taxe sur les salaires et d'une partie du forfait social perçus jusqu'alors ;
- le reversement à l'État de la fraction du prélèvement de solidarité sur le capital jusqu'alors versée au FSV, en contrepartie de

l'augmentation des recettes résultant de la hausse de 1,7 point du taux de CSG.

- Conjuguée à l'amélioration du marché de l'emploi, cette rationalisation financière du FSV a permis une nette réduction des dépenses depuis 2016.

Au total, les charges du FSV ont ainsi diminué de 3 % en 2018 et, selon les prévisions disponibles, de 0,5 % en 2019. La seule bascule progressive du financement du MiCo a généré une moindre dépense de 780 millions d'euros en 2018 et de 770 millions d'euros en 2019. Les 970 millions d'euros restants disparaîtront en 2020 avec la fin de la prise en charge partielle du MiCo par le FSV.

II. UNE TRAJECTOIRE DE REDRESSEMENT À CONFORTER EN 2020

- L'article 64 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, en application du 1° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

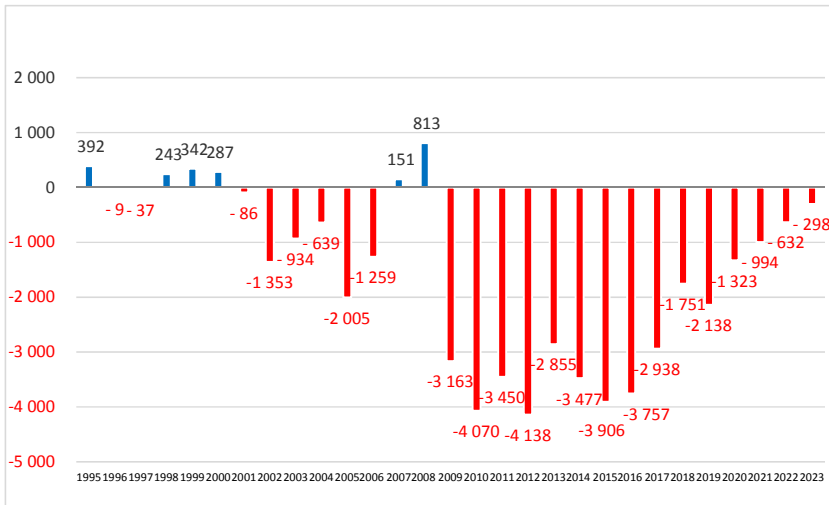
À l'identique des exercices précédents, depuis l'extinction du Fonds de financement des prestations sociales de non-salariés agricoles (FFIPSA) en 2009, seul le FSV voit ses dépenses définies à cet article.

Les dépenses du FSV devraient s'élever à 18,2 milliards d'euros en 2020, en diminution de 700 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2019 aux termes de l'article 5 du présent projet de loi.

- Le redressement des comptes du FSV devrait donc se poursuivre en 2020, sous l'effet conjugué d'une réduction des dépenses (*cf. supra*) et de la stabilisation des recettes du Fonds.

SOLDES ANNUELS DU FSV DE 1994 À 2023

(en millions d'euros ; projections à compter de 2019)



Source : Fonds de solidarité vieillesse.

● Le rapporteur général attire néanmoins l'attention sur la dépendance désormais particulièrement forte du Fonds à la conjoncture économique, augmentant la probabilité de retrouver à l'avenir un « effet ciseaux ».

La stabilité financière du FSV impliquerait l'absence de volatilité des prélèvements sociaux sur le capital et une stabilité continue du taux de chômage. Ces deux conditions sont pour le moins illusoire. Il conviendra donc de s'interroger – le cas échéant à l'occasion de la réforme systémique de notre système de retraite – sur l'instauration de mécanismes stabilisateurs, aptes à éviter la résurgence de déficits chroniques au moindre retournement de la conjoncture.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL

(par ordre chronologique)

➤ *Audition conjointe :*

– **Comité de suivi des retraites** – **M. Didier Blanchet**, président

– **Conseil d’orientation des retraites** – **M. Pierre-Louis Bras**, président, et **M. Emmanuel Bretin**, secrétaire général

