

N° 2436

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 novembre 2019.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, REJETÉ PAR LE SÉNAT, APRÈS ENGAGEMENT DE LA PROCÉDURE ACCÉLÉRÉE, de **financement de la sécurité sociale pour 2020**,

PAR M. OLIVIER VÉRAN,

Rapporteur général.

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale</i> :	1 ^{ère} lecture :	2296, 2340, 2314 et T.A. 345 .
	Commission mixte paritaire :	2426
	Nouvelle lecture :	2416
<i>Sénat</i> :	1 ^{ère} lecture :	98, 109, 103 et T.A. 26 (2019-2020).
	Commission mixte paritaire :	132 et 133 (2019-2020).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	9
COMMENTAIRES D'ARTICLES	11
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018	11
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018.....	11
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A).....	12
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019	12
<i>Article 3</i> : Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours.....	12
<i>Article 4</i> : Modification du montant M 2019 applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables.....	14
<i>Article 5</i> : Rectification des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019.....	15
<i>Article 6</i> : Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2019.....	16
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2020	17
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	17
Chapitre I ^{er} – Favoriser le soutien à l'activité économique et aux actifs.....	17
<i>Article 7</i> : Reconstitution du versement d'une prime exceptionnelle exonérée de contributions et cotisations sociales.....	17
<i>Article 8</i> : Ajustement du calcul des allègements généraux.....	18
<i>Article 8 bis</i> : Évolution des règles d'affiliation au régime agricole.....	20
<i>Article 8 ter</i> : Exonération de cotisations et de contributions pour les saisonniers.....	21
<i>Article 8 quater</i> : Intégration du secteur de la presse dans le barème de compétitivité renforcée « LODEOM ».....	24
<i>Article 8 quinquies</i> : Renforcement du régime spécifique d'exonération « LODEOM ».....	26
<i>Article 9</i> : Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique.....	27

<i>Article 9 bis</i> : Exonération de prélèvements sociaux sur le versement de la prestation de compensation du handicap à un aidant familial	28
<i>Article 9 ter</i> : Extension de l'assiette de la taxe dite « prémix ».....	30
<i>Article 9 quater</i> : Création d'un abattement sur la CSG assise sur les revenus des détenus .	31
<i>Article 9 quinquies</i> : Exonération de la branche professionnelle des ports et de la manutention de la sur-cotisation de 50 % finançant la prise en charge de la pénibilité...	32
Chapitre II – Simplifier et moderniser les relations avec l'administration	33
<i>Article 10</i> : Unification du recouvrement dans la sphère sociale	33
<i>Article 11</i> : Simplification des démarches des travailleurs indépendants	35
<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	37
<i>Article 13</i> : Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique.....	38
<i>Article 14</i> : Mesures de lutte contre la fraude.....	39
Chapitre III – Réguler le secteur des produits de santé	41
<i>Article 15</i> : Création d'une clause de sauvegarde applicables aux dispositifs médicaux remboursés.....	41
<i>Article 16</i> : Fixation du taux M pour la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables pour 2020	42
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	43
<i>Article 17</i> : Transfert de recettes entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	43
<i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5	45
<i>Articles 19 et 20</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV pour l'exercice 2020.....	46
<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 FRR et mises en réserve par le FSV	47
<i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	47
<i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	48
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2020	49
TITRE I^{ER} – POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SOINS	49
Chapitre I^{er} – Réformer le financement de notre système de santé.....	49
<i>Article 24 A</i> : Pluriannualité des ressources des établissements de santé	49
<i>Article 24</i> : Réforme du financement des hôpitaux de proximité	50

<i>Article 25</i> : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation.....	51
<i>Article 26</i> : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital	54
<i>Article 26 bis</i> : Réforme du financement des urgences	55
<i>Article 26 ter</i> : Rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé.....	57
<i>Article 27</i> : Réforme du financement : nomenclatures de ville	58
<i>Article 28</i> : Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence.....	61
<i>Article 28 bis</i> : Accès précoce aux dispositifs médicaux	63
<i>Article 28 ter</i> : Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux	67
<i>Article 29</i> : Prise en charge de médicaments particuliers.....	68
<i>Article 29 bis</i> : Expérimentation de la prise en charge de l'usage médical du cannabis.....	70
<i>Article 30</i> : Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU.....	72
<i>Article 31</i> : Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie	73
Chapitre II – Améliorer l'accès aux soins.....	74
<i>Article 32</i> : Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé ..	74
<i>Article 33</i> : Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures	75
<i>Article 34</i> : Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments.....	76
<i>Article 35</i> : Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance.....	77
<i>Article 35 bis</i> : Mise en place d'un protocole national de coordination de la protection maternelle et infantile.....	79
<i>Article 36</i> : Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins.....	80
<i>Article 37</i> : Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités.....	81
<i>Article 37 bis</i> : Modification de l'expérimentation relative au congé maternité des travailleuses indépendantes	82
<i>Article 38</i> : Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français.....	84
<i>Article 38 bis</i> : Critères d'évaluation qualitatifs pour les établissements sociaux et médico-sociaux	85
<i>Article 38 ter</i> : Expérimentation d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap.....	86
<i>Article 39</i> : Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre.....	88

<i>Article 39 bis</i> : Prise en charge des vaccins du calendrier vaccinal administrés dans les centres de vaccination anti-amarié	89
Chapitre III – Renforcer la qualité, la pertinence et l’efficacité des soins	91
<i>Article 40</i> : Mise en place d’un parcours de soins global après le traitement d’un cancer ...	91
<i>Article 40 bis</i> : Expérimentation du financement d’un accompagnement psychologique pour les patients atteints de sclérose en plaques	92
<i>Article 41</i> : Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d’absence de contre-indication à la pratique sportive	93
<i>Article 41 bis</i> : Caractère obligatoire de l’entretien prénatal précoce	94
<i>Article 41 ter</i> : Délivrance de substituts nicotiniques par les centres d’examen de santé et les centres de protection maternelle et infantile (PMI).....	95
<i>Article 42</i> : Contrat de l’amélioration de la qualité et de l’efficacité des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité	97
<i>Article 43</i> : Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments	98
<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.....	100
<i>Article 44 bis</i> : Ouverture de la biologie délocalisée	101
TITRE II – PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE.....	103
Chapitre I^{er} – Protéger les Français contre les nouveaux risques.....	103
<i>Article 45</i> : Indemnisation du congé proche aidant.....	103
<i>Article 45 bis</i> : Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale	105
<i>Article 46</i> : Création d’un fonds d’indemnisation des victimes de produits pesticides	106
<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.....	108
Chapitre II – Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales	109
<i>Article 48</i> : Création du service public de versement des pensions alimentaires	109
<i>Article 49</i> : Améliorer l’information sur l’accès aux modes d’accueil des jeunes enfants ...	110
<i>Article 49 bis</i> : Extension du bénéfice du complément de mode de garde aux signataires d’un contrat de service civique	111
<i>Article 50</i> : Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte	112
<i>Article 51</i> : Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale	113
<i>Article 51 bis</i> : Mise en place d’un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale.....	114
<i>Article 51 ter</i> : Précision du contenu du droit de communication entre administrations	115
<i>Article 51 quater</i> : Insertion des agents des ARS dans la liste des agents habilités à échanger des renseignements et documents utiles	116

<i>Article 51</i> quinquies : Remise d'un rapport sur le répertoire national commun de la protection sociale	117
<i>Article 52</i> : Revalorisation différenciée des prestations sociales.....	118
<i>Article 53</i> : Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux.....	119
<i>Article 54</i> : Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP des employeurs.....	121
<i>Article 55</i> : Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée.....	121
<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	123
TITRE III – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	124
<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	124
<i>Article 57</i> bis : Unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale.....	125
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	128
<i>Article 59</i> : ONDAM et sous-ONDAM	128
<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	130
<i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	130
<i>Article 62</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse.....	131
<i>Article 63</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille	132
<i>Article 64</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019	133
COMPTES RENDUS DES TRAVAUX	135
I. AUDITION DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ	135
II. EXAMEN DES ARTICLES	153
ANNEXE : LISTE DES TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DU PROJET DE LOI	205

AVANT-PROPOS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 29 octobre 2019. Alors que le projet initial comptait 64 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 94, 30 articles additionnels ayant été adoptés.

Après avoir examiné le projet au stade de la commission, le Sénat a rejeté le projet de loi en séance publique, en raison des annonces concomitantes du Président de la République relatives à la mise en place d'un plan important en faveur de l'hôpital, de nature à modifier l'équilibre financier sous-jacent au texte.

En l'absence de texte issu du Sénat et après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 19 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, le texte qu'elle a adopté en première lecture. Cette situation inhabituelle explique l'absence d'analyse du rapporteur général quant à la position sénatoriale sur les articles, cette dernière étant restée informulée avec le rejet global du texte.

Le rapporteur général souhaite souligner, comme il l'a fait lors de la commission mixte paritaire⁽¹⁾, que ce rejet, lourd de sens sur le plan symbolique comme de conséquences sur le travail sénatorial, ne doit pas occulter les positions largement convergentes des deux assemblées s'agissant du renforcement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, en direction des établissements de santé, mais aussi de nombreux autres sujets.

C'est dans cet esprit constructif qu'il a souhaité reprendre à son compte lors des débats en commission plusieurs amendements d'initiative sénatoriale, dans le souci de valoriser l'important travail effectué mais aussi de concentrer les débats dans la suite de la « navette » sur l'essentiel.

C'est enfin pour tenir compte de cette configuration inédite que le Gouvernement a souhaité, dans un souci de transparence appréciable et apprécié, déposer au stade de la commission, quelques heures seulement après l'annonce du plan tant attendu un amendement rectifiant substantiellement la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2020. Le contenu de cette modification significative de l'équilibre financier du texte a pu ainsi être commenté par le rapporteur général à l'article 59.

(1) *Rapport de la commission mixte paritaire chargée de proposer un texte commun sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, Assemblée nationale, n° 2426.*

COMMENTAIRES D'ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er}

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 1^{er} clôt les comptes de l'année 2018, comme le prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, en présentant notamment, les tableaux d'équilibre consolidés définitifs pour le régime général, l'ensemble des régimes obligatoires de sécurité sociale et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

L'exercice 2018 se conclut ainsi définitivement par :

– un résultat déficitaire à hauteur de 1,4 milliard d'euros pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, en incluant le FSV ;

– un déficit des seuls régime général et FSV de 1,2 milliard d'euros ;

– un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 195,2 milliards d'euros ;

– un montant d'amortissement de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 15,4 milliards d'euros.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 2

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial figurant à l'annexe A qui retrace la situation financière des organismes relevant du champ des lois de financement de la sécurité sociale, au 31 décembre du dernier exercice clos (2018) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

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

Article 3

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 3 assure plusieurs modifications de « tuyauterie » financière entre l'État et la sécurité sociale, ainsi qu'au sein des branches de cette dernière.

Entre l'État et la sécurité sociale, tout d'abord, il prévoit :

– des dérogations « nouvelles » à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (« loi Veil »), en vue de ne pas compenser par crédits budgétaires pour l'exercice 2019 les exonérations issues de la loi du 24 décembre dernier portant mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES »)⁽¹⁾, pour un total de 2,75 milliards d'euros :

- 1,5 milliard pour la création d'un taux intermédiaire de 6,6 % de la contribution sociale généralisée applicable aux revenus de remplacement ;
- 1,25 milliard pour l'anticipation du 1^{er} septembre au 1^{er} janvier de l'exonération de cotisations sociales patronales sur les heures supplémentaires et complémentaires ;

– « l'explicitation » de la non-compensation déjà intégrée dans les comptes 2019 de deux mesures issues de la LFSS pour 2019⁽²⁾ :

- d'une part, le lissage du franchissement des seuils de la contribution sociale généralisée (CSG) ;
- d'autre part, l'exonération de forfait social de certains dispositifs de participation et d'intéressement ;

– une sécurisation juridique du financement par la sécurité sociale des rémunérations des agents des juridictions sociales qui n'ont pas encore été transférés à l'État dans les conditions prévues par la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle ; la réforme étant plus longue qu'initialement prévu, il convenait de préciser la base légale de ce financement à partir de 2019.

Au sein de la sécurité sociale, le projet de loi initial prévoit :

– une réaffectation de quotités de CSG en vue de neutraliser :

- les effets de la non-compensation de la création d'un taux intermédiaire de 6,6 % de la CSG « remplacement » sur le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour un montant de 1,5 milliard d'euros ;
- de transférer 700 millions d'euros de l'assurance maladie vers le FSV afin de compenser une erreur issue de la LFSS 2019 ;
- enfin, un transfert de 300 millions d'euros de la branche famille vers la branche maladie pour corriger une autre erreur d'affectation de la CSG issue de cette même LFSS 2019 ;

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

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

– au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ⁽¹⁾, la rectification de la fraction de ressources affectée aux personnes en situation de handicap, afin de tirer toutes les conséquences du changement de la substitution de ressources introduite l'année dernière (remplacement des prélèvements sur le capital par une fraction de CSG « activité ») ; la coordination ainsi opérée est neutre sur le plan financier.

● Aucun amendement n'a été adopté par l'Assemblée nationale, qui a notamment rejeté au stade de l'examen en séance l'amendement de la commission, ainsi que les amendements identiques présentés par les groupes Socialistes, UDI, Agir et Indépendants, Libertés et Territoires, La France insoumise, Gauche démocrate et républicaine ainsi que par plusieurs députés du groupe Les Républicains, supprimant les dispositions relatives aux non-compensations « nouvelles » ou « d'explicitation » pour 2019.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 4

Modification du montant M 2019 applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 4 ajuste rétroactivement le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable au chiffre d'affaires des industries en matière de médicaments remboursables (dit « taux M »), afin de tenir compte d'un « effet de base » 2018 caractérisé par une forte baisse de ce chiffre d'affaires.

Ce « montant M » 2019 serait ainsi fixé à 1,01 fois le chiffre d'affaires de l'année précédente (2018), au lieu de 1,005 (soit + 1 % de hausse, sans que cette « taxe conditionnelle » ne se déclenche, au lieu de + 0,5 %).

(1) Si l'appartenance de la CNSA au champ de la sécurité sociale peut être discutée, la caisse est intégrée chaque année aux modifications de la tuyauterie « interne » de la sécurité sociale, et désormais largement financée très largement par une ressource « propre » de la sécurité sociale, la contribution sociale généralisée.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 5

Rectification des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 5 rectifie les prévisions de recettes et de soldes pour l'année 2019. On peut retenir parmi les données essentielles de cet article obligatoire, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale :

– un déficit des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en 2019 de 5,5 milliards d'euros, contre un quasi-équilibre (– 0,2 milliard) attendu l'année dernière ;

– un déficit du régime général et du FSV de 5,4 milliards d'euros ;

– un objectif d'amortissement de la dette sociale transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de 16 milliards d'euros.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 6

Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2019

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 6 rectifie les prévisions de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année en cours, conformément à ce que prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Outre l'intérêt intrinsèque de cette rectification en termes de transparence vis-à-vis du Parlement, on peut rappeler que c'est à partir de cette prévision rectifiée que se construit l'ONDAM pour 2020.

L'ONDAM devrait être conforme à ce qui a été voté par le Parlement l'année dernière, soit 200,4 milliards d'euros (soit un taux d'évolution de + 2,5 % par rapport à 2018), et n'impliquer que des modifications limitées au sein de ses sous-objectifs par rapport aux prévisions initiales.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

**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**

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale
en première lecture, avec modifications.

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

• Dans sa version initiale, l'article 7 vise la reconduction de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat, désocialisée et défiscalisée, adoptée pour l'année 2019 dans la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales ⁽¹⁾, selon des modalités sensiblement différentes. Ces modifications portent sur :

– le champ de versement de la prime. Elle pourra être versée pendant six mois, du 1^{er} janvier 2020 et 30 juin 2020. Ses bénéficiaires comprennent également les salariés de droit privé des établissements publics administratifs ;

– les conditions nécessaires pour bénéficier de l'exonération de cotisations sociales et d'impôt sur le revenu. Seuls les établissements ayant mis en place un accord d'intéressement au moment du versement de la prime pourront y être éligibles. Pour faciliter la mise en place de ces accords, dans la lignée de la loi « PACTE » ⁽²⁾, les accords d'intéressement signés entre le 1^{er} janvier 2020 et le 30 juin 2020 pourront porter sur une période inférieure au minimum de trois ans, sans pour autant porter sur une durée inférieure à un an ;

– la sécurité juridique de certaines catégories de bénéficiaires. En particulier sont définies les conditions dans lesquelles la prime est versée aux

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

(2) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.

travailleurs temporaires en mission dans une entreprise utilisatrice. De même, les établissements et services d'aide par le travail sont explicitement inclus dans les structures bénéficiaires de la prime.

● En commission des affaires sociales puis en séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Sarah El Haïry et de plusieurs de ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés, avec l'avis favorable de la commission, sous-amendé par le Gouvernement, excluant les associations à but non lucratif et les fondations qui poursuivent un but d'intérêt général et qui sont autorisées à recevoir des dons ouvrant droit à réduction d'impôt, de la condition de signature préalable d'un accord d'intéressement.