➤ **France Assos Santé** – **Mme Claude Rambaud**, 1^{re} vice-présidente, et **Mme Féreuze Aziza**, chargée de mission en charge de l’assurance maladie

➤ **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **Mme Mathilde Lignot-Leloup**, directrice de la sécurité sociale, **M. Morgan Delaye**, sous-directeur au financement de la sécurité sociale, et **M. Nicolas Labrune**, sous-directeur au financement du système de soins

➤ **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)** – **M. Yann-Gaël Amghar**, directeur général

➤ **Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP)** – **Mme Florence Sautejeau**, présidente, et **M. Christian Expert**, vice-président

➤ **Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV)** – **M. Gérard Rivière**, président, et **M. Renaud Villard**, directeur

➤ *Table ronde réunissant les organisations représentant les employeurs :*

– **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** (*) – **M. Sébastien Velez**, directeur de la protection sociale, **Mme Nathalie Buet**, directrice adjointe à la direction de la protection sociale, et **M. Guillaume Leblanc**, directeur des affaires publiques

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)** (*) – **M. Jean-Lou Blachier**, vice-président délégué, **M. Florian Faure**, directeur des affaires sociales et de la formation, et **Mme Sandrine Bourgogne**, secrétaire générale adjointe

– **Association française des entreprises privées (AFEP)** (*) – **M. François Soulmagnon**, directeur général, et **Mme Julie Leroy**, directrice des affaires sociales

- **Conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES)** – **M. Jean-Louis Rey**, président, et **Mme Geneviève Gauthey**, responsable budget et communication
- **Mutualité Française** (*) – **M. Thierry Beaudet**, président, et **M. Albert Lautman**, directeur général
- **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)** – **M. Nicolas Revel**, directeur général, et **Mme Véronika Levendof**, responsable des relations avec le Parlement
- *Table ronde des fédérations hospitalières :*
 - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)** (*) – **M. Lamine Gharbi**, président, **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles
 - **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **Mme Zaynab Riet**, déléguée générale, **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle finances, et **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégique
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** (*) – **Mme Marie-Sophie Desaulle**, présidente, et **M. Antoine Perrin**, directeur général
- *Table ronde réunissant les syndicats de salariés :*
 - **Confédération générale du travail (CGT)** – **Mme Mireille Carrot**, membre de la direction confédérale, et **Mme Alya Seoudi**, conseillère confédérale
 - **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **Mme Jocelyne Cabanal**, secrétaire nationale, et **M. Philippe Le Clézio**, secrétaire confédéral
 - **Confédération générale du travail-Force ouvrière (CGT-FO)** – **M. Serge Legagnoa**, secrétaire confédéral chargé du secteur protection sociale collective, **Mme Karine Beaurain**, assistante confédérale chargée des branches famille et recouvrement, secteur protection sociale collective, et **M. Guillaume Commenge**, assistant confédéral chargé de la branche maladie, secteur protection sociale collective
 - **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **M. Jean-Louis Deroussen**, conseiller spécial du président, et **M. Lorenzo Lanteri**, conseiller technique

➤ *Table ronde réunissant les organisations représentant les médecins :*

– **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)** – **M. Jean-Paul Ortiz**, président, **M. Luc Duquesnel**, président des généralistes-CSMF, et **M. Patrick Gasser**, président des spé-CSMF

– **Fédération des Médecins de France (FMF)** – **Dr. Jean-Paul Hamon**, président

– **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **Dr. Jacques Battistoni**, président, **M. Jean-Louis Bensoussan**, secrétaire général, et **M. Gilles Urbejtel**, trésorier

➤ *Audition commune :*

– **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale, et **Mme Céline Faye**, adjointe à la sous-direction de la régulation

– **Task Force « Réforme du financement du système de santé »** – **M. Jean-Marc Aubert**, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et **Mme Clémence Marty-Chastan**, membre de la « task-force »

➤ **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – **M. Frédéric Favié**, président