En séance publique, elle a également adopté quatre amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté deux amendements, à l'initiative du rapporteur général :

– le premier vise à exonérer les établissements et services d'aide par le travail (ESAT) de la condition de versement d'une prime d'intéressement pour bénéficier de l'exonération fiscale et sociale de la prime au moment de son versement. Les ESAT n'y ont en effet recours que de manière très marginale ; un tel amendement vise à permettre à un nombre aussi grand que possible de personnes handicapées de bénéficier de la prime ;

– un amendement de précision permettant de s'assurer que les associations à but non lucratif et les fondations qui poursuivent un but d'intérêt général puissent bien jouir du bénéfice de la prime.

*

* *

Article 8

Ajustement du calcul des allègements généraux

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Dans sa version initiale, 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 ⁽¹⁾.

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. *A contrario*, une entreprise plus vertueuse que la moyenne de son secteur bénéficiera d'un bonus équivalent. Ce système, dont le but est de contraindre les entreprises à internaliser le coût que représente l'abus de contrats courts pour les finances de l'assurance chômage, est limité à une fourchette de variation des cotisations chômage entre 3 % et 5,05 %, le taux « classique » étant de 4,05 %.

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. La neutralisation de cet effet impliquait donc une juxtaposition des dispositifs, appliqués concomitamment.

L'article comprend également des mesures diverses, telles que :

– l'extension de cette neutralisation aux exonérations spécifiques dont bénéficient les secteurs de l'aide à domicile et des activités des gens de mer ;

– la simplification des modalités de maintien d'une « cotisation socle » pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté :

– un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, qui vise à corriger un défaut antérieur lié à l'extension des allègements généraux aux cotisations de retraite complémentaire, votée en LFSS 2019 ⁽²⁾ et appliquée depuis le 1^{er} janvier 2019. La limitation actuelle de cette exonération aux régimes issus d'accords nationaux interprofessionnels (ANI) en exclut les régimes créés par la loi, tels que le régime de retraite du personnel navigant professionnel de l'aéronautique civile. L'amendement permet donc d'étendre le bénéfice des allègements généraux à ce régime et ce, à partir du 1^{er} janvier 2019 ;

– trois amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

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

Article 8 bis

Évolution des règles d'affiliation au régime agricole

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 8 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, avec l'avis favorable de la commission.

a. La simplification des règles d'affiliation pour les salariés des filiales de coopératives

L'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime étend le champ des bénéficiaires du régime de protection sociale agricole au-delà des seules professions agricoles. Sont ainsi englobés, entre autres, les salariés des coopératives agricoles, ainsi que :

– les salariés de tout organisme créé par les groupements professionnels agricoles, dont les coopératives, à condition que leur participation à ces filiales soit supérieure à 50 % du capital ;

– les salariés employés dans les filiales de ces mêmes groupements créées après le 31 décembre 2005, à la condition restrictive que ces filiales exercent dans le même champ d'activité que les sociétés mères ;

– les salariés de l'ensemble de ces organismes, si ces derniers subissent une modification de forme ou de statut qui n'aboutit toutefois pas à la création d'une nouvelle personne morale.

Ce champ étendu ne permet toutefois pas de couvrir l'ensemble des salariés pouvant légitimement prétendre à une affiliation au régime agricole. En particulier, certains salariés des filiales de coopérative agricole peuvent encore demeurer affiliés au régime général, entraînant un élément de complexité dans la gestion des régimes au sein d'un même groupe.

Cet article permet donc d'adapter les modalités d'affiliation à la complexité croissante de l'organisation des coopératives agricoles. Il instaure, pour les filiales créées à partir du 31 décembre 2019, une affiliation unique au régime agricole, pour l'ensemble des « filiales de filiales », soit les filiales au troisième degré, et des filiales successives susceptibles d'être créées par la suite, dans le respect des mêmes conditions (même champ d'activité, détention d'un minimum de 50 % du capital par le groupement de rattachement de la filiale) que celles qui s'appliquent aux filiales existantes.

b. La simplification des conditions d'affiliation pour les salariés agricoles au titre d'une activité accomplie dans l'intérêt d'un tiers

Le régime actuel d'affiliation au régime général s'étend aux salariés, mais aussi à un grand nombre de professions et d'activités complémentaires, définies à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale. On compte, au nombre de ces éléments complémentaires, les sommes et avantages dont bénéficient les salariés en contrepartie d'une activité accomplie au profit d'une personne qui n'est pas leur employeur.

La formulation actuelle emporte des conséquences sur les salariés agricoles, qui subissent actuellement une situation de double affiliation :

– affiliation au régime agricole à titre principal, à raison de leur activité professionnelle ;

– affiliation au régime général à titre subsidiaire, à raison des activités complémentaires qu'ils exercent au profit de tiers qui ne les emploient pas.

Cet article permet de simplifier leur situation au regard de leurs règles d'affiliation, en permettant aux salariés cotisant à titre principal au sein du régime agricole de cotiser également à raison d'une « *activité accomplie dans l'intérêt d'une tierce personne n'ayant pas à leur égard la qualité d'employeur* ».

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 8 ter

Exonération de cotisations et de contributions pour les saisonniers

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 8 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Marie-Noëlle Battistel, ainsi que des amendements identiques des membres du groupe Libertés et Territoires, de plusieurs députés du groupe La République en Marche et de Mme Frédérique Lardet, contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

a. Le régime social des indépendants a fait l'objet d'adaptations significatives par les dernières lois de financement

La compréhension du contexte dans lequel s'inscrit le présent article suppose de prendre du recul sur les évolutions nombreuses et rapprochées qu'ont subies les cotisations dues par les indépendants, et notamment ceux qui exercent plusieurs activités.

L'affiliation des indépendants à l'ancien RSI (Régime social des indépendants) ainsi qu'aux caisses sectorielles supposait le paiement indispensable de cotisations pour bénéficier des prestations versées par les mêmes régimes. Pour des raisons d'équilibre financier, mais surtout pour garantir aux travailleurs indépendants des prestations leur assurant une réelle protection contre les risques sociaux, ces derniers étaient assujettis à une cotisation minimale, y compris dans les moments d'absence de revenus. Cette obligation aboutissait toutefois à des prélèvements dégressifs pour les plus bas revenus.

C'est pour cette raison que le législateur, dans le cadre de la LFSS 2016⁽¹⁾, a supprimé la cotisation minimale d'assurance maladie, tout comme l'assiette minimale de cotisation de retraite complémentaire obligatoire. Ces cotisations sont donc assises sur une assiette composée du revenu professionnel réel. Restent dues les cotisations minimales au titre des indemnités journalières, de l'assurance vieillesse de base et de l'assurance invalidité-décès.

Ces dernières ont connu des évolutions contrastées, puisque, alors que l'assiette de la cotisation minimale d'assurance décès et invalidité est passée de 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) à 11,5 % du PASS, la cotisation vieillesse de base a connu une augmentation progressive. Celle-ci s'est toutefois accompagnée d'un renforcement corrélé du nombre de trimestres cotisés. Cette assiette était donc :

– en 2014, de 5,25 % du montant du PASS, pour un équivalent d'un trimestre validé ;

– en 2015, de 7,7 % du PASS, pour un équivalent de deux trimestres validés ;

– en 2016, de 11,5 % du PASS, pour un équivalent de trois trimestres validés.

Les variations d'autres cotisations, et notamment la baisse continue des cotisations famille, ont globalement permis de rapprocher les taux de cotisation payés en moyenne par les travailleurs indépendants bénéficiant des revenus les plus élevés et ceux qui touchent les revenus les plus faibles.

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

Les bases forfaitaires et le montant annuel des cotisations minimales applicables aux revenus des indépendants sont résumés dans le tableau ci-dessous :

**BARÈME DES COTISATIONS SOCIALES MINIMALES POUR LES TRAVAILLEURS
INDÉPENDANTS EN MÉTROPOLE**

(euros)

	Base forfaitaire de calcul*	Montant annuel
Indemnités journalières	0,85 % x (40 % du PASS), soit 16 210 €	138 €
Assurance vieillesse de base	17,75 % x (11,5 % du PASS), soit 4 660 €	827 €
Invalité décès	1,3 % x (11,5 % du PASS), soit 4 660 €	61 €
TOTAL		1 026 €

(*) L'hypothèse de revenu pris en compte ici est inférieure à 1 PASS (plafond annuel de la sécurité sociale).

Source : Commission des affaires sociales, à partir des données fournies par le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

De nombreux débats ont émaillé les discussions des dernières LFSS quant à la situation des travailleurs indépendants polyactifs, qui, par définition, cotisent à autant de caisses qu'ils accumulent d'activités. En pratique, cette situation concerne notamment les professions saisonnières en zone de montagne (professeurs de ski, guides de haute montagne...), qui peuvent souffrir de la faiblesse de leurs revenus au moment de s'acquitter de la cotisation minimale d'assurance vieillesse.

Les travailleurs indépendants saisonniers bénéficient toutefois d'un droit d'option leur permettant de choisir facilement le régime de l'auto-entrepreneuriat. En l'espèce, le chiffre d'affaires issu de leur activité de prestation de service relevant de la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (BIC) ou des bénéfices non commerciaux (BNC), ne doit pas dépasser 70 000 euros. Cette solution semble également poser des difficultés d'ordre financier, compte tenu des frais professionnels inhérents aux activités saisonnières concernées.

b. Le présent article exonère les travailleurs saisonniers du paiement de cotisations et contributions minimales

L'objet de l'article consiste à ajouter une exception supplémentaire au principe énoncé à l'article L. 613-11 du code de la sécurité sociale. Celui-ci permet d'exonérer les travailleurs indépendants éligibles au revenu de solidarité active (RSA) ou à la prime d'activité du paiement d'une cotisation minimale. Le champ de cette exception vise les revenus des travailleurs indépendants « *au titre des activités accessoires saisonnières qu'elles exercent* ».

Le caractère opératoire de l'expression « activités accessoires saisonnières » doit encore être prouvé, mais la volonté des auteurs de l'amendement est de permettre aux polyactifs de payer leurs cotisations de manière proportionnelle, dès le premier euro de revenu. Les consultations menées

par le Gouvernement, au moment de l'examen du présent article, quant à l'avenir de nos régimes de retraite pourront utilement éclairer la question plus globale de l'avenir des cotisations des travailleurs indépendants.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 8 quater

Intégration du secteur de la presse dans le barème de compétitivité renforcée « LODEOM »

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 8 *quater* résulte de l'adoption en séance publique d'amendements de plusieurs députés des groupes La République en Marche, Les Républicains et Mouvement Démocrate et apparentés, avec avis défavorable de la commission mais des avis favorables du Gouvernement, et, à titre personnel, du rapporteur.

a. Le dispositif d'exonération de cotisations sociales pour les entreprises implantées en territoire ultramarin a fait l'objet d'adaptations liées à l'extension des allègements généraux

La LFSS 2019 ⁽¹⁾ s'est notamment traduite par l'extension des allègements généraux, dits « Fillon », au-delà du seul champ strict des cotisations de sécurité sociale. Cet allègement général, maximal au niveau du SMIC et dégressif jusqu'à être nul pour des rémunérations à hauteur de 1,6 SMIC, a été étendu aux cotisations de retraite complémentaire au 1^{er} janvier 2019 et aux cotisations et contributions d'assurance chômage au 1^{er} octobre 2019. Cette extension aboutit à ce qu'une entreprise bénéficie désormais d'un allègement total de 32,6 points pour un salarié touchant le salaire minimum.

La généralisation des allègements généraux a été corrélée à la rationalisation des allègements spécifiques, pour laquelle le présent commentaire

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

se permettra de renvoyer le lecteur aux explications fournies par le rapporteur général sur le précédent PLFSS ⁽¹⁾.

Les entreprises implantées en outre-mer bénéficient d'un régime d'allègement spécifique, appelé « LODEOM » depuis la loi pour le développement économique des outre-mer ⁽²⁾. Ce dispositif a été profondément remanié et simplifié en LFSS 2019, qui l'a par ailleurs maintenu en raison des difficultés structurelles (insularité, coût de la vie, concurrence internationale) auxquelles font face ces territoires. Les entreprises bénéficient donc aujourd'hui, outre les allègements généraux, d'exonérations supplémentaires selon les régimes suivants :

– le « régime de compétitivité » applicable par défaut aux entreprises de moins de onze salariés. Bénéficient également de ce régime les employeurs de transport aériens assurant la desserte intérieure et extérieure des départements d'outre-mer, la presse, la production audiovisuelle ou encore les bâtiments et travaux publics. L'exonération propre à ce régime est complète pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,3 SMIC, pour s'annuler à 2,2 SMIC ;

– le « régime de compétitivité renforcée », appliqué aux autres secteurs professionnels tels que l'industrie, la pêche, le tourisme ou encore les nouvelles technologies de l'information et de la communication, se traduit par une exonération maximale pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,7 SMIC, puis dégressive et finalement nulle pour les rémunérations égales ou supérieures à 2,7 SMIC ;

– un régime spécifique, dit « d'innovation et croissance », applicable aux entreprises de moins de 250 salariés, réalisant un chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros, pour la rémunération des « *salariés concourant essentiellement à la réalisation de projets innovants dans le domaine des technologies de l'information et de la communication* ». L'exonération, complète pour les rémunérations inférieures ou égales à 1,7 SMIC, décroît en deux temps pour s'annuler complètement à hauteur de 3,5 SMIC.

Ce régime diffère dans un sens favorable aux entreprises pour ce qui concerne Saint-Barthélemy et Saint-Martin, selon un barème qui suit une logique comparable.

b. Le présent article adapte le régime applicable aux entreprises de presse

De nombreux députés, sensibles à la situation souvent précaire de nombreux titres de presse ultramarins, ont présenté le dispositif qui fait l'objet du présent article : le relèvement du niveau d'exonération applicable au secteur de la presse, en le faisant passer dans le barème de « compétitivité renforcée ». Cela se

(1) Commentaire de l'article 8 du PLFSS 2019 (<http://www.assemblee-nationale.fr/15/pdf/rapports/r1336-t1L.pdf>).

(2) Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009.

traduit concrètement par une augmentation du seuil d'exonération complète de cotisations sociales de 1,3 à 1,7 SMIC ainsi que par une extension du plafond de la même exonération de 2,2 à 2,7 SMIC.

Malgré l'absence de chiffrage, le rapporteur général souhaite souligner que la charge que représente l'ensemble du dispositif « LODEOM », à hauteur de 971 millions d'euros en 2018, est intégralement compensée par des crédits budgétaires de la mission *Outre-mer*.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 8 quinquies

Renforcement du régime spécifique d'exonération « LODEOM »

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 8 *quinquies* résulte de l'adoption en séance publique d'amendements identiques de plusieurs députés des groupes La République en Marche, Les Républicains et Mouvement Démocrate et apparentés, sous-amendés par le Gouvernement, avec un avis favorable de la commission.

Le dispositif de cet article vise à étendre le champ des rémunérations auquel s'applique le barème de « compétitivité renforcée » du dispositif « LODEOM ». Celui-ci, décrit dans le cadre du commentaire de l'article 8 *quater* du présent projet de loi, vise à exonérer les entreprises implantées dans les territoires ultramarins de cotisations sociales sur des salaires inférieurs à certains plafonds.

Pour rappel, l'exonération, maximale à hauteur de 1,7 SMIC, s'applique de manière dégressive aux rémunérations inférieures ou égales à 2,7 SMIC. Le présent article augmente le seuil d'exonération totale aux rémunérations égales à 2 SMIC, pour un coût budgétaire estimé à 36 millions d'euros.

En plus du dispositif prévu en LFSS 2019 pour compenser la suppression du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, pour un montant, selon le

Gouvernement, 70 millions d'euros, cet effort global de 106 millions d'euros doit être intégralement compensé à la sécurité sociale par le ministère des outre-mer.

Le sous-amendement du Gouvernement ayant permis de maintenir les exonérations supplémentaires à un niveau raisonnable, le rapporteur général a pu y donner un avis favorable.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 9

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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 ⁽¹⁾.

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 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.

Cette exonération porte 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.

(1) Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

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. Le coût de ce dispositif, estimé par le Gouvernement à environ 13 millions d'euros en année pleine, sera donc intégralement porté par les organismes de sécurité sociale.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 9 bis

Exonération de prélèvements sociaux sur le versement de la prestation de compensation du handicap à un aidant familial

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

L'article 9 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, avec l'avis favorable de la commission.

a. Un effort constant du Gouvernement et de la majorité en faveur des bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap

La prestation de compensation du handicap (PCH) est définie aux articles L. 245-1 à L. 245-14 du code de l'action sociale et des familles. Sont éligibles à cette prestation, versée par les départements :

– les personnes handicapées résidant de façon stable et régulière en France ;

– les personnes qui ont fait leur première demande de PCH à un âge inférieur à 60 ans, sauf dans le cas où elles présentaient des conditions de handicap auparavant.

La PCH recouvre elle-même une grande diversité de situations, mais repose toujours sur le principe de prise en charge des frais indispensables à la vie

quotidienne d'une personne handicapée. L'article L. 245-3 distingue ainsi le besoin d'aides techniques, d'aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, d'aides liées à l'acquisition ou l'entretien de produits liés au handicap, d'aides liées à une aide animalière et – objet du présent article – l'aide humaine portée notamment par les aidants familiaux.

Cette aide humaine peut être versée à différentes catégories de personnes. Elle peut servir :

– à l'emploi direct d'une tierce personne, pour lequel la prise en charge est d'un montant maximal de 13,78 euros l'heure ;

– au recours à un service mandataire, pour lequel la prise en charge est d'un montant maximal de 15,16 euros l'heure ;

– au recours à un service prestataire agréé, pour lequel la prise en charge est d'un montant maximal de 17,77 euros l'heure ;

– au recours à un aidant familial, pour lequel la prise en charge est d'un montant maximal de 3,90 euros l'heure, ou 5,84 euros l'heure si l'aidant réduit ou abandonne son activité professionnelle.

Pour faciliter l'emploi des aidants familiaux dans cette dernière hypothèse, la majorité a voté, en LFSS 2018 ⁽¹⁾, un taux de 9,2 % de CSG pour les aidants bénéficiaires de la PCH, réduisant sensiblement les prélèvements sociaux qui pesaient jusque-là sur cette aide, aboutissant à un gain, estimé par l'Unapei, pour un dédommagement perçu par un aidant familial de 550 euros par mois, à 35 euros par an.

b. Le présent article permet de simplifier les démarches et de revaloriser l'aide

Le **I** et le **III** permettent d'exonérer entièrement l'aide humaine de prélèvements sociaux (CSG et de CRDS).

Le **II** permet d'affranchir les aidants familiaux de l'impôt sur le revenu au titre du dédommagement perçu dans le cadre de l'aide humaine et extrait donc les revenus issus de l'aide humaine de la catégorie des bénéficiaires non commerciaux.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement à l'initiative du rapporteur général, permettant d'anticiper l'exonération prévue au présent article au 1^{er} janvier 2019.

*

* *

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

Article 9 ter

Extension de l'assiette de la taxe dite « prémix »

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 9 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement en séance publique de Mme Audrey Dufeu Schubert et de ses collègues du groupe La République en Marche, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Il modifie l'assiette de la taxe dite « prémix », créée en 1996⁽¹⁾ et appliquée à :

– un mélange préalable de boissons faiblement alcoolisées (titrage inférieur à 1,2 %) et de boissons alcooliques, ou

– un produit alcoolique qui contient plus de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente par litre exprimée en sucre inverti. L'assiette est toutefois réduite aux seuls produits qui ne bénéficient pas d'indications géographiques protégées ou d'attestations de spécificité au sens de la réglementation communautaire, qui ne sont pas couverts par les règlements afférents de l'Union européenne et qui ne sont pas du cidre ou du poiré.

Ces produits d'appel, qui visent en particulier les jeunes, font l'objet d'une taxation spécifique pour des raisons évidentes de santé publique.

Le 1^o du présent article supprime donc la mention du règlement n^o 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991, afin d'étendre la taxe aux vins aromatisés, boissons aromatisées à base de vin et aux cocktails aromatisés de produits vitivinicoles, qui ne bénéficient pas par ailleurs des protections évoquées *supra*.

Le 2^o réduit à 3 euros par décilitre le taux de cette taxe pour les produits définis à l'article 435 du code général des impôts, soit les vins, les vins mousseux, les boissons fermentées, mousseuses ou non, ainsi que les produits vitivinicoles définis par les règlements communautaires.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Loi n^o 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Article 9 quater

Création d'un abattement sur la CSG assise sur les revenus des détenus

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

L'article 9 *quater* résulte de l'adoption en séance d'un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission.

Il vise à ajouter une catégorie supplémentaire de revenus exclus de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG), définis au III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale, à savoir une fraction de la rémunération versée aux détenus à raison de leurs travaux effectués dans les conditions du 5° de l'article L. 412-8 du même code.

Cette exonération qui, selon les arguments fournis par le Gouvernement, ne reposait pas jusqu'ici sur une base légale satisfaisante, laisse une large place au pouvoir réglementaire. Elle sera en effet appliquée à une fraction dont le plafond sera fixé par décret, au niveau d'un pourcentage de la rémunération réelle perçue par les détenus au cours d'un mois civil.

Il s'agit donc de fixer un point d'ancrage législatif à une situation dérogatoire, existant depuis 1998, et qui tient à la nature particulière du travail des détenus tout comme à la faiblesse des revenus qui sont tirés de ce travail.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement à l'initiative du rapporteur général, permettant de préciser le niveau de l'abattement prévu à cet article. Au titre de cet amendement, le pourcentage de la rémunération concernée par l'exclusion de l'assiette de CSG, fixé par le pouvoir réglementaire, ne doit pas dépasser 40 %.

*

* *

Article 9 quinquies

Exonération de la branche professionnelle des ports et de la manutention de la sur-cotisation de 50 % finançant la prise en charge de la pénibilité

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● L'article 9 *quinquies* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, avec avis favorable de la Commission.

Les dispositions de l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale visent, depuis la réforme des retraites de 2003⁽¹⁾, la mise en œuvre d'une contribution, à la charge des employeurs, sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, qu'ils aient été versés directement par l'employeur ou par l'intermédiaire d'un tiers. Le taux de cette contribution n'est pas négligeable, puisqu'il est fixé à 50 %.

L'objet du présent article est d'ajouter une nouvelle exception à l'application de cette sur-cotisation, dont bénéficient déjà les aides aux actions de reclassement et de reconversion professionnelle et les aides aux salariés placés en activité partielle et aux indemnités de préretraite versées dans les conditions de l'article L. 5123-6 du code du travail.

En l'espèce, l'article prévoit que la sur-cotisation n'est pas applicable aux avantages versés dans la branche professionnelle des ports et de la manutention au titre du dispositif de cessation anticipée d'activité par l'accord collectif signé le 16 avril 2011. Cette exception se justifie, pour le Gouvernement, en raison de la reconnaissance par ces accords de la pénibilité de certains métiers couverts par cette branche professionnelle (ouvriers dockers, lamaneurs, haleurs...). Cette reconnaissance se traduit concrètement par la possibilité, pour les salariés, de bénéficier d'une cessation anticipée d'activité jusqu'à trois ans avant la fin de leur activité professionnelle.

● L'exonération de cette sur-cotisation a toutefois pour conséquence l'assujettissement de la contribution patronale au forfait social, dans les mêmes conditions, prévues à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale, que celles appliquées aux régimes de retraite d'entreprise.

(1) Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement à l’initiative du rapporteur général, précisant les bases juridiques sur lesquelles repose cette exonération.

*
* *

CHAPITRE II Simplifier et moderniser les relations avec l’administration

Article 10 Unification du recouvrement dans la sphère sociale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

• Dans sa version initiale, 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 attributaires 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 recouvrees 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. Il 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 également 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.

• Outre plusieurs amendements rédactionnels et de coordination du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté en séance :

– un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, qui a étendu le champ de l'unification du recouvrement aux marins rattachés par leur employeur à un établissement situé dans un département de métropole ou d'outre-mer par les entreprises établies sur le territoire national et possédant des navires immatriculés à l'étranger, afin notamment d'éviter la double déclaration de certains employeurs ;

– un amendement de Mme Cendra Motin, avec un double avis favorable de la commission et du Gouvernement, qui étend d'un à deux ans la procédure prévue au 6° du IX concernant l'entrée en vigueur des différentes étapes de l'unification du recouvrement. Pour rappel, au titre de ce dispositif, il sera loisible au Gouvernement de repousser ou d'avancer, désormais de deux ans, la date de transfert du recouvrement prévu dans le présent projet de loi, mais également des transferts prévus dans le cadre de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. La seule formalité préalable à cette modification décrétable d'une disposition législative consiste en la remise préalable d'un rapport du Gouvernement au Parlement, justifiant les raisons du report ou de l'anticipation.

2. La position de la commission

La commission a adopté, à l'initiative du rapporteur général, un amendement permettant aux URSSAF de conserver des pouvoirs de contrôle sur le paiement de certaines cotisations qu'elles ne recouvreront pas, ainsi que le prévoit aujourd'hui le deuxième alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale.

*

* *

Article 11

Simplification des démarches des travailleurs indépendants

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

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

Il met ainsi 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. La déclaration sociale devrait ainsi disparaître, au profit d'une déclaration fiscale personnelle enrichie.

Par ailleurs, s'agissant plus particulièrement du département de Mayotte, il ouvre la possibilité de recourir au régime microsocial, déjà applicable dans tous les autres départements. Cette nouvelle faculté devrait favoriser la création d'entreprises déclarées, d'autant que les taux de prélèvement applicables seront adaptés dans un premier temps avant de converger, comme les autres barèmes de cotisations sociales, vers le droit commun progressivement jusqu'en 2036.

Enfin, dans un souci de convergence du droit applicable dans ce département, il aligne les modalités de recouvrement sur les règles de droit commun.

- Outre quatre amendements de nature rédactionnelle, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement à l'initiative du rapporteur général, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, en vue de prolonger d'un an le terme de l'expérimentation autorisant les travailleurs indépendants

volontaires à recourir à « l’auto-liquidation » de leurs cotisations sociales, tout en laissant la possibilité au Gouvernement de la prolonger d’une année supplémentaire par voie réglementaire.

Pour rappel, cette expérimentation issue de la LFSS 2018 ⁽¹⁾ et mise en place dans les régions Île-de-France et Languedoc-Roussillon permet aux travailleurs indépendants, par dérogation aux règles habituelles de déclaration et de paiement annuel des cotisations sociales prévues à l’article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, et sur le modèle de ce qui existe pour le paiement de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), d’ajuster chaque mois, ou chaque trimestre, le montant de leurs cotisations sur simple déclaration de leur activité. Il s’agit ainsi de mieux corrélérer le paiement des cotisations et les revenus perçus, à l’instar de ce qui existe pour les salariés, et d’éviter de lourdes régularisations l’année suivante, pouvant conduire à leur tour de graves problèmes de trésorerie pour les travailleurs indépendants concernés.

Après la conception du prototype de télé-service au cours de l’année 2018, en vue de permettre des démarches entièrement dématérialisées, l’expérimentation proprement dite n’a démarré que le 1^{er} janvier 2019. Au regard des informations disponibles, le terme initialement prévu de cette expérimentation (31 décembre 2019) peut sembler prématuré, considérant :

- le nombre relativement réduit de travailleurs non salariés ayant eu recours à cette possibilité, d’après les informations obtenues par le rapporteur général auprès du Gouvernement (200) ;
- la nécessité d’observer les effets de ce dispositif durant « l’année de régularisation » des cotisations, soit l’année suivant l’exercice considéré.

L’expérimentation ainsi prolongée pourrait concerner 6 000 travailleurs indépendants, et offrir des résultats plus probants.

Compte tenu de l’extension significative que cette modification pourrait entraîner (vingt-quatre mois, si le Gouvernement fait usage de son pouvoir de prolongation), l’amendement prévoit également la remise d’un rapport intermédiaire au Parlement au plus tard le 30 septembre 2020. Ce rapport permettrait aux parlementaires de disposer de premiers éclairages avant la prochaine loi de financement de la sécurité sociale, sur un sujet à la fois concret et complexe.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

(1) XVII de l’article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, précisé par le décret n°2018-533 du 27 juin 2018.

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

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

• Dans sa version initiale, 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. Ce service doit 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.

Les particuliers éligibles à ce dispositif, qui doivent être volontaires, sont ceux :

- qui emploient eux-mêmes des salariés ;
- qui recourent à un intermédiaire fournisseur de services à la personne.

La mise en place de ce dispositif suppose également la possibilité de renforcer les échanges d'informations 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.

• Outre plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté en séance :

– deux amendements du rapporteur général, qui étendent le champ de l'expérimentation à l'ensemble des parties prenantes, et notamment aux associations dites « mandataires », ainsi qu'aux services aux personnes relatifs aux tâches ménagères ou familiales ;

– un amendement de précision de la commission, de Mmes Annie Vidal, Typhanie Degois et M. Jean-Michel Mis, avec avis favorable du Gouvernement ;

– un amendement du groupe Les Républicains, repoussé en commission mais auquel le rapporteur a apporté en séance, à titre personnel, un avis favorable. Celui-ci prévoit que le Gouvernement remette au Parlement, à la fin de la phase d'expérimentation, un rapport d'évaluation. Celui-ci devra notamment porter sur :

– les effets de la contemporanéité du crédit d'impôt et, plus largement, la participation financière des bénéficiaires de l'APA et de la PCH ;

– le coût financier induit par cette expérimentation auprès des personnes volontaires pour les prestataires fournissant des services à domicile aux personnes physiques, définis au 3° de l'article L. 7232-6 du code du travail.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 13

Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

• 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 :

– tout d’abord, il rectifie la mesure adoptée lors de la précédente loi de financement qui permet de proportionner les annulations d’allègements de cotisations sociales en cas de travail illégal au « volume » de rémunérations concernées, afin qu’elle soit applicable lorsque plusieurs salariés sont concernés, conformément à l’intention initiale (un renvoi erroné dans le texte en vigueur fermait cette possibilité) ; dans le même temps, il étend la mesure aux donneurs d’ordre, jusqu’ici exclus du dispositif ;

– il étend le champ du *Bulletin officiel de la sécurité sociale* (BOSS), qui a vocation à devenir la base unique de la doctrine sociale sur le modèle du *Bulletin officiel des finances publiques* (BOFiP) en matière fiscale ; limité aux mesures d’exonérations de cotisations dans le droit en vigueur, l’objet du BOSS est élargi par le droit proposé à l’ensemble des règles applicables en matière de prélèvements sociaux ; par ailleurs son délai de mise en place prévu initialement au 1^{er} janvier 2019 et manifestement dépassé serait abrogé ;

– enfin, il généralise le principe d’un paiement dématérialisé des cotisations et contributions sociales, qui connaît encore quelques exceptions, coûteuses en gestion, pour le réseau de recouvrement de la sécurité sociale.

• L’Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 14

Mesures de lutte contre la fraude

Origine de l’article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

• 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. 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 Mutualité sociale agricole (MSA) d'émettre des constats qui pourront ensuite être utilisés par les URSSAF, et réciproquement.

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. 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.

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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté, à l'initiative du rapporteur général, un amendement qui permet de limiter la procédure de communication du document postérieur à l'établissement d'un procès-verbal de travail dissimulé aux seuls cas où une procédure de saisie conservatoire pourrait effectivement être mise en œuvre.

*

* *

CHAPITRE III Réguler le secteur des produits de santé

Article 15

Création d'une clause de sauvegarde applicables aux dispositifs médicaux remboursés

Origine : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Cet article crée un mécanisme de clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux remboursés au titre de la liste « en sus » à l'hôpital, c'est-à-dire en plus du forfait hospitalier.

Ce mécanisme inspiré de ce qui existe en matière de médicaments remboursables est donc une « taxe conditionnelle » :

– son assiette, comme son seuil de déclenchement, correspondent aux dispositifs médicaux effectivement remboursés (et non remboursables, comme pour la clause « médicaments ») ;

– le seuil de déclenchement de cette taxe est fixé en 2020 au niveau de remboursement constaté en 2019, majoré de 3 % ;

– le niveau de prélèvement correspond à l'ensemble du « dépassement » du seuil de remboursement, dans la limite de 10 % du chiffre d'affaires total de l'entreprise.

Il s'agit d'assurer une meilleure régulation de ces dispositifs médicaux coûteux pour les hôpitaux, qui jouent un rôle significatif dans la hausse des dépenses d'assurance maladie.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 16

Fixation du taux M pour la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables pour 2020

Origine : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Chaque année, le législateur est appelé à fixer la valeur du taux M, seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables.

Pour 2020, l'article 16 fixe ce taux M à 1,005 fois le chiffre d'affaires de l'année précédente, soit une hausse annuelle de + 0,5 % possible sans que cette « taxation conditionnelle » ne se déclenche. Ce niveau est identique à celui initialement voté l'année dernière⁽¹⁾ et correspond aux engagements « plancher » du Gouvernement devant le 8^{ème} Conseil stratégique des industries de santé, en juillet 2018.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Il a été rectifié pour 2019 à l'article 4 pour des raisons techniques commentées par le rapporteur général, à cet article.