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)** – **M. Vincent Mazauric**, directeur général, **Mme Isabelle Sancerni**, présidente du conseil d'administration, **M. Cyrille Broilliard**, adjoint du directeur des prestations, et **Mme Patricia Chantin**, responsable relations parlementaires

➤ **Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – **Mme Virginie Magnant**, directrice, et **M. Simon Kieffer**, directeur des établissements et services medico-sociaux

➤ **Direction générale de la santé (DGS)** – **M. Maurice-Pierre Planel**, directeur général adjoint, **Pr. Céline Pulcini**, cheffe de projet national à l'antibiorésistance, **Mme Magali Guegan**, adjointe à la sous-directrice Santé des populations et prévention des maladies chroniques, **Mme Anne-Marie Horellou**, cheffe de la division agences-partenariats-concertation, **M. François Bruneaux**, adjoint à la sous-directrice politique des produits de santé et qualité des pratiques et des soins, et **Mme Laurence Cate**, adjointe à la sous-directrice environnement-alimentation

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)** – **M. Pascal Cormery**, président du conseil d’administration, **M. François-Emmanuel Blanc**, directeur général, **M. Nicolas Bondonneau**, directeur de la protection sociale, et **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires
- **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **Mme Virginie Lasserre**, directrice générale, **M. David Soubrie**, sous-directeur des professions sociales, de l’emploi et des territoires, **M. Olivier Bachellery**, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation, **Mme Stéphanie Talbot**, cheffe de bureau « Gouvernance du secteur social et médico-social », **M. Jean-François Lhoste**, adjoint à la sous-direction de l’autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, et **Mme Catherine Morin**, adjointe à la sous-direction de l’autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Jean-Patrick Sales**, vice-président, **Mme Catherine Rumeau-Pichon**, vice-présidente de la section des dispositifs médicaux, et **M Thibaut Zaccherini**, secrétaire général adjoint
- **Syndicat national de l’industrie des technologies médicales (SNITEM) (*)** – **M. Eric Le Roy**, directeur général, **M. François-Régis Moulines**, directeur en charge des affaires gouvernementales
- **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – **Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, **M. Jean-Philippe Vallat**, directeur, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
- **Les entreprises du médicament (LEEM) (*)** – **M. Frédéric Collet**, président, **M. Éric Baseilhac**, directeur accès, économie et export, et **M. Laurent Gainza**, directeur des affaires publiques

(*) *Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :
LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
3	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
3	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
3	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
3	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
4	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2018	21
8	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
8	Code de la sécurité sociale	L. 241-13
8	Code des transports	L. 5553-11
Après 8	Code du travail	L. 3261-2
9	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
9	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
Après 9	Code général des impôts	1613 <i>bis</i>
Après 9	Code général des impôts	1613 <i>ter</i> A [<i>nouveau</i>]
10	Code de la sécurité sociale	L. 133-3
10	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-3
10	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-4
10	Code de la sécurité sociale	L. 213-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 213-4
10	Code de la sécurité sociale	L. 213-5 [<i>nouveau</i>]
10	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-5 [<i>nouveau</i>]
10	Code de la sécurité sociale	L. 225-6
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-3 [<i>abrogé</i>]
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-6-7 [<i>abrogé</i>]
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-7
10	Code de la sécurité sociale	L. 382-17
10	Code de la sécurité sociale	L. 921-2-1
10	Code des transports	L. 5542-5
10	Code des transports	L. 5549-2
10	Code des transports	L. 5553-16 [<i>abrogé</i>]
10	Code des juridictions financières	L. 141-10
10	Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires	3
10	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	26 [<i>abrogé</i>]
11	Code de la sécurité sociale	L. 311-3
11	Code de la sécurité sociale	L. 613-2
11	Code de la sécurité sociale	L. 613-5 [<i>abrogé</i>]