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

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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 des relations « État-sécurité sociale-régimes paritaires » :

○ un transfert de 150 millions de droits sur l'alcool de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) vers le régime complémentaire obligatoire (RCO) des exploitants agricoles ;

○ un transfert de 1,5 milliard d'euros de la taxe sur les salaires de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), initialement affecté au financement des régimes d'assurance chômage et de retraites complémentaires, vers la CNAM ;

– des mesures de non-compensation à la sécurité sociale de plusieurs exonérations, par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (« loi Veil ») :

○ création d'un taux intermédiaire de CSG « remplacement » à 6,6 % pour 1,5 milliard d'euros (mesure « miroir » de celle inscrite pour 2019 à l'article 3) ;

○ exonération de forfait social pour certaines entreprises sur le dispositif d'intéressement ou de participation pour 700 millions d'euros (mesure « miroir » de celle inscrite pour 2019 à l'article 3) ;

○ exonération des indemnités de rupture conventionnelle pour 13 millions d'euros en 2020 ;

– la forfaitisation de la compensation à la sécurité sociale par la mission *Économie* du budget de l'État de l'exonération en faveur des jeunes entreprises innovantes (JEI, pour 26 millions d'euros en 2020) ;

– l'annulation des transferts prévus par la LFSS 2019⁽¹⁾ vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale (1,5 milliard d'euros, en faveur de la sécurité sociale), à laquelle s'ajoute l'annulation du transfert vers l'État prévu à l'article 35 du projet de loi finances initiale pour 2020 (1,5 milliard d'euros également) ;

– des mesures permettant de « finaliser » le transfert du Régime social des indépendants (RSI) vers le régime général, notamment sur la sécurisation juridique du transfert de certaines missions ou du patrimoine de l'ex-RSI ;

– 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 conditions de recrutement des agents⁽²⁾ qui seront à présent des salariés de droit privé, affiliés à ces régimes ; le mécanisme, mis en place par le Gouvernement par arrêté, devrait selon l'étude d'impact neutraliser l'effet de transfert de cotisants d'un régime à l'autre, tout en laissant à l'État la charge du différentiel de cotisations, à verser au régime « SNCF » ;

– une prise en charge par l'État, à compter de 2021, du financement de la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT), dont l'existence – initialement condamnée par la loi « Justice du XXI^e siècle »⁽³⁾, comme celle de l'ensemble des juridictions sociales – ne cesse de se prolonger ;

– 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.

● L'Assemblée nationale a adopté six amendements rédactionnels, ainsi que deux amendements de fond :

– le premier, adopté à l'initiative de M. Jean-Pierre Door et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et ayant reçu un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, a supprimé la compensation forfaitaire de l'exonération relative aux jeunes entrepreneurs innovants (JEI) ;

– le second, adopté à l'initiative de Mme Annie Vidal et ayant reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement, a rectifié la section de la CNSA ayant vocation à prendre en charge le financement de 50 millions d'euros à

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

(2) Loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire.

(3) Loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle.

destination des SAAD et renvoyé à un décret le soin de préciser les critères de répartition de cette enveloppe en 2020.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 18

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 18 approuve le montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5 du projet de loi. Prévue 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Articles 19 et 20
**Approbation des tableaux d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du FSV
pour l'exercice 2020**

Origine des articles : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Comme le prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, les articles 19 et 20 portent respectivement approbation des tableaux d'équilibre pour l'année à venir de l'ensemble des régimes obligatoires, d'une part, et du régime général, d'autre part, incluant dans les deux cas le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Ils font état d'une prévision de déficit en 2020 de 5,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, et de 5,1 milliards pour le régime général, en intégrant le FSV.

● L'Assemblée nationale a adopté ces articles sans modification.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au FRR et mises en réserve par le FSV

Origine : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

- L'article 21 permet l'approbation :

– de l'annexe C qui présente l'état des recettes par catégorie et par branche ;

– de l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2020, fixé à 16 milliards d'euros ;

– enfin des 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 22

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Origine : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 22 habilite, comme chaque année, six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2020 et fixe les plafonds de

ces encours. Parmi ces derniers, on peut notamment observer le relèvement du plafond de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de 38 à 39 milliards d'euros, afin de faire face à la hausse de l'endettement de court terme que l'agence aura à porter, en conséquence de la réapparition d'importants déficits en 2020.

Par ailleurs, il encadre les avances consenties par l'ACOSS à des organismes extérieurs au champ de la sécurité sociale, en prévoyant notamment la perception d'intérêt sur ces avances.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 23

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

Origine : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Comme le prévoit la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'article 23 et l'annexe B fixent la trajectoire financière pour les quatre années à venir, caractérisée à la fois par d'importants déficits en 2019 et 2020, 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 » à horizon 2023.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

**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 A
Pluriannualité des ressources des établissements de santé

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 24 A résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement ayant reçu l'avis favorable du rapporteur général à titre personnel, cet amendement déposé tardivement n'ayant pas été examiné par la commission des affaires sociales.

Il répond à une demande forte de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en faveur de l'introduction d'un mécanisme de pluriannualité dans le financement des établissements de santé. Cette demande s'est notamment traduite par l'adoption en commission d'un amendement du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés à ce sujet, retiré en séance au profit de cet amendement du Gouvernement.

● Cet article additionnel modifie l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, relatif à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Il transforme cet observatoire en comité économique de l'hospitalisation publique et privée.

Au sein de ce nouveau comité, un protocole pourra être signé entre l'État et les représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés.

Ce protocole établira, pour des périodes ne pouvant excéder trois années civiles, les trajectoires relatives au montant des ressources pluriannuelles des établissements de santé publics et privés et les engagements réciproques afférents.

Le comité sera également chargé du suivi et de l'application de ce protocole.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 24

Réforme du financement des hôpitaux de proximité

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 24 refonde 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.

● En commission des affaires sociales puis en séance, l'Assemblée nationale a adopté :

– un amendement de Mme Martine Wonner et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, faisant explicitement référence au projet régional de santé et à ses déclinaisons territoriales ;

– un amendement de M. Brahim Hammouche et du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés, précisant la notion de besoins de santé de la population du territoire.

● Outre plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a également adopté en séance un amendement de Mme Justine Bénin (Mouvement Démocrate et apparentés). Cet amendement prévoit que dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi de financement, le Gouvernement remette un rapport au Parlement sur le financement des établissements hospitaliers dans les départements et les régions ultramarins, afin notamment d'évaluer les coefficients géographiques dont bénéficient les établissements de ces territoires.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 25

Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

a. Les dispositions de l'article initial

Cet 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 loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, qui apparaît aujourd'hui complexe à mettre en œuvre.

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, et d'un coefficient de minoration si nécessaire pour concourir au respect de l'objectif de dépenses SSR ;

- d'une dotation forfaitaire permettant de sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités.

Il décale également l'entrée en vigueur du nouveau modèle de financement, qui produira pleinement ses effets en 2026 au lieu de 2022 comme prévu actuellement.

- 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 prévue par le présent article permet d'unifier les modalités de financement des acteurs publics et privés de la psychiatrie, en proposant un modèle de financement commun aux différents secteurs.

Sur le modèle de ce qui existe déjà dans les secteurs médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et SSR, un objectif de dépenses d'assurance maladie spécifique est défini pour la psychiatrie.

Les activités de psychiatrie exercées par chaque établissement seront financées par les trois « compartiments » composant cet objectif de dépenses de 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 à la qualité (« 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.

Les établissements de psychiatrie seront désormais financés par une dotation populationnelle, ainsi que par des dotations 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.

b. Les précisions apportées par l'Assemblée nationale

● L'Assemblée nationale a adopté en commission des affaires sociales puis en séance publique treize amendements de précision, initialement présentés par Mme Martine Wonner et le groupe La République en Marche ou par M. Brahim Hammouche et le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés.

Ces amendements de précision mettent notamment l'accent sur :

- la dimension extrahospitalière de la prise en charge en psychiatrie ;
- la nécessaire prise en compte de l'offre médicosociale dans l'identification des besoins de santé sur le territoire ;
- l'association des usagers au processus d'établissement de la dotation résultant de la dotation populationnelle.

● En séance publique, l'Assemblée a également adopté de nombreux amendements rédactionnels du rapporteur général ainsi qu'un amendement de précision de Mme Martine Wonner et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 26

Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a fait des tarifs nationaux de prestations issus des groupes 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 auparavant financés par dotation globale, c'est-à-dire les établissements publics et la plupart des établissements privés non lucratifs. Pour ces établissements, dans le cadre d'une période transitoire, le ticket modérateur se calcule sur la base d'une assiette plus large, à partir d'un tarif journalier de prestations (TJP), incluant les différentes dotations perçues par les établissements.

Cette période transitoire, maintes fois prolongée, doit prendre fin au 31 décembre 2019 ⁽¹⁾.

L'article 26 supprime cet 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 calcul de cette nouvelle tarification seront déterminées par voie réglementaire, et seront applicables non seulement aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (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, pour les activités de psychiatrie et de SSR, au moment de l'entrée en vigueur des nouveaux modèles de financement prévus par l'article 25 du présent projet de loi –, et ses effets seront lissés sur trois ans. La période dérogatoire établie par la loi de financement est donc étendue jusqu'à cette date.

(1) Ainsi, alors qu'un terme avait été dans un premier temps fixé au 31 décembre 2008 par la loi de financement pour 2004, la fin de cette période transitoire 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 loi de financement pour 2016.

● Outre quatre amendements rédactionnels et de coordination du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement de Mme Stéphanie Rist et du groupe La République en Marche permettant d'appliquer les dispositions relatives au ticket modérateur aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des hôpitaux des armées.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 26 bis

Réforme du financement des urgences

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

Cet article résulte de l'adoption en commission des affaires sociales puis en séance publique d'un amendement présenté par M. Thomas Mesnier et le groupe La République en Marche, ayant recueilli l'avis favorable du rapporteur général puis du Gouvernement.

a. Le financement actuel des urgences

Aujourd'hui, le financement des urgences est composé de plusieurs forfaits :

– un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) à hauteur de 25,32 euros. Ce forfait est dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée du même établissement de santé ;

– un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève depuis 2016 à 730 000 euros pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments pour chaque tranche de 2 500 passages au-delà de 9 000 passages.

À ces financements forfaitaires des services d'urgences s'ajoutent des recettes plus directement liées à l'activité, et notamment à la facturation des

consultations et aux examens de biologie et d'imagerie, ainsi que les recettes liées au séjour en cas d'hospitalisation.

L'inadéquation de ce mode de financement ainsi que ses potentiels effets pervers ont notamment été soulignés par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2014, qui montre que *« ce dispositif tarifaire incite à l'activité au lieu d'encourager les efforts de régulation. La modulation du "forfait annuel urgences" en fonction des passages encourage en effet à atteindre une tranche supérieure d'activité, d'autant plus que ce dispositif est défavorable aux petits établissements. »*

b. Le dispositif proposé

Comme le souligne l'exposé des motifs de l'amendement adopté en commission des affaires sociales, *« l'objectif de cette mesure est d'opérer une refonte globale du modèle de financement en s'appuyant sur une base majoritairement populationnelle, en rééquilibrant la part à l'activité en tenant compte de l'intensité de la prise en charge des patients, et enfin en introduisant un financement à la qualité qui viendra ainsi récompenser les établissements sur la qualité et l'organisation des prises en charge des soins urgents, et en incitant à leur articulation avec les autres acteurs du premier recours. »*

Le I de l'article 26 *bis* rétablit un article L. 162-22-8-2 au sein du code de la sécurité sociale.

Il prévoit que l'activité de soins de médecine d'urgence, à l'exception des services d'aide médicale urgente (SAMU – centre 15) est financée par :

– une dotation populationnelle, dont le montant est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins. Cette dotation sera ensuite répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région. Le montant des dotations régionales sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Les agences régionales de santé détermineront ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, résultant de la répartition de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères pourront faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;

– des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, qui n'est pas du tout prise en compte aujourd'hui ;

– une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l’amélioration de la qualité et de l’organisation des prises en charge de cette activité, en plus de la dotation IFAQ.

Un décret en Conseil d’État précisera les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire et les modalités d’application de cet article.

Le présent article entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2021 (II).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par un amendement rédactionnel et deux amendements de coordination de M. Thomas Mesnier (groupe La République en Marche).

*

* *

Article 26 ter

Rapport sur le financement et l’évolution du financement des missions de recherche et d’innovation au sein des établissements publics de santé

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture.

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

L’article 26 *ter* résulte de l’adoption en commission des affaires sociales puis en séance publique d’un amendement initialement présenté par M. Jean-Louis Touraine et plusieurs membres du groupe La République en Marche, avec l’avis défavorable du rapporteur général en commission des affaires sociales et l’avis de sagesse du Gouvernement en séance.

Il prévoit la remise par le Gouvernement d’un rapport au Parlement relatif au financement et à l’évolution du financement des missions de recherche et d’innovation au sein des établissements publics de santé.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 27

Réforme du financement : nomenclatures de ville

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article proposait initialement la mise à jour de l'intégralité des actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM), dans un délai de cinq ans à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente loi.

À la suite d'une concertation avec les parties prenantes, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement du Gouvernement proposant une rédaction globale de l'article 27, qui modifie l'intégralité des conditions d'inscription et de révision des actes et prestations au sein de la CCAM.

La procédure actuelle d'inscription d'un acte se caractérise par des délais très longs ainsi que par un potentiel manque d'indépendance entre les activités de hiérarchisation et de tarification des actes compte tenu de la composition des instances en charge de la hiérarchisation ⁽¹⁾.

En conséquence, l'amendement adopté crée une procédure d'inscription provisoire – et rapide – pour les actes innovants (*a*), modifie les conditions d'inscription et de révision d'un acte (*b*), tout en maintenant l'obligation de révision de l'ensemble des actes dans un délai de cinq ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi (*c*).

a. Procédure d'inscription provisoire pour les actes innovants

Les *a* et *b* du 1° du I disposent que les « *actes innovants* » peuvent, à titre dérogatoire, faire l'objet d'une inscription provisoire, dans des conditions fixées par décret. Il est précisé que cette inscription doit être révisée dans un délai de trois ans, renouvelable une fois.

b. Conditions d'inscription et de révision d'un acte

Le *c* du 1° du I modifie l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour remplacer les dispositions relatives aux conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation aux nomenclatures de ville. Cette procédure ne concerne cependant que les actes inscrits sur la CCAM.

(1) Cf. commentaire de l'article en première lecture.

Il confie ainsi à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ainsi qu'aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le soin d'adresser une demande d'inscription d'un acte à la Haute Autorité de santé (HAS). Cette dernière est chargée de rédiger un avis portant sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation, dans un délai de six mois suivant le dépôt de la demande, éventuellement renouvelable une fois s'il s'agit d'une évaluation complexe.

Sur proposition des conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique ou des associations d'utilisateurs du système de santé mentionnées à l'article L. 1411-1 du même code, la HAS peut s'autosaisir.

- La description ainsi que la hiérarchisation des actes sont confiées à une instance nouvelle, le Haut conseil des nomenclatures, composé de médecins libéraux et de praticiens hospitaliers en nombre égal, et de personnes qualifiées. En outre, un représentant de la HAS, un représentant des patients ainsi que le président de la commission réunissant les représentants des syndicats représentatifs des médecins assistent à ses travaux. Le Haut conseil est chargé, sur saisine de l'UNCAM :

- de proposer à la commission compétente pour la profession des médecins, pour les actes et prestations médicaux, une méthodologie de description et de hiérarchisation ;

- d'étudier les actes et prescriptions soumis par l'UNCAM en vue de leur description et de leur hiérarchisation. Cette étude fait l'objet d'un rapport tenant compte des enjeux de pertinence médicale pertinents pour la description et la hiérarchisation. Il est remis dans un délai de six mois à l'UNCAM, renouvelable une fois pour les évaluations complexes ;

- de rédiger chaque année un rapport public d'activité, après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation.

- Chaque profession dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention se réunit au sein d'une commission chargée du suivi de l'activité de hiérarchisation. Ces commissions, composées à parité de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé, et de représentants de l'UNCAM, sont chargées de déterminer les règles de hiérarchisation des actes de leurs professions respectives.

La commission compétente pour la profession des médecins est dotée de compétences particulières :

- elle est destinataire des rapports du Haut conseil des nomenclatures, et tenue informée de ses travaux ;

– elle valide la proposition de méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations du Haut conseil ;

– elle émet un avis sur les rapports du Haut conseil relatifs à la description et à la hiérarchisation de l’acte ou de la prestation, dans un délai défini par décret.

Une seconde dérogation est créée pour les actes cliniques ainsi que pour les actes effectués par les biologistes : pour ces derniers, les actes sont inscrits par l’UNCAM après avis de la commission compétente pour leur profession.

• La décision d’inscrire ou de radier un acte ou une prestation revient toujours, *in fine*, à l’UNCAM, après avis de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et, le cas échéant, après avis de la HAS.

• Tout acte ou prestation inscrit devra faire l’objet d’un examen en vue d’une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans suivant son inscription. Cette obligation n’a rien de nouveau : elle figurait déjà dans la rédaction antérieure du code de la sécurité sociale.

Ces nouvelles dispositions entreront en vigueur le 1^{er} avril 2020.

c. Révision intégrale de la hiérarchisation des actes

La nouvelle rédaction de l’article 27 maintient, au **II**, l’obligation de révision de l’intégralité des actes inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, dans un délai de cinq ans à compter de la date d’entrée en vigueur de la loi, selon des modalités définies par décret en Conseil d’État.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 28

**Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses,
négociation des prix en cas de concurrence**

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

a. Le projet de loi initial : diverses mesures relatives à la prise en charge et à la fixation du prix des dispositifs médicaux

Dans sa version initiale, l'article 28 se composait de plusieurs mesures distinctes relatives aux dispositifs médicaux et notamment à :

– la création d'une nouvelle procédure de négociation des prix, dite de « référencement sélectif », introduisant un mécanisme d'appel d'offres pour des dispositifs médicaux similaires, afin de rembourser les dispositifs médicaux considérés comme offrant le meilleur rapport qualité-prix ;

– la prise en charge par l'assurance maladie de dispositifs médicaux réutilisés, s'ils offrent toutes les garanties de sécurité sanitaire nécessaires ;

– l'introduction d'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 ;

– la précision de la mise en œuvre du « 100 % santé » introduit dans la LFSS 2019.

b. L'évolution à l'Assemblée nationale des dispositions relatives aux dispositifs médicaux réutilisés

En commission comme en séance, les apports de l'Assemblée nationale ont principalement porté sur la prise en charge des dispositifs médicaux réutilisés.

● L'article 28 créé en effet 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 devrait concerner en particulier les fauteuils roulants, et 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.

L'article 28 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.

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.

Parallèlement, dans sa version initiale, l'article 28 prévoyait que l'arrêté ministériel fixant la liste des dispositifs médicaux pouvant être remis en bon état d'usage pourrait également prévoir des obligations pour les assurés bénéficiant de ces dispositifs, et notamment de :

- 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 ;

- 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.

- En commission des affaires sociales puis en séance, l'Assemblée nationale a adopté des amendements identiques issus de plusieurs groupes rendant obligatoire et non plus facultatif à la fois le respect de critères de qualité et de sécurité sanitaire pour ces dispositifs réutilisés et l'homologation des centres ou des professionnels autorisés à remettre les dispositifs médicaux en état d'usage.

En séance, l'Assemblée a par conséquent adopté avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement un amendement présenté par M. Philippe Berta et le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés précisant au sein du nouvel article L. 165-1-7 du code de la sécurité sociale que ces centres doivent être homologués.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a également supprimé, en adoptant un amendement déposé par l'ensemble des groupes politiques, le mécanisme de consigne initialement prévu par l'article 28.

En séance, le rapporteur général a donné un avis favorable à titre personnel à ces amendements supprimant la consigne.

La ministre a également donné un avis favorable à ces amendements, considérant que si « *la consigne avait été intégrée dans le projet initial, afin de donner un coup d'accélérateur au modèle de second emploi* », le Gouvernement entendait « *les craintes exprimées sur ce modèle, qui ne générera pas de travaux complémentaires* ». Pour « *laisser le temps de discuter avec tous des conditions de déploiement de cette démarche innovante* », elle s'est dite « *prête à attendre que le modèle de réalisation soit en place pour réexaminer la question de la consigne* ».

• L'Assemblée nationale a également adopté plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur général à cet article.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement du rapporteur général qui précise explicitement que l'obligation faite au distributeur de dispositifs médicaux de mentionner au patient concerné l'existence d'un dispositif médical remis en bon état d'usage porte bien sur le même dispositif médical que celui prescrit.

*

* *

Article 28 bis Accès précoce aux dispositifs médicaux

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 28 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission.

a. La procédure de prise en charge précoce pour les dispositifs médicaux introduite par l'article 65 de la loi de financement pour 2019

Lors du 8^{ème} Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) qui s'est tenu le 10 juillet 2018, le Gouvernement a annoncé la création d'« *une procédure de prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux, avant le résultat des négociations tarifaires en vue de la prise en charge de droit commun [...]. Cet accès rapide serait réservé aux dispositifs médicaux innovants, indiqués dans une maladie pour laquelle il n'y a pas d'alternatives thérapeutiques, et pour lesquels l'efficacité et la sécurité sont établies.* »

L'article 65 de la LFSS 2019 a permis d'effectuer un premier pas en ce sens, en créant un mécanisme d'accès précoce à la prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux et prestations associées – distinct du forfait innovation créé en 2009 mais dont très peu de dispositifs médicaux ont bénéficié dans les faits.

Il a ainsi créé un nouvel article L. 165-1-5 au sein du code de la sécurité sociale qui permet une prise en charge précoce sous certaines conditions. Ainsi :

– la demande d'accès précoce ne peut intervenir qu'après le dépôt d'une demande de prise en charge dans une indication particulière par l'assurance maladie auprès des ministres et de la Haute Autorité de santé (HAS), pendant que cette demande de prise en charge est en cours d'instruction ;

– la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), commission spécialisée de la HAS, doit rendre un avis relatif à la prise en charge de ce dispositif et de la prestation associée ;

– comme pour les extensions d'indications pour les ATU médicamenteuses, une compensation doit être fixée par les ministres compétents. L'industriel doit alors reverser à l'assurance maladie la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix de la « compensation » confidentielle fixée par les ministres. Un mécanisme de restitution de la sécurité sociale vers l'industriel est par ailleurs créé pour permettre à la sécurité sociale de restituer une partie des remises perçues dans le cas où le prix *in fine* fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) pour ce dispositif s'avère supérieur à la compensation fixée par les ministres.

Un décret du 20 août 2019 ⁽¹⁾ est venu préciser les conditions d'application de ce nouvel article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

Il précise notamment les conditions cumulatives pour prétendre à cette prise en charge temporaire :

– le produit et la prestation doivent être destinés à traiter une maladie grave ou rare ;

– il ne doit pas exister de comparateurs pertinents, au regard des connaissances médicales avérées, à ce produit et à cette prestation ;

– la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée sans présenter un risque grave et immédiat pour la santé des patients ;

– le produit et la prestation sont susceptibles d'être innovants ;

– le produit et la prestation sont susceptibles, au vu des résultats des essais cliniques, de présenter une efficacité cliniquement pertinente et un effet important au regard desquels leurs effets indésirables sont acceptables.

La CNEDiMTS évalue le respect de ces cinq critères, dans un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception de la copie de la demande complète de l'exploitant.

Pour les dispositifs médicaux, le produit doit par ailleurs disposer d'un marquage « CE » dans l'indication considérée.

(1) Décret n° 2019-855 du 20 août 2019 relatif à la prise en charge précoce de certains produits de santé.

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, au jour de la publication du présent rapport, et suite à la parution de ce décret, aucune demande de prise en charge n'a été formulée (tandis que le nouveau dispositif pour le médicament, qui est entré en vigueur simultanément, a donné lieu à plusieurs dépôts).

b. Les modifications à cette procédure apportées par le présent article

Le 1° de l'article 28 *bis* réécrit entièrement l'article L. 165-1-5 introduit par l'article 65 de la LFSS 2019.

i. Une modification des conditions d'éligibilité au dispositif

La prise en charge précoce issue du présent article interviendra plus tôt que ce qui est aujourd'hui prévu, c'est-à-dire avant la demande d'inscription sur la LPPR et non plus après. Elle ne pourra en revanche intervenir qu'après le marquage « CE » obtenu.

En revanche, la demande d'inscription à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) devra intervenir dans un délai d'un an après la demande de prise en charge transitoire. Au-delà de ce délai, la prise en charge pourra être suspendue, mais elle pourra être renouvelée une seconde fois si l'exploitant dépose, dans les douze mois suivant cette suspension, une demande d'inscription à la LPPR. Au-delà de cette période de douze mois, l'exploitant ne pourra plus déposer une nouvelle demande de prise en charge transitoire dans l'indication concernée.

Comme dans le dispositif actuel, cette prise en charge sera décidée par arrêté des ministres concernés après avis de la CNEDiMTS et dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. Elle ne pourra concerner que les établissements de santé.

Le décret en Conseil d'État précisera également les conditions dans lesquelles les ministres peuvent suspendre la prise en charge transitoire ou y mettre fin.

ii. Une modification des modalités de prise en charge

Le présent article simplifie le mécanisme complexe de la « compensation » pour les dispositifs médicaux mis en place par l'article 65 de la LFSS 2019, pour évoluer vers un mécanisme plus orienté vers le dialogue.

Il prévoit que lorsque les ministres compétents envisagent la prise en charge transitoire d'un produit ou d'une prestation pour une indication particulière, l'exploitant devra proposer le montant maximal de la compensation qu'il réclame, le cas échéant, aux établissements de santé et dès lors que ce produit ou cette prestation ne fait pas l'objet d'une prise en charge sur la LPPR pour au moins une de ses indications.

Une fois le produit ou la prestation inscrit au remboursement, si les négociations conventionnelles aboutissent et permettent de fixer un tarif de responsabilité (sur la base duquel l'assurance maladie procède au remboursement) ou un prix de vente, la même convention établie entre l'industriel et le CEPS devra déterminer un prix net de référence. Si ce prix net est inférieur au montant de la compensation, l'exploitant devra reverser à la sécurité sociale, sous forme de remises, la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de la période de prise en charge transitoire et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix net de référence.

En dehors de ce mécanisme conventionnel, le CEPS pourra lui-même établir un prix de référence ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu si :

- le prix ou le tarif de responsabilité est décidé unilatéralement, par décision, par le CEPS (et non pas par convention) ;

- si les ministres refusent l'inscription du dispositif ou de la prestation au remboursement (par exemple, si le service attendu est insuffisant, ou que les revendications tarifaires ne reflètent pas l'amélioration du service attendu évaluée par la HAS) ;

- si aucune inscription au remboursement n'est intervenue dans les trente mois suivant la demande de prise en charge transitoire.

Dans ce cas, le prix de référence pourra être fixé ou modifié en fonction des critères de fixation et de modification des tarifs de responsabilité et des prix prévus aux articles L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale.

iii. Parallèlement, une responsabilisation accrue des industriels

Le **2° du I** créé un nouvel article L. 165-1-5-1 du code de la sécurité sociale, qui fait écho à l'article L. 162-16-5-4 introduit par la LFSS 2019 pour les autorisations temporaires d'utilisation dans le domaine du médicament.

L'exploitant du produit ou de la prestation pris en charge à titre dérogatoire devra ainsi s'engager à assurer la continuité des traitements :

- pendant la durée de la prise en charge transitoire et du renouvellement de celle-ci le cas échéant ;

- pendant la période de suspension éventuelle de la prise en charge ;

- pendant une durée d'au moins un an à compter de l'arrêt de la prise en charge transitoire, ou de quarante-cinq jours si l'indication concernée n'est pas admise au remboursement.

Elle ne s'appliquera évidemment pas si le produit ou la prestation fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

Durant cette période de continuité de traitement qui suit la période de prise en charge transitoire, les conditions de prise en charge le cas échéant fixées par le CEPS continueront à s'appliquer. À titre d'exemple, selon les précisions apportées par le Gouvernement au rapporteur général, à l'issue des douze mois de prise en charge, si une demande d'inscription à la LPPR n'a pas été déposée, les continuités de traitement seront prises en charge par l'assurance maladie pendant douze mois. Si pendant ce nouveau délai l'exploitant ne dépose pas de demande d'inscription, cette prise en charge cessera à l'issue de ces douze mois supplémentaires.

- En cas de manquement de l'industriel à ces engagements relatifs à la continuité de la prise en charge, le CEPS pourra infliger une pénalité à l'industriel, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Le montant de cette pénalité est plafonné à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise pour le produit ou la prestation concernée durant les deux ans ayant précédé la constatation de ce manquement. Le montant de la pénalité sera proportionnel à la gravité du manquement constaté.

Les modalités d'application de ces sanctions seront précisées par décret en Conseil d'État.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 28 ter

Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 28 *ter* résulte de l'adoption d'un amendement du groupe de la Gauche démocrate et républicaine en séance publique à l'Assemblée nationale, avec un avis favorable du rapporteur général à titre personnel et un avis de sagesse du Gouvernement.

Il prévoit que dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi de financement, le Gouvernement remette au Parlement un rapport sur le montant consolidé de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie résultant du remboursement des dispositifs médicaux, ventilé selon les différentes modalités de remboursement.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 29

Prise en charge de médicaments particuliers

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Dans sa version initiale, l'article 29 se composait de plusieurs mesures distinctes relatives :

– à la création d'un cadre juridique applicable aux médicaments faisant l'objet d'une distribution parallèle, et à l'adaptation des règles applicables à ceux faisant l'objet d'une importation parallèle ;

– à la fixation d'un prix maximal de vente pour certains médicaments ou dispositifs médicaux acquis par les établissements de santé ;

– à la fixation de règles homogènes pour l'ensemble des établissements délivrant des prestations de nutrition parentérale à domicile (NPAD) ;

– aux conditions de délivrance des médicaments biosimilaires par les pharmaciens. En l'état du droit, l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique autorise les pharmaciens à procéder à la délivrance d'un biosimilaire lors de l'initiation du traitement. Néanmoins, en raison de la difficulté à assurer la traçabilité de la délivrance d'un tel médicament conformément aux préconisations de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les mesures réglementaires d'application n'ont jamais été prises. Le présent article abroge en conséquence la possibilité de substitution par le pharmacien ;

– à la création d'un *Bulletin officiel des produits de santé* (BOPS) ayant vocation à remplacer l'ensemble des supports de publication des 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.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général adopté en commission des affaires sociales visant à clarifier les modalités de fixation du prix plafond pour les médicaments et produits de santé acquis par les établissements de santé au titre des prestations dites « intra-GHS » (groupes homogènes de séjour).

La rédaction initiale renvoyait en effet aux règles de négociation entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les fabricants de médicaments ou dispositifs médicaux le soin de fixer le prix maximal de vente, tout en précisant que le prix serait fixé par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ce qui était incompatible. La rédaction retenue par l'amendement permet aux ministres de définir le prix plafond par arrêté, tout en précisant que leur décision se fonde sur les critères utilisés par le CEPS lors de ses négociations avec les industriels.

- En séance publique, outre plusieurs amendements de précision ou rédactionnels du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements du Gouvernement visant à adapter des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019.

Le premier amendement tend à assouplir les conditions de délivrance d'un médicament princeps en permettant la délivrance de ce dernier même en l'absence de mention « *non substituable* » sur la prescription, « *pour certains médicaments à marges thérapeutiques étroites* ». Les situations médicales particulières permettant cette délivrance seront précisées par arrêté.

Le second amendement, également déposé par M. Bertrand Bouyx et ses collègues du groupe La République en Marche, vise à maintenir une incitation au choix de médicaments génériques en maintenant le principe du tiers payant pour ces seuls médicaments, lorsque leur prix est identique à celui du médicament princeps.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 29 bis

Expérimentation de la prise en charge de l'usage médical du cannabis

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 29 bis résulte de l'adoption d'un amendement du rapporteur général adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, puis en séance publique.

Il dispose que l'État peut autoriser à titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'usage médical du cannabis, « dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles » (I).

● Cette expérimentation s'inscrit dans le prolongement des travaux du comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) sur l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France, mis en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en juin 2018.

L'ANSM a souscrit aux conclusions des experts du CCST rendues publiques en juin 2019, en faveur de la pertinence de l'usage médical du cannabis et définissant, en outre, les conditions de mise à disposition du cannabis thérapeutique durant une phase expérimentale.

Selon le comité, l'expérimentation poursuivrait deux objectifs principaux :

– le premier est « d'évaluer, en situation réelle, les recommandations du Comité en matière de conditions de prescription et de délivrance et l'adhésion des professionnels de santé et des patients à ces conditions » ;

– le second est le recueil des « premières données françaises d'efficacité et de sécurité »⁽¹⁾.

● Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation – notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés ainsi que les conditions d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine, ainsi que les modalités d'information, de suivi des patients et de formation des professionnels de santé – seront précisées par voie réglementaire (II).

(1) [ANSM, Comité scientifique spécialisé temporaire sur l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France : « Projet d'expérimentation », 28 juin 2019.](#)

Elles pourraient néanmoins respecter fidèlement les recommandations du CSST rappelées ci-après.

S'agissant des modalités de mise à disposition ou d'administration du cannabis médical, ce dernier pourrait être mis à disposition, selon les besoins des patients, soit sous la forme de médicaments « *à base de fleurs séchées de cannabis et d'extraits à spectre complet* », soit sous des formes « *à effet immédiat et à effet prolongé* », telles que des huiles et fleurs séchées pour vaporisation (effet immédiat) ou sous forme de solution buvable pour un effet prolongé.

L'initiation du traitement devrait être réservée aux médecins volontaires ayant reçu une formation spécifique à cette fin – probablement par la voie d'un logiciel d'*e-learning* – et exerçant dans des centres de référence pour les pathologies entrant dans le cadre de l'expérimentation.

Les indications retenues pour l'expérimentation, « *en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance [...] des thérapeutiques médicamenteuses* », seraient notamment les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies accessibles, certaines formes d'épilepsie pharmacorésistantes, les soins de support en oncologie, les situations palliatives ainsi que certaines indications dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou d'autres pathologies du système nerveux central.

Les principales contre-indications concerneraient les femmes enceintes ainsi que les femmes allaitantes : ainsi, selon le CSST, aucune limite d'âge ne devrait être retenue, « *si le bénéfice est supposé favorable compte tenu de la sévérité du trouble* ».

Comme l'a rappelé l'exposé des motifs de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, l'expérimentation pourrait concerner trois mille patients.

• L'expérimentation fera l'objet d'un rapport adressé par le Gouvernement au Parlement six mois avant son terme (III).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 30

Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 30 prévoit de mieux encadrer la délivrance d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives. Il permet notamment de mieux encadrer la prise en charge par l'assurance maladie de ces ATU nominatives, et de privilégier la délivrance d'ATU de cohorte.

Par ailleurs, cet article permet de donner une meilleure lisibilité aux industriels pour le remboursement des remises dues par les industriels à l'assurance maladie au moment de la sortie du dispositif d'ATU.