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
11	Code de la sécurité sociale	L. 613-8
11	Code de la sécurité sociale	L. 662-1
11	Livre des procédures fiscales	L. 98 C [nouveau]
11	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	28-11
11	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	28-12 [nouveau]
11	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	Chapitre VI - art. 28-13 [nouveau]
13	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-2
13	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-5
13	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-5
13	Code de la sécurité sociale	L. 243-6-2
13	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	23
14	Code de la sécurité sociale	L. 114-10-1
14	Code de la sécurité sociale	L. 114-10
14	Code de la sécurité sociale	L. 114-10-1-1 [nouveau]
14	Code de la sécurité sociale	L. 133-1
14	Code de la sécurité sociale	L. 243-7
14	Code de la sécurité sociale	L. 243-7-6
14	Code de la sécurité sociale	L. 243-11
14	Code de la sécurité sociale	L. 243-15
14	Code de la sécurité sociale	L. 862-5
14	Code rurale et de la pêche maritime	L. 741-10
14	Code du travail	L. 1251-47
15	Code de la sécurité sociale	Section 4 du chapitre VIII du titre III du livre I ^{er} [nouvelle] - art. L. 138-19-8 à L. 138-19-13
15	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-1-1 [nouveau]
17	Code de la sécurité sociale	L. 114-8
17	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
17	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
17	Code de la sécurité sociale	L. 622-2
17	Code de la sécurité sociale	L. 632-2
17	Code de la sécurité sociale	L. 635-4-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
17	Code de la sécurité sociale	L. 612-5
17	Code rurale et de la pêche maritime	L. 731-2
17	Code rurale et de la pêche maritime	L. 731-3
17	Code rurale et de la pêche maritime	L. 732-58
17	Loi n°89-1008 du 31 décembre 1989 relative au développement des entreprises commerciales et artisanales et à l'amélioration de leur environnement économique, juridique et sociale	4
17	Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	4
17	Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014	9
17	Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	15
17	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	26
24	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-16
24	Code de la sécurité sociale	L. 6146-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-3
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-4
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-5
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-6-1 [nouveau]
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-7
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-10
25	Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78
25	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-21-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-21-3
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-22
25	Code de la sécurité sociale	Sous-section 2 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [abrogée]
25	Code de la sécurité sociale	Sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [devient sous-section 2]
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-16
25	Code de la sécurité sociale	Sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [nouvelle] - art. L. 162-22-18 et L. 162-22-19
25	Code de la sécurité sociale	Intitulé de la sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er}
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-26
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
25	Code de la sécurité sociale	L. 165-7

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-1
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-1-1 [<i>abrogé</i>]
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-1-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-2-2
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-5
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-12
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-15
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-15-1
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-15-2 [<i>abrogé</i>]
25	Code de la santé publique	L. 1434-8
25	Code de la santé publique	L. 6131-5
25	Code de la santé publique	L. 6145-1
25	Code de la santé publique	L. 6145-4
26	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1
26	Code de la sécurité sociale	L. 16222-10
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-4
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-9 [<i>abrogé</i>]
26	Code de la sécurité sociale	L. 174-3 [<i>abrogé</i>]
26	Code de la sécurité sociale	L. 174-15-1
26	Code de la sécurité sociale	L. 175-1
26	Code de la santé publique	L. 6143-7
26	Code de la santé publique	L. 6162-9
26	Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
Après 26	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-8-2 [<i>rétabli</i>]
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-9
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-2
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-4
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-6 et L. 165-1-7 [<i>nouveaux</i>]
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-2
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-2-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-2-2 [<i>nouveau</i>]
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-3-3
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-4
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-4-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-5
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-5-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-8-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-11
28	Code de la sécurité sociale	L. 165-13
28	Code de la sécurité sociale	L. 871-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
28	Code de la santé publique	L. 5212-1-1 [nouveau]
Après 28	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4
29	Code de la santé publique	L. 5121-10-2
29	Code de la santé publique	L. 5123-2
29	Code de la santé publique	L. 5124-13-2 [nouveau]
29	Code de la santé publique	L. 5124-18
29	Code de la santé publique	L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 [abrogés]
29	Code de la sécurité sociale	L. 138-1
29	Code de la sécurité sociale	Intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I ^{er}
29	Code de la sécurité sociale	L. 138-10
29	Code de la sécurité sociale	L. 138-13
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-2 [nouveau]
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-3 [nouveau]
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-6
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-9
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-3
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-3-1
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-4 [abrogé]
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-5
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-7
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-18
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7
29	Code de la sécurité sociale	L. 245-1
29	Code de la sécurité sociale	L. 245-2
29	Code de la sécurité sociale	L. 245-6
30	Code de la santé publique	L. 5121-12
30	Code de la santé publique	L. 5121-20
30	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-1
30	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-1-1
31	Code de la santé publique	L. 1413-12
31	Code de la santé publique	L. 5321-2
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-3
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-4-1 [nouveau]
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-5
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-8
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-11
32	Code de la sécurité sociale	L. 861-12 [nouveau]
32	Code de la sécurité sociale	L. 862-1
32	Code de la sécurité sociale	L. 862-2