● La version initiale du projet de loi prévoyait que les dispositions relatives à la régulation des ATU nominatives entrent en vigueur au 1^{er} mars 2020, et soient applicables aux demandes d'autorisations déposées à compter de cette date, mais ne concernent pas les ATU nominatives délivrées avant le 1^{er} mars 2020. À l'initiative du rapporteur général, l'Assemblée a donc adopté en commission des affaires sociales puis en séance publique un amendement soustrayant les ATU nominatives déposées (et non délivrées) avant le 1^{er} mars 2020 du champ d'application du présent article.

Outre cet amendement, l'Assemblée nationale a également adopté en séance huit amendements rédactionnels du rapporteur général à cet article.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 31

Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 31 transfère le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (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.

Ce transfert s'inscrit dans un mouvement de transfert quasi continu dans ce sens, au point que si l'article était adopté, seuls l'Institut national du cancer (INCa) et l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) relèveraient encore d'un financement de l'État.

Il est par ailleurs compensé « à l'euro près » par une hausse de la fraction de taxe sur la valeur ajoutée affectée à la sécurité sociale (article 35 du projet de loi de finances initiale pour 2020).

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

CHAPITRE II
Améliorer l'accès aux soins

Article 32

Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

Par cohérence avec la création de la « complémentaire santé solidaire » le 1^{er} novembre 2019, issue de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) opérée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, cet article crée un nouveau contrat de sortie accessible pendant un an pour les personnes ne remplissant plus les conditions d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire.

Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général visant à améliorer l'accès à la complémentaire santé solidaire (C2S) pour les personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

Cet amendement dispose que les caisses d'assurance maladie sont tenues d'informer les bénéficiaires de cette allocation de leur éligibilité potentielle à la C2S. Ils leur proposeront en outre un accompagnement pour les démarches relatives à l'ouverture et au renouvellement du droit à cette protection complémentaire.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement du rapporteur général visant à étendre aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), mentionnée à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, le dispositif d'information et d'accompagnement pour l'ouverture et le renouvellement du droit à la C2S.

*

* *

Article 33

Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Cet article étend à l'ensemble des jeunes filles mineures la prise en charge intégrale, en tiers payant, des frais liés à la contraception, alors que cette prise en charge était limitée jusqu'alors aux seules mineures d'au moins 15 ans.

Cette prise en charge comprendra notamment :

– les frais liés aux consultations réalisées auprès d'un médecin ou d'une sage-femme, en vue de la prescription d'un contraceptif, d'exams de biologie médicale liés à la contraception, ou du suivi de la patiente ;

– l'achat de contraceptifs remboursables, sur prescription ;

– les frais liés à la pose, au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 34

Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● 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 de stock 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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général adopté en commission des affaires sociales précisant que le stock de sécurité destiné au marché national que devront désormais constituer les laboratoires doit être situé sur le territoire européen.

En séance, l'Assemblée nationale a adopté, outre plusieurs amendements rédactionnels, un amendement présenté par Mme Stéphanie Rist et le groupe La République en Marche précisant explicitement à l'article L. 5121-32-1 du code de la santé publique que ces nouvelles dispositions issues de l'article 34 ne s'appliquent pas à la pharmacie centrale des armées – qui exploite des médicaments pour les besoins des armées et de certains services publics, majoritairement dans le domaine des crises sanitaires – dans la continuité de la situation actuelle.

2. La position de la commission

La commission des affaires sociales a adopté deux amendements.

● Dans sa version adoptée en première lecture, l'article précise que la taille du stock de sécurité sera définie par décret en Conseil d'État, notamment en fonction de la classe thérapeutique du médicament. Or, les niveaux de risque de

rupture et les enjeux en cas de rupture peuvent être très hétérogènes au sein d'une même classe thérapeutique.

La commission des affaires sociales a donc adopté un amendement de M. Paul Christophe et de plusieurs de ses collègues du groupe UDI, Agir et Indépendants supprimant cette précision relative à la classe thérapeutique, afin de donner plus de latitude à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), et notamment de lui permettre de fixer des délais de stockage proportionnés et adaptés à chaque type de produits.

● Par ailleurs, alors que l'article L. 5124-6 du code de la santé publique oblige les établissements pharmaceutiques à informer l'ANSM de tout risque de rupture de stock, cette obligation ne s'impose aujourd'hui qu'aux médicaments d'intérêt thérapeutique majeur pour lesquels il n'existe pas d'alternative thérapeutique. Pourtant, la disparition d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur peut avoir des conséquences importantes sur la couverture des besoins nationaux, même si des alternatives thérapeutiques existent, en faisant peser une pression supplémentaire sur ces mêmes alternatives thérapeutiques.

La commission des affaires sociales a donc adopté un amendement du rapporteur général étendant cette obligation d'information à tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

*
* *

Article 35

Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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. 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.

Inscrit dans le projet pour l’enfant, ce bilan de santé sera la première étape d’un suivi médical régulier et coordonné.

● En séance publique, l’Assemblée nationale a adopté un amendement du groupe du Mouvement démocratique et apparentés adopté en commission des affaires sociales, précisant que le bilan de santé devait intégrer un volet « prévention » afin de prévenir le développement de comportements individuels néfastes à leur santé chez les enfants pris en charge du titre de la protection de l’enfance.

L’Assemblée nationale a également adopté en séance publique un amendement des groupes Les Républicains, UDI, Agir et Indépendants et La France insoumise, repoussé par la commission, auquel le rapporteur général a donné, à titre personnel, un avis favorable et le Gouvernement un avis de sagesse. Cet amendement permet d’étendre l’obligation d’un bilan de santé obligatoire aux mineurs pris en charge par la protection judiciaire de la jeunesse. En pratique, cette obligation est déjà en partie satisfaite par les services du ministère de la justice. L’adoption de cet amendement permet toutefois de s’assurer d’une parfaite égalité pour tous les mineurs pris en charge au titre de la protection de l’enfance.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 35 bis

**Mise en place d'un protocole national de coordination de la protection
maternelle et infantile**

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 35 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, avec l'avis favorable de la commission.

Il vise à mettre en place un protocole de coopération national pour harmoniser à l'échelle nationale la pratique des bilans de santé auprès des enfants de 3 à 4 ans.

La loi pour une école de la confiance⁽¹⁾ portée par ce Gouvernement prévoit la possibilité pour l'ensemble de ces enfants de bénéficier d'un bilan de santé organisé à l'école, avec le soutien des services départementaux de la protection maternelle et infantile (PMI). Ce bilan, aujourd'hui majoritairement pratiqué par des infirmiers puériculteurs, demeure encore trop inégalement appliqué en fonction des territoires, comme le soulignent de nombreux travaux récents de parlementaires⁽²⁾.

● Le présent article permet donc d'étendre les dérogations prévues au II de l'article L. 4011-3 du code de la santé publique pour mettre en place un nouveau protocole de coopération interprofessionnelle concernant les services de PMI. Ce protocole, qui intègre les médecins et infirmiers puériculteurs des services départementaux de PMI doit notamment servir, selon le Gouvernement, à améliorer la couverture du bilan de santé des enfants de 3 à 4 ans, en ligne avec la mesure 1 du rapport de Mme Peyron et la proposition n° 3 du rapport de Mmes Rist et Barthet-Derrien.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance.

(2) Michèle Peyron, Pour sauver la PMI, agissons maintenant !, mars 2019 ; Stéphanie Rist, Marie-Sophie Barthet-Derrien, Rapport relatif au parcours de coordination renforcée santé-accueil-éducation des enfants de zéro à six ans, mars 2019.

Article 36

Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

• Cet article est constitué d'un corpus de mesures visant à inciter les jeunes médecins à s'installer au sein de zones sous-denses.

La première mesure crée le « contrat de début d'exercice », un contrat unique d'incitation à l'installation en zone sous-dense ouvrant droit à une garantie de revenus pour les médecins signataires, qui se substitue aux quatre catégories de contrats incitatifs 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).

La deuxième mesure crée une aide destinée à la prise en charge intégrale, pendant deux ans, des cotisations sociales dues par un médecin libéral ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires (secteur 1) ou pratiquant des dépassements d'honoraires encadrés (secteur 2 ayant adhéré au contrat « Option de pratique tarifaire maîtrisée » [OPTAM]) s'installant au sein d'une zone sous-dense, dans la limite de 80 000 euros de revenus.

L'article 36 introduit en outre une mesure visant à diminuer les effets de seuil induits par le régime 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 pour 2019.

Enfin, cet article modifie les conditions de cotisation à la prestation complémentaire vieillesse, en autorisant certains médecins aux faibles revenus à verser une cotisation proportionnelle et non forfaitaire.

• En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des affaires sociales, initialement présenté par le rapporteur général, visant à prévoir un garde-fou dans le cas où un médecin récemment installé en zone sous-dense cesserait d'exercer dans une telle zone : le cas échéant, le bénéfice de l'aide à la prise en charge des cotisations sociales serait suspendu le premier jour du mois suivant la cessation d'activité dans une zone sous-dense. Le bénéficiaire de l'aide continuerait néanmoins à en bénéficier si le périmètre de la zone sous-dense au sein de laquelle il s'est installé est modifié par arrêté.

L'Assemblée nationale a également adopté un amendement du Gouvernement visant à préciser les zones donnant droit à l'aide à la prise en charge des cotisations sociales, en renvoyant aux zones d'intervention prioritaire définies au 1° de l'article L. 1434-1 du code de la santé publique, ainsi que plusieurs amendements de précision ou de coordination du rapporteur général.

S'agissant du contrat de début d'exercice, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Joël Aviragnet et de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés indiquant que le contrat ne peut faire l'objet d'un renouvellement.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 37

Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

- Cet article propose, pour les femmes enceintes résidant à plus d'une certaine distance de la maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité.

Ainsi, il dispose 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 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. Selon les informations transmises par le Gouvernement, cette distance sera fixée à 45 minutes.

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.

Il dispose également 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.

● L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à cet article, à l'initiative du rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 37 bis

Modification de l'expérimentation relative au congé maternité des travailleuses indépendantes

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 37 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Marie-Pierre Rixain et du groupe La République en Marche, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement.

● Cet article modifie l'article 75 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, lui-même déjà issu d'un amendement de Mme Marie-Pierre Rixain.

Ce dernier a créé une expérimentation de trois ans qui doit débiter au 1^{er} janvier 2020. Elle doit permettre aux travailleuses indépendantes de reprendre progressivement une activité professionnelle après leur congé de maternité, à l'issue d'une période d'interruption totale d'activité de huit semaines.

Après cette période d'arrêt, les travailleuses indépendantes peuvent ainsi percevoir des indemnités journalières de maternité en cas de reprise partielle d'activité :

– à hauteur d'un jour par semaine durant les quatre semaines suivant la période totale d'interruption d'activité de huit semaines ;

– à hauteur de deux jours par semaine au maximum durant les quatre semaines suivantes.

Les indemnités journalières de congé de maternité ne seraient pas versées pour les jours travaillés.

- Selon les auteurs de cet amendement, le dispositif, dans ses modalités actuelles, apparaît trop restreint et insuffisamment souple pour les naissances des deux premiers enfants.

Par ailleurs, pour les naissances multiples ou d'un troisième enfant, puisque la possibilité de recourir au dispositif de flexibilité débute immédiatement après la durée minimale de huit semaines d'arrêt de travail, l'assurée doit soit renoncer à prendre l'intégralité de sa période de congé maternité, plus longue que les seize semaines mentionnées dans l'article, soit à nouveau s'arrêter à temps plein après une période de reprise partielle d'activité, ce qui n'apparaît pas cohérent avec l'objectif poursuivi par cette expérimentation d'une reprise progressive et sans à-coups de l'activité.

- Le présent article :

- assouplit la date de début de la reprise partielle d'activité, qui pourra débiter entre le jour suivant la fin de la période minimale d'interruption et le terme de la durée du congé de maternité – et non plus seulement tout de suite après la période minimale d'interruption – permettant de mieux adapter le dispositif aux cas de naissances multiples ou d'un troisième enfant (3°) ;

- assouplit la durée de cette reprise partielle, en permettant une plus grande modulation des différentes périodes. Ainsi, une travailleuse indépendante pourra choisir de raccourcir la première période – durant laquelle elle ne peut effectuer qu'une seule journée hebdomadaire de reprise d'activité, pour bénéficier plus rapidement de la seconde – durant laquelle elle peut réaliser deux journées hebdomadaires de reprise d'activité, laquelle pourra également être raccourcie en deçà de son plafond (2°) ;

- précise que le report des indemnités journalières ne peut intervenir que dans un délai maximal de dix semaines après la fin du congé maternité, alors que l'article 75 ne prévoyait pas de limitation dans le temps à ce report, à rebours de la logique d'un congé accompagnant la mère immédiatement avant et après la naissance (4°).

En conséquence, le début de cette expérimentation est reporté de six mois, au 1^{er} juillet 2020 (1°).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 38

Financement par la CNSA des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● L'article 38 prévoit d'encadrer le financement de la prise en charge par des établissements étrangers, et tout particulièrement wallons, d'adultes français handicapés. Les dépenses relatives aux adultes handicapés placés dans des établissements wallons, qui ne sont pas régulées actuellement, ont fortement progressé ces dernières années. Prises en charge par le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), elles seront désormais intégrées dans l'ONDAM médico-social et l'objectif de dépenses géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

● L'Assemblée nationale a adopté, en commission puis en séance, un amendement présenté par M. Marc Delatte et les membres du groupe La République en Marche. Cet amendement prévoit que le Gouvernement remet au Parlement, « à la fin de l'année 2020 », un rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'article 38 concernant « la prise en charge des adultes handicapés français par des établissements à l'étranger », d'une part, et « les financements qui sont alloués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à cet effet », d'autre part.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par un amendement du rapporteur général visant à élargir à « l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français placés dans des établissements à l'étranger et les financements qui sont alloués à cet effet par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » le champ du rapport que le Gouvernement doit remettre au Parlement. Il décale par ailleurs la date butoir pour la remise du rapport de fin 2020 au 31 décembre 2021.

*

* *

Article 38 bis
**Critères d'évaluation qualitatifs pour les établissements
sociaux et médico-sociaux**

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Cet article résulte de l'adoption, en commission puis en séance, d'un amendement présenté par M. Joël Aviragnet et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés ⁽¹⁾. Il précise, en complétant les articles L. 313-12 et L. 313-12-2 du code de l'action sociale et des familles, que l'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée uniquement au regard d'un indicateur fondé sur le taux d'occupation.

● Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes mentionnés aux I ou II de l'article L. 313-12 du même code ainsi que les établissements ou services prenant en charge des personnes en situation de handicap ou des personnes âgées, visés à l'article L. 313-12-2, doivent conclure, pour une durée de cinq ans, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec le ou les présidents du conseil départemental et le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) concernés.

Ces CPOM définissent des objectifs en matière d'activité et de qualité de prise en charge. D'après le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018, pris en application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2017 et 2018, ils peuvent prévoir « *une modulation de la dotation ou du forfait global en fonction d'objectifs d'activité contractualisés* » ⁽²⁾. Il est également précisé que l'activité « *est, sauf clause contraire justifiée par la spécificité des missions ou des modes de fonctionnement, évaluée au moyen d'un ou plusieurs des indicateurs suivants* :

- *le taux d'occupation* ⁽³⁾ ;
- *le nombre de personnes accompagnées au cours de l'année civile* ;
- *le nombre de prestations réalisées au cours de l'année civile* ».

(1) Deux amendements identiques de Mme Emmanuelle Anthoine (Les Républicains) et de Mme Caroline Fiat (La France insoumise) ainsi que de plusieurs de leurs collègues ont été adoptés en séance.

(2) Article R. 314-43-2 du code de l'action sociale et des familles.

(3) Le taux d'occupation est « calculé en divisant le nombre de journées réalisées dans l'année par l'établissement ou le service par le nombre de journées théoriques correspondant à la capacité autorisée et financée multiplié par le nombre de journées d'ouverture de l'établissement ou du service ».

L'article R. 314-43-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit également un abattement de la dotation globale ou du forfait global dès lors que l'activité réalisée est inférieure aux objectifs définis dans le contrat, « *sous réserve de circonstances particulières justifiant tout ou partie de cette sous-activité* ».

● Or, le taux d'occupation serait le principal indicateur utilisé dans les faits, sans que les spécificités des structures ne soient suffisamment prises en compte. À titre d'exemple, l'activité d'un accueil de jour ne pourrait être évaluée pleinement qu'au nombre de personnes accueillies ⁽¹⁾.

Cet article 38 *bis* vise ainsi à renforcer le cadre législatif afin que des critères qualitatifs soient davantage pris en compte par les autorités de tarification et de contrôle – les ARS et les conseils départementaux.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 38 ter

Expérimentation d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

L'article 38 *ter* résulte d'un amendement déposé par le Gouvernement en séance publique. Il autorise l'expérimentation, pendant une durée de deux ans à compter du 1^{er} juillet 2020, d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap.

● Les personnes en situation de handicap sont confrontées à de nombreuses difficultés pour accéder aux soins. Cette situation a notamment été soulignée par le rapport de M. Philippe Denormandie et Mme Marianne Cornu-Pauchet remis au Parlement en juillet 2018 sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité ⁽²⁾. Ce rapport souligne en

(1) Source : *exposé sommaire de l'amendement*.