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
32	Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques	6-1, 6-2 et 6-3 [<i>abrogés</i>]
33	Code de la sécurité sociale	L. 160-14
33	Code de la sécurité sociale	L. 162-4-5
33	Code de la sécurité sociale	L. 162-8-1
33	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	20-4
33	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales	9
34	Code de la santé publique	L. 5121-30
34	Code de la santé publique	L. 5121-32
34	Code de la santé publique	L. 5121-33
34	Code de la santé publique	L. 5121-34
34	Code de la santé publique	L. 5423-8
34	Code de la santé publique	L. 5423-9 [<i>nouveau</i>]
34	Code de la santé publique	L. 5471-1
35	Code de l'action sociale et des familles	L. 223-1-1
36	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-19 [<i>nouveau</i>]
36	Code de la sécurité sociale	L. 642-4-2
36	Code de la sécurité sociale	L. 645-2-1 [<i>nouveau</i>]
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-2
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-3 [<i>abrogé</i>]
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-4 [<i>abrogé</i>]
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-5 [<i>abrogé</i>]
37	Code de la santé publique	L. 6111-1-5 [<i>nouveau</i>]
37	Code de la sécurité sociale	L. 160-9
38	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-3-1
Après 38	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12
Après 38	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12-2
39	Code de la santé publique	L. 1432-2
39	Code de la santé publique	L. 3112-2
39	Code de la santé publique	L. 3112-3
39	Code de la sécurité sociale	L. 174-16
40	Code de la santé publique	Section 1 du chapitre V-1 du titre I ^{er} du livre IV [<i>nouvelle</i>] - art. L. 1415-2 à L. 1415-7
40	Code de la santé publique	Section 2 du chapitre V-1 du titre I ^{er} du livre IV - art. L. 1415-8 [<i>nouveau</i>]
41	Code du sport	L. 231-2

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
41	Code du sport	L. 231-2-1
42	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-15
42	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-2
42	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-3
42	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-4
42	Code de la santé publique	L. 1421-3
42	Code de la santé publique	L. 1435-7
43	Code de la santé publique	L. 5121-12-1
43	Code de la santé publique	L. 5121-12-1-1 [nouveau]
43	Code de la santé publique	L. 5121-20
43	Code de la sécurité sociale	L. 114-17-1
43	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-1
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-3 [nouveau]
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-17
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-2-3 [nouveau]
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7-4
43	Code de la sécurité sociale	L. 315-2
44	Code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
44	Code de la sécurité sociale	L. 322-5
44	Code de la santé publique	L. 6311-2
44	Code de la santé publique	L. 6312-4
44	Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	66
45	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-9
45	Code de l'action sociale et des familles	L. 262-46
45	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-1
45	Code de la sécurité sociale	L. 136-8
45	Code de la sécurité sociale	Chapitre VIII <i>bis</i> du titre VI du livre I ^{er} [nouveau] - art. L. 168-8-à L. 168-16
45	Code de la sécurité sociale	L. 553-2
45	Code de la sécurité sociale	L. 815-11
45	Code de la sécurité sociale	L. 821-5-1
45	Code de la sécurité sociale	L. 845-3
46	Code de la sécurité sociale	Titre IX du livre IV [nouveau] - art. L. 491-1 à L. 491-7
46	Code rural et de la pêche maritime	L. 253-8-2
46	Code rural et de la pêche maritime	L. 723-13-3 [nouveau]
46	Loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012	46
47	Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	40
48	Code civil	373-2-2
48	Code civil	373-2-3
48	Code civil	373-2-6