(2) M. Philippe Denormandie et Mme Marianne Cornu-Pauchet, L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité, juillet 2018, p. 11.

particulier les facteurs pouvant conduire à un renoncement aux soins ou à des retards dans l'accès aux soins : complexité d'accès à une couverture santé, offre de soins, pratiques professionnelles, appréhension des soins par les personnes ou leur entourage, etc. Les personnes en situation de handicap accompagnées par des établissements et services médico-sociaux (ESMS) n'échappent pas à cette problématique alors qu'elles devraient en principe pouvoir accéder facilement à des soins de qualité.

À la suite de ce rapport, M. Philippe Denormandie a été missionné par le Gouvernement pour mener une concertation sur la redéfinition du « panier de soins » des ESMS financés ou cofinancés par l'assurance maladie ⁽¹⁾. D'après l'exposé sommaire de l'amendement, *« ces travaux ont mis en évidence le fait que les soins de ville (consultations, examens de radiologie, de laboratoire...) et la pharmacie (dont les molécules onéreuses) soient à la charge des ESMS, contrairement aux soins prodigués à l'hôpital, conduit l'ensemble des personnes vers l'hôpital pour des soins somatiques d'ordinaire effectués en ville. La situation génère des retards de prise en charge qui aggravent l'état de santé des personnes et engendre des surcoûts pour l'assurance maladie, accentue la pression sur l'hôpital et ne favorise pas les réseaux ni les organisations de soins de proximité. »*

● L'expérimentation proposée par l'amendement du Gouvernement concernera, dans les régions retenues dans le cadre expérimental, des établissements ou services relevant de l'objectif géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ⁽²⁾ et des catégories suivantes :

– établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;

– établissements et services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert.

La liste des régions et des établissements retenus pour participer à l'expérimentation sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes handicapées, après avis des agences régionales de santé concernées.

Le forfait santé couvrira les dépenses relatives :

– à la coordination de la prévention et des soins ;

(1) M. Philippe Denormandie, Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social : ne pas avoir à choisir entre être accompagné et être soigné, octobre 2019. Ce rapport n'a pas encore été rendu public au moment de la publication de ce rapport.

(2) Objectif mentionné à l'article L. 314 -3 -1 du code de l'action sociale et des familles.

– aux soins liés aux fonctions d’entretien et de continuité de la vie et visant à compenser une diminution d’autonomie ;

– aux soins et actes de réadaptation et d’accompagnement à l’autonomie.

Les dépenses concernant les autres soins que ceux compris dans le forfait santé, en particulier les soins médicaux – médicaments, y compris les molécules onéreuses, examens de laboratoire et de radiologie, consultations externes, etc. – et les actes de prévention – examens de dépistage, etc. –, sont exclues de l’expérimentation. Elles seraient prises en charge par l’assurance maladie mais non comptabilisées dans l’objectif géré par la CNSA.

Il est prévu qu’un décret en Conseil d’État précise le champ, les modalités de mise en œuvre et les conditions d’accès à l’expérimentation, ainsi que les indicateurs de suivi et les modalités de remontées d’information. Le Gouvernement remettra au Parlement un rapport d’évaluation au terme de l’expérimentation.

2. La position de la commission

À l’initiative du rapporteur général, la commission a adopté un amendement de précision rédactionnelle et de simplification ainsi qu’un amendement visant à préciser le contenu du décret relatif à l’expérimentation faisant l’objet du présent article 38 *ter*.

*

* *

Article 39

Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article propose de mettre fin au double circuit de financement des centres de lutte contre la tuberculose et contre la lèpre, en le confiant exclusivement au fonds d’intervention régional (FIR), alors que les départements assurant la gestion de ces centres disposaient jusqu’alors d’une enveloppe au titre de la dotation globale de fonctionnement (DGF).

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 39 bis

Prise en charge des vaccins du calendrier vaccinal administrés dans les centres de vaccination antiamarile

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, qui résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, vise à autoriser la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, pour la part obligatoire, des vaccins remboursables du calendrier vaccinal administrés dans des centres de vaccinations internationales (CVI).

Le I de l'article 39 *bis* crée à cette fin une section 13 intitulée « Dépenses relatives aux vaccins administrés par les centres de vaccination antiamarile » au sein du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Cette section, composée d'un unique article L. 174-21, permet la prise en charge par l'assurance maladie ou par l'aide médicale de l'État des vaccins recommandés dans le calendrier des vaccinations et remboursables, lorsqu'ils sont administrés à des enfants âgés d'au moins six ans ou des adultes, au sein des centres de vaccination antiamarile mentionnés au c du 1^o de l'article L. 3115-11 du code de la santé publique.

Liste des vaccins concernés

D'après les informations transmises au rapporteur général, les vaccins susceptibles d'être administrés dans les centres de vaccination anti-amarile dans les conditions prévues au présent article sont les vaccins les plus fréquents pour le rattrapage vaccinal des adultes ou enfants d'au moins six ans et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire :

- le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la polio (DP), et éventuellement contre la coqueluche (DTCaP ou dTcaP) ;
- le vaccin contre l'hépatite B (HVB) ;
- le vaccin contre les infections invasives à méningocoque C (MenC) ;
- le vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).

Cette prise en charge serait effectuée « *sur la base du prix d'achat constaté* » des vaccins concernés par les centres de vaccination anti-amarile, « *et dans la limite de leur prix fabricant hors taxe* » mentionné à l'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale.

Il est précisé également que la transmission électronique des documents relatifs à la prise en charge des soins, produits ou prestations remboursables par l'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale s'applique à la prise en charge des vaccins dans les centres de vaccination anti-amarile.

Selon le **II**, cet article entrera en vigueur le 1^{er} juin 2020, à l'exception des dispositions relatives à la transmission électronique des documents de prise en charge qui entreront en vigueur à une date ultérieure, fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, et « *au plus tard le 1^{er} janvier 2022* ».

Dans l'intervalle, les modalités de facturation de ces vaccins seront établies par convention entre chaque centre de vaccination anti-amarile et la caisse d'assurance maladie du département auquel il se rattache, selon un modèle-type de convention fixé par le collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

CHAPITRE III

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

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 40 crée un parcours d'accompagnement psychologique, nutritionnel et en matière d'activité physique pour les patients ayant reçu un traitement contre le cancer.

L'objectif de cette mesure est d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer grâce à un accompagnement individualisé, mis en place le plus tôt possible après la phase de traitements aigus de la maladie, pour les aider à adapter leur alimentation ou à reprendre une activité physique compatible avec leur état de santé physique et mental à l'issue du cancer.

Le parcours se compose d'un bilan d'activité physique et de bilans ou consultations de suivi nutritionnel ou psychologique : six séances de bilan ou consultations devraient être financées pour chaque patient ayant reçu un traitement contre le cancer, ce qui représente un montant estimé à 31,5 millions d'euros en année pleine.

● En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés par Mme Nathalie Elimas et ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés :

– le premier vise à préciser que la mise en place du parcours par l'agence régionale de santé (ARS) est effectuée « *en lien avec les acteurs concernés* ». Cette précision désigne notamment l'Institut national du cancer (INCa) ainsi que les associations et les établissements et professionnels de santé ;

– le second amendement précise qu'un « *dispositif spécifique est proposé pour les cancers pédiatriques, selon des modalités définies par décret* ».

L'Assemblée nationale a, en outre, adopté un amendement adopté en commission à l'initiative du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés, prévoyant la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement, au plus tard deux ans après la promulgation de la loi de financement, afin de dresser un bilan du parcours d'accompagnement et d'évaluer, notamment, les pistes d'amélioration de ce dispositif.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 40 bis

Expérimentation du financement d'un accompagnement psychologique pour les patients atteints de sclérose en plaques

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, non codifié, résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement de la commission initialement présenté par le rapporteur général.

Le **I** propose la mise en place d'une expérimentation, d'une durée de trois ans, autorisant l'État à financer un accompagnement psychologique pour les patients atteints de sclérose en plaques.

Cette expérimentation permettrait aux médecins, « *après évaluation des besoins et de la situation du patient* », d'orienter ce dernier vers une ou plusieurs consultations réalisées par un psychologue. Ces consultations donneraient lieu à une prise en charge forfaitaire financée par le fonds d'intervention régional (FIR) mentionné à l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation seront définies par décret, en particulier s'agissant du suivi des patients et du financement des consultations (**II**).

Le **III** précise que l'expérimentation fera l'objet d'un rapport d'évaluation du Gouvernement transmis au Parlement.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 41

Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article supprime l'obligation pour les personnes mineures de fournir un certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique sportive, pour les disciplines ne présentant pas de contraintes spécifiques.

Toutefois, les personnes mineures seront tenues de remplir chaque année, avec les titulaires de l'autorité parentale, une autoévaluation permettant de vérifier qu'elles ne présentent pas de contre-indication à la pratique sportive, et qu'elles ont effectué les visites médicales obligatoires prévues dans le cadre du parcours de santé.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Martine Wonner et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche visant à remplacer le terme « autoévaluation » par les mots « questionnaire de santé ».

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 41 bis

Caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 41 bis, qui résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, vise à rendre obligatoire l'entretien prénatal précoce à compter du 1^{er} mai 2020 (II).

Selon l'article L. 2122-1 du code de la santé publique, la surveillance médicale de la femme enceinte comporte « *des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme* ». Sept examens prénataux, réalisés au cours du premier trimestre puis tous les mois à partir du quatrième mois de la grossesse, sont obligatoires, ainsi qu'un examen postnatal effectué dans les huit semaines suivant l'accouchement.

Lors du premier examen prénatal, effectué au cours du premier trimestre de la grossesse, un entretien prénatal précoce (EPP) doit être proposé à la femme enceinte. Comme l'a rappelé l'exposé des motifs de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, cet entretien doit permettre aux professionnels de santé de « *repérer précocement les problématiques médico-psychosociales de la femme enceinte, d'évaluer les besoins de celle-ci en termes d'accompagnement au cours de la grossesse et de l'orienter si nécessaire vers le professionnel compétent* ».

Contrairement aux sept examens prénataux, l'EPP est facultatif. Ainsi, selon l'enquête nationale périnatale réalisée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en octobre 2017, seules 28,5 % des femmes avaient effectué un EPP en 2016, « *avec des disparités géographiques très fortes, montrant un investissement inégal des régions ou des réseaux de santé en périnatalité dans l'organisation de ces entretiens* ».

Ce rapport ajoutait que les professionnels de santé n'abordaient « *pas systématiquement la question de l'alcool et du tabac pendant la grossesse* », et concluait en conséquence que « *des progrès restent à faire* » en termes de prévention.

● Le 2^o du I complète ainsi l'article L. 2122-1 du code de la santé publique relatif à la surveillance médicale de la grossesse afin de préciser :

– d'une part, qu'à l'issue du premier examen prénatal, le médecin ou la sage-femme « *informe la femme enceinte de l'existence de l'entretien prénatal précoce obligatoire* » ;

– d’autre part, que l’objet de cet entretien « *est de permettre au professionnel de santé d’évaluer avec la femme enceinte ses éventuels besoins en termes d’accompagnement au cours de la grossesse* ». Il est précisé, en outre, que l’entretien peut être réalisé soit par un médecin, soit par une sage-femme, et ce dès que la déclaration de grossesse a été effectuée. L’entretien peut ainsi être réalisé en ville, au sein d’un établissement de santé ou d’un centre de protection maternelle et infantile (PMI).

Le 1^o du I est une disposition de coordination à l’article L. 2122-1 du même code.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 41 ter

Délivrance de substituts nicotiniques par les centres d’exams de santé et les centres de protection maternelle et infantile (PMI)

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article résulte de l’adoption en séance publique d’un amendement du Gouvernement visant à élargir les conditions de la délivrance de substituts nicotiniques, qui relève actuellement, en application de l’article L. 4211-1 du code de la santé publique, du monopole des pharmaciens.

À cette fin, l’article 41 *ter* crée un nouvel article L. 3511-4 au sein du chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre V de la troisième partie du code de la santé publique, qui autorise les professionnels de santé habilités à prescrire des substituts nicotiniques (*cf.* encadré) à délivrer gratuitement au patient ces substituts lorsqu’ils interviennent :

– dans des centres permettant la réalisation des examens de santé gratuits mentionnés au premier alinéa de l’article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ;

– dans des structures de la protection maternelle et infantile (PMI).

Professionnels de santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques

Aux termes de l'article L. 3511-3 du code de la santé publique, les professionnels de santé autorisés à prescrire des substituts nicotiniques sont :

- les médecins, y compris les médecins du travail (1°) ;
- les chirurgiens-dentistes (2°) ;
- les sages-femmes (3°) ;
- les infirmiers ou infirmières (4°) ;
- les masseurs-kinésithérapeutes (5°).

En outre, seuls les traitements substitutifs nicotiniques figurant sur la liste définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront être délivrés gratuitement. D'après les informations transmises au rapporteur général, les traitements concernés seront vraisemblablement inscrits sur la liste des substituts remboursables à 65 % par l'assurance maladie obligatoire ; néanmoins, le patient ne devrait disposer que d'un choix limité.

La délivrance des substituts nicotiniques à titre gratuit s'inscrit dans le cadre de la « *mission d'accompagnement à l'arrêt du tabac* » des professionnels de santé et ne vaut que pour « *l'initiation du traitement* ». D'après l'exposé sommaire de l'amendement, cette délivrance correspondrait à « *une première semaine de traitement, pour saisir l'occasion de l'intérêt d'arrêt du tabac* » – la durée habituelle du traitement s'étend en général de trois à six mois.

Selon les informations transmises au rapporteur général, le Gouvernement estime à 6 000 personnes environ le nombre de bénéficiaires potentiels de cette mesure au sein des centres d'exams de santé, pour un coût total de 126 000 euros par an.

Au sein des centres de la PMI, fréquentés par 152 000 personnes en file active dont 20 % de femmes enceintes, le dispositif pourrait concerner un peu moins de 15 000 femmes enceintes fumeuses et souhaitant faire une tentative d'arrêt de consommation de tabac, pour un coût estimé à 306 000 euros par an.

Au total, cette mesure coûterait donc environ 432 000 euros par an, si les estimations du Gouvernement sont confirmées dans la pratique.

Les modalités d'application de cet article seront définies par décret.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 42

Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 42 du projet de loi 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). Ainsi,

– 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 en ce qui concerne 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.

En effet, 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 arrêté 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.

● L'Assemblée nationale a adopté cet article modifié par cinq amendements rédactionnels adoptés en séance publique à l'initiative du rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 43

Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Cet article comporte plusieurs mesures visant à améliorer la pertinence des prescriptions de médicaments.

La première mesure autorise la prise en charge par l'assurance maladie des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'angine lorsqu'ils sont réalisés en pharmacie d'officine, et permet aux médecins prescripteurs de subordonner la délivrance des antibiotiques contre l'angine aux résultats d'un TROD, afin de limiter la prescription d'antibiotiques en cas d'angine virale.

La deuxième mesure instaure une pénalité financière aux laboratoires pharmaceutiques en cas de conditionnement inapproprié d'un médicament.

La troisième mesure vise à encourager le recours aux médicaments biosimilaires par les établissements de santé, en créant une incitation financière à l'achat de produits de santé permettant à l'assurance maladie de réaliser des économies.

Cet article entend également faciliter le recours aux demandes d'accord préalable, lorsque celles-ci sont justifiées soit par le caractère innovant d'un acte ou d'une prestation, soit par l'existence de risques potentiels pour le patient, soit par le caractère particulièrement coûteux de l'acte ou de la prestation en question.

À cette fin, il est permis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de déclencher une procédure d'accord préalable « *à tout moment* ».

La cinquième mesure vise à assouplir les conditions d'octroi et de mise en place des recommandations temporaires d'utilisation (RTU), qui permettent d'encadrer et de sécuriser l'utilisation d'un médicament ou d'une prescription non conforme à une autorisation de mise sur le marché (AMM). Le dispositif proposé permet ainsi au prescripteur d'avoir recours à une RTU dès lors que la spécialité en question « *répond aux besoins du patient* », y compris si elle ne présente pas un caractère indispensable.

La dernière mesure met en place une démarche plus graduée et plus dissuasive de pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé n'ayant pas modifié durablement leur pratique de prescription excessive.

- Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement complétant l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale par un 7° *bis* afin de renvoyer à la convention nationale conclue entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations syndicales représentatives des pharmaciens titulaires d'officine le soin de définir la tarification des honoraires dus aux pharmaciens, par les assurés sociaux, « *au titre de la réalisation de bilans de médication ou d'entretiens d'accompagnement ou de suivi de patients atteints d'une pathologie chronique* ». Selon l'exposé sommaire de l'amendement adopté, ces missions pourront désormais « *être payées sous forme de rémunération forfaitaire* ».

L'amendement adopté précise en outre que la convention entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des pharmaciens déterminera les « *critères d'éligibilité et conditions de réalisation* » des bilans ou entretiens donnant droit à rémunération.