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
48	Code de la construction et de l'habitation	L. 821-6
48	Code pénal	227-3
48	Code pénal	227-4
48	Code des procédures civiles	L. 111-3
48	Code des procédures civiles	L. 161-3
48	Code des procédures civiles	L. 213-1
48	Code des procédures civiles	L. 213-4
48	Code de la sécurité sociale	L. 523-1
48	Code de la sécurité sociale	L. 553-4
48	Code de la sécurité sociale	L. 581-8
48	Code de la sécurité sociale	L. 582-1
48	Code de la sécurité sociale	L. 821-5-1
48	Code de la sécurité sociale	L. 845-5
48	Livre des procédures fiscales	L. 152
48	Livre des procédures fiscales	L. 152 A
48	Livre des procédures fiscales	L. 162 A
48	Loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires	1 ^{er}
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 214-1-1 [nouveau]
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 421-3
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 421-4
50	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	8
50	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	10-1
50	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	10-2 [abrogé]
50	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	12
51	Code de la sécurité sociale	L. 216-4
51	Code de la sécurité sociale	L. 216-5
52	Code de la sécurité sociale	L. 652-4
52	Code de la sécurité sociale	L. 653-7-1 [nouveau]
53	Code de la sécurité sociale	L. 351-7-1-A [nouveau]
53	Code de la sécurité sociale	L. 821-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
53	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	11-1 [<i>nouveau</i>]
53	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	11 <i>bis</i> devient 11-2
53	Code de l'action sociale et des familles	L. 262-10
53	Code de l'action sociale et des familles	L. 262-12
54	Code de la sécurité sociale	L. 242-5
54	Code de la sécurité sociale	L. 434-3
54	Code de la sécurité sociale	L. 434-4
54	Code rural et de la pêche maritime	L. 751-13
54	Code de la sécurité sociale	L. 434-5
55	Code de la sécurité sociale	L. 323-2
55	Code de la sécurité sociale	L. 325-1
55	Code de la sécurité sociale	L. 325-2
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-1
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-2
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-3
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-7
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-8
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-9
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-10 [<i>rétabli</i>]
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-11
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-12
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-14
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-14-1
55	Code de la sécurité sociale	L. 341-16
55	Code de la sécurité sociale	L. 815-24
55	Code de la sécurité sociale	L. 815-28 [<i>abrogé</i>]
55	Code de la sécurité sociale	L. 816-3
55	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-8
55	Code des procédures fiscales	L. 153
56	Code de la sécurité sociale	L. 323-3
56	Code de la sécurité sociale	L. 323-4
56	Code de la sécurité sociale	L. 328-21-1 [<i>nouveau</i>]
56	Code de la sécurité sociale	L. 433-1
56	Code rural et de la pêche maritime	L. 752-5-1

**ANNEXE N° 3 :
LISTE DES LIENS VIDÉOS RELATIFS
À L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

– Jeudi 10 octobre 2019 à 16 heures : audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, et M. Gérald Darmanin, ministre de l'action et des comptes publics

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8229465_5d9f374d20fad.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-et-m-g-10-octobre-2019

– Mardi 15 octobre 2019 à 18 heures (articles 1^{er} à 6)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8242337_5da5ea96e7c17.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-15-octobre-2019

– Mardi 15 octobre 2019 à 21 heures 30 (articles 7 à 23)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8245458_5da61bfc92db6.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-15-octobre-2019

– Mercredi 16 octobre 2019 à 9 heures 30 (articles 24 à 28)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8247464_5da6c54d1aa1d.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-16-octobre-2019

– Mercredi 16 octobre 2019 à 15 heures (après l'article 28 à article 64)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8254318_5da7125f2a46d.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2020-su-16-octobre-2019