En pratique, il s'agit de mettre en cohérence les modes de rémunération des pharmaciens avec le développement de nouvelles missions depuis plusieurs années, telles que des actions de dépistage ou d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques. Ces missions, également appelées « entretiens pharmaceutiques » ou « bilans partagés de médication » (BPM), font actuellement l'objet d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Les pharmaciens réalisant des entretiens pharmaceutiques ou bilans entre janvier et décembre de l'année N sont ainsi payés en mars N+1. Or, ce délai élevé entre le moment où le pharmacien a réellement accompagné le patient et celui où il perçoit le paiement peut décourager ou démotiver certains pharmaciens. De plus, en 2018, un changement de formule des accompagnements ainsi que des dysfonctionnements techniques relatifs notamment à la saisie des accompagnements par les pharmaciens ont suscité de l'incompréhension de la part

de certains pharmaciens. La rémunération forfaitaire devrait permettre de limiter ces difficultés de paiement.

Selon les informations transmises au rapporteur général, cette nouvelle modalité de rémunération des pharmaciens sera opérationnelle dès le printemps 2020.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

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

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 44, dans sa version initiale, 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 ;⁽¹⁾

– 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.

(1) *Décision n° 2018-757 QPC du 25 janvier 2019, Société Ambulances-taxis du Thoré.*

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.

• Outre des amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement adopté par la commission à l'initiative du rapporteur général permettant d'étendre le champ des expérimentations « article 51 » à la participation de chirurgiens-dentistes libéraux aux centres régulant les appels d'urgence médicale.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 44 bis

Ouverture de la biologie délocalisée

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

L'article 44 *bis* résulte de l'adoption en séance d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission. Il doit être mis en perspective avec l'article 44 du présent projet de loi, qui permet de développer dans un premier temps certains projets de biologie délocalisée dans un cadre expérimental.

a. Le contexte

Pour mémoire, comme le souligne la Cour des comptes dans son rapport public annuel pour 2019, 60 à 70 % des passages aux urgences sont constitués par des patients dont l'état est stable mais qui ont besoin d'examens complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examens complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement adopté, ce sont ainsi 8,1 % des patients pris en charge aux urgences qui auraient pu être pris en charge en ville à condition de pouvoir voir un médecin et de faire pratiquer des examens complémentaires le jour même.

Dès mai 2018, le rapport rendu au Gouvernement par notre collègue Thomas Mesnier ⁽¹⁾ soulignait déjà la nécessité d'adapter le cadre d'exercice de la biologie médicale « *pour permettre, dans un cadre territorial porté à la connaissance de l'ARS et validé par elle, aux maisons de santé et aux organisations de soins non programmés de pouvoir s'organiser différemment, afin, selon les situations et notamment la distance des laboratoires médicaux et leurs horaires de fonctionnement, de faire elles-mêmes non seulement les prélèvements mais aussi les analyses* ».

Dans la continuité de cette proposition, le Gouvernement a annoncé dans son pacte pour la refondation des urgences présenté en septembre 2019 que « *la pratique d'examens de biologie médicale simple et automatisés (glycémie, gaz du sang, hématologie, marqueurs cardiaques, ionogrammes...) sera rendue possible dans les cabinets libéraux, les maisons et les centres de santé. À l'issue d'une consultation sans rendez-vous, les patients pourront donc réaliser sans attendre les examens nécessaires dans le même lieu et obtenir leurs résultats dans des délais courts, sous la supervision d'un biologiste médical* ». Dans ce cadre, 55 millions d'euros seront destinés à financer de nouveaux équipements à compter de 2020.

b. Le dispositif proposé

Le présent article permet l'ouverture de la biologie délocalisée aux structures de premier recours.

Le 1^o assouplit la possibilité de réaliser la phase de prélèvement en dehors d'un laboratoire. Il modifie en effet l'article L. 6211-13 du code de la santé publique, qui prévoit déjà que la phase de prélèvement peut être réalisée en dehors d'un laboratoire si ce dernier est en incapacité de le faire, en précisant que cette incapacité doit s'apprécier dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient.

Parallèlement, le 2^o assouplit la possibilité de réaliser la phase analytique d'un examen de biologie médicale en dehors d'un laboratoire de biologie médicale.

Aujourd'hui, cette possibilité n'est ouverte « *qu'au cas où elle est rendue nécessaire par une décision thérapeutique urgente* » : le présent article modifie l'article L. 6211-18 du code de la santé publique et remplace cette condition par celle de l'impossibilité de réaliser les examens nécessaires dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient, en miroir de la disposition proposée au 1^o.

(1) Thomas Mesnier, Assurer le premier accès aux soins – Organiser les soins non programmés dans les territoires, rapport à la ministre des solidarités et de la santé, mai 2018.

La liste d'examens et les catégories de professionnels de santé habilités à réaliser la phase analytique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale seront fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsque la phase analytique de l'examen ne sera réalisée ni dans un laboratoire de biologie médicale, ni dans l'établissement de santé dont relève éventuellement celui-ci, une convention sera signée entre le représentant légal du laboratoire et le représentant légal de la structure dans laquelle exerce le professionnel de santé. Cette convention devra fixer les procédures applicables.

Si la phase analytique est réalisée dans un établissement de santé dont relève le laboratoire, mais que le professionnel de santé réalisant l'examen n'appartient pas au laboratoire mais exerce au sein de l'établissement, les lieux de réalisation de l'examen et les procédures applicables seront déterminés par le biologiste-responsable du laboratoire de biologie médicale.

Le directeur de l'établissement veillera alors à leur application.

2. La position de la commission

La commission a adopté un amendement de M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe UDI, Agir et Indépendants, qui précise que l'arrêté fixant actuellement les lieux dans lesquels peuvent être réalisés les prélèvements délocalisés doit également expliciter les conditions dans lesquelles s'effectuent ces prélèvements.

*

* *

TITRE II PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE

CHAPITRE I^{ER} Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45 **Indemnisation du congé proche aidant**

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● L'article 45 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.

● Outre quatre amendements rédactionnels du rapporteur général, cet article a fait l'objet de plusieurs amendements adoptés en séance publique :

– un amendement (rectifié) de coordination du rapporteur général, avec avis favorable du Gouvernement, relatif à l'architecture des dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Il permet de regrouper au 2^o du IV de cet article, dans lequel figurent des dépenses d'accompagnement des proches aidants, les dépenses liées à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) donnant lieu à un remboursement par la CNSA ;

– un amendement du Gouvernement supprimant la condition d'ancienneté pour bénéficier du congé de proche aidant, aujourd'hui fixée à un an, par analogie avec le congé de présence parentale et le congé de solidarité familiale ;

– deux amendements, ayant recueilli les avis favorables de la commission et du Gouvernement, précisant le contenu du rapport relatif à la mise en œuvre de l'allocation journalière du proche aidant que le Gouvernement doit remettre au Parlement au plus tard le 1^{er} janvier 2022 :

- le premier amendement, adopté en commission à l'initiative de Mme Nathalie Elimas et de plusieurs de ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés⁽¹⁾, précise que le rapport doit étudier « *le nombre de bénéficiaires concernés, le nombre de jours consommés ainsi que les éventuelles modifications à apporter à cette allocation, qu'il s'agisse de sa durée, de son montant ou de ses conditions d'attribution* » ;
- le second amendement, porté par M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe UDI, Agir et Indépendants, prévoit que le rapport « *dresse un état des lieux et établit des recommandations concernant la situation des jeunes aidants en prenant en compte l'ensemble des répercussions dans leur vie quotidienne en matière d'emploi ou d'études, ainsi que sur leur vie sociale et leur état de santé* ».

(1) Un amendement identique à celui adopté par la commission a été déposé par Mme Elimas et plusieurs de ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés en séance.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par un amendement présenté par M. Paul Christophe et plusieurs membres du groupe UDI, Agir et Indépendants. Il prévoit que le rapport du Gouvernement mentionné à l'article 45 évalue également la pertinence d'une extension du droit au congé de proche aidant dans les jours qui suivent immédiatement le décès de la personne aidée.

*
* *

Article 45 bis

Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● L'article 45 *bis* ouvre le droit de fractionner le congé de présence parentale et de l'utiliser dans le cadre d'une activité à temps partiel. Il autorise en conséquence la modulation du montant d'allocation journalière de présence parentale dû au titre de ce congé, sur le modèle des dispositions figurant à l'article 45 du présent projet de loi s'agissant du congé de proche aidant. Ces dispositions, qui entreront en vigueur au plus tard le 30 septembre 2020, résultent de l'adoption d'un amendement déposé en séance par le Gouvernement ⁽¹⁾.

● Aux termes de l'article L. 1225-62 du code du travail, un salarié dont un enfant à charge « *est 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 bénéficie, pour une période déterminée par décret, d'un congé de présence parentale* ». Le congé est attribué pour une période maximale de 310 jours ouvrés par enfant et par maladie, sur une période de trois ans maximum par enfant, aucun de ces jours ne pouvant être fractionné.

Selon l'exposé sommaire de l'amendement, la possibilité de fractionner le congé de présence parentale en demi-journées ou de l'utiliser dans le cadre d'une activité à temps partiel devrait mieux répondre aux besoins des bénéficiaires et ainsi faciliter le recours à ce congé.

(1) Avec avis favorable de la commission.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par deux amendements identiques de Mme Charlotte Lecocq et des membres du groupe La République en Marche d'une part et, d'autre part, de M. Paul Christophe et de plusieurs membres du groupe UDI, Agir et Indépendants. Ces amendements permettent d'étendre aux fonctionnaires la possibilité de fractionner le congé de présence parentale ou de l'utiliser dans le cadre d'une activité à temps partiel.

*

* *

Article 46

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

- L'article 46 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 accidents du travail et maladies professionnelles (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.

• Cet article a fait l'objet de plusieurs amendements rédactionnels du rapporteur général.

En outre, à l'initiative de M. Dominique Potier et de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de clarification de la commission des affaires sociales précisant que le lien de causalité entre l'exposition et la pathologie est « établi » plutôt qu'« avéré ».

Un amendement présenté par Mme Albane Gaillot (groupe La République en Marche) et plusieurs de ses collègues, avec l'avis favorable du Gouvernement, inscrit dans la loi, s'agissant des demandes présentées pour le compte des enfants victimes de pesticides visés par le présent article 46⁽¹⁾, le délai au terme duquel le fonds est tenu de présenter une offre à compter de la réception d'une demande, plutôt que de renvoyer la définition de ce délai à un décret en Conseil d'État. Toutefois, il ne sera applicable qu'à compter du 1^{er} janvier 2021 dans la mesure où le fonds d'indemnisation ne devrait pas être pleinement opérationnel avant mi-2020.

Un amendement proposé par le rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement, a permis de clarifier les règles de prescription pour saisir le fonds.

Enfin, un amendement de M. Dominique Potier et des membres du groupe Socialistes et apparentés, ainsi qu'un amendement identique de Mme Albane Gaillot (groupe La République en Marche) et de plusieurs de ses collègues, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement, prévoit la remise au Parlement d'un rapport évaluant les conséquences, quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds, de la définition des pesticides retenue, par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles, qui intègre les antiparasitaires vétérinaires.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par un amendement du rapporteur général tendant à instaurer, à titre transitoire, un délai d'instruction de douze mois pour les demandes présentées au fonds d'indemnisation en 2020 s'agissant des enfants victimes de pesticides visés par le présent article 46.

*

* *

(1) Cet amendement modifie le nouvel article L. 491-3 du code de la sécurité sociale consacré à l'instruction des demandes d'indemnisation présentées pour le compte des 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. Les modalités d'examen des dossiers des victimes professionnelles sont définies par le nouvel article L. 491-2 du même code qui renvoie à un décret le soin de définir les procédures d'instruction pour ces assurés.

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

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 47 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 (SSR), mais aussi des établissements et services médico-sociaux (ESMS) accueillant des accidentés de la route⁽¹⁾. Cette participation financière serait assurée dans la limite du plafond fixé à 26 millions d'euros par le II de l'article 49 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006. Ce montant correspond à une évaluation, par la loi de finances pour 2019⁽²⁾, du surcroît de recettes résultant de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse maximale sur certaines routes.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) En réponse à un questionnaire de la commission des affaires sociales, la direction de la sécurité sociale indique que l'instruction n° DGOS/R1/DSS/DGCS/DSR/2019/28 du 6 février 2019 relative à l'appel à projets auprès des agences régionales de santé pour la modernisation des structures sanitaires et médico-sociales destinées à la prise en charge des accidentés de la route vise les structures « qui accompagnent une part importante de personnes en situation de handicap suite à un accident de la route ». Le contrôle de ce critère se fera sur la base des informations fournies par chaque structure dans le formulaire de demande de subvention. Celui-ci doit préciser le nombre de personnes accueillies à la suite d'un accident de la route.

(2) Article 89 de la loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019.

CHAPITRE II

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48

Création du service public de versement des pensions alimentaires

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

• 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, tels qu'un acte reçu en la forme authentique par un notaire, 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.

• Cet article n’a fait l’objet que d’amendements rédactionnels portés par le rapporteur général, ce qui souligne en creux l’adhésion que ce dispositif a suscité sur tous les bancs de l’Assemblée nationale, qui a voté cet article à l’unanimité.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 49

Améliorer l’information sur l’accès aux modes d’accueil des jeunes enfants

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture par l’Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

• 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.

S’agissant des EAJE, cela se traduirait par la généralisation d’un dispositif actuellement proposé sur la base du volontariat, permettant aux parents d’avoir accès à ces informations sur un site dédié.

S’agissant des assistants maternels, le présent article 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.

Le manquement aux obligations pesant sur les assistants maternels peut entraîner, selon des modalités qui doivent être définies par décret, des sanctions pouvant aller jusqu’au retrait de l’agrément.

• L’Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, visant à :

- faire de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) l’unique destinataire des informations destinées à alimenter le site www.mon-enfant.fr;

– confier explicitement à la CNAF la mission de créer ce service unique d'information des familles.

2. La position de la commission

La commission a adopté, à l'initiative de son rapporteur, un amendement qui dispose que le manquement des assistants maternels à la nouvelle obligation de déclaration qui s'impose à eux ne peut aller jusqu'à la suspension ou, pour ce seul motif, au retrait d'agrément.

Il a paru au rapporteur général que, si la valeur du dispositif pour les familles ne saurait être contestée, le manquement au renseignement de données sur un site internet ne pouvait donner lieu à des sanctions disproportionnées.

En effet, dans sa rédaction actuelle, le code de l'action sociale et des familles prévoit que :

– la suspension de l'agrément s'applique, au titre de l'article L 421-6 du code de l'action sociale et des familles, à des cas d'urgence déterminés par le président du conseil départemental. Cette suspension, qui ne peut excéder quatre mois, concerne généralement des cas de manquement grave, notamment quand le conseil départemental est informé de faits de maltraitance, en particulier d'agression sexuelle, causés par une personne de l'entourage de l'assistant maternel ou familial ;

– le retrait d'agrément, prévu à l'article L 421-6, emporte des conséquences lourdes. Il se fait à l'initiative du président du conseil départemental, et n'est pas soumis aux mêmes conditions d'urgence que la suspension. Néanmoins, les procédures de retrait d'agrément concernent principalement le refus de suivre une formation obligatoire, des faits de maltraitance comparables à ceux qui peuvent justifier une suspension d'agrément ou une situation autre, incompatible avec l'accueil de mineurs. Comme la suspension, le retrait d'agrément entraîne la rupture immédiate du contrat de travail signé entre les responsables du mineur et l'assistant maternel.

*

* *

Article 49 bis

Extension du bénéfice du complément de mode de garde aux signataires d'un contrat de service civique

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 49 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement en séance publique, avec l'avis favorable de la commission.

Le complément de mode de garde (CMG), défini à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, vise à faciliter l'emploi par un ménage ou une personne d'un assistant maternel ou d'une personne agréée pour assurer la garde d'un enfant.

Sont éligibles à cette aide les personnes exerçant une activité professionnelle, à l'exception des personnes :

– poursuivant des études ;

– bénéficiant de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS), de l'allocation temporaire d'attente (ATA) ou du revenu de solidarité active (RSA), lorsque les bénéficiaires de cette dernière allocation sont inscrits « *dans une démarche d'insertion professionnelle dont les modalités sont définies par décret en Conseil d'État* ».

Le présent article étend cette exception aux personnes ou aux couples signataires d'un contrat de service civique. Ce dispositif, qui a fait l'objet d'une motion du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales en sa faveur, permettra donc aux parents en service civique de faire garder leurs enfants durant leur mission.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 50

Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 51

Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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. Il supprime notamment les conditions tenant au « zonage » (90 % des communes du département concerné devaient être en zone de revitalisation rurale dans le droit en vigueur) et à une expérimentation préalable.

● L'Assemblée nationale a adopté au stade de l'examen en séance publique un amendement de coordination présenté par le rapporteur général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 51 bis

Mise en place d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, adopté à l'initiative de Mme Carole Grandjean et de ses collègues du groupe La République en Marche après avoir reçu des avis favorables de la commission et du Gouvernement, modifie l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, relatif au rôle des organismes nationaux de sécurité sociale en matière de contrôle et de lutte contre la fraude, en vue de prévoir un programme de contrôle et de lutte contre la fraude, dans le cadre du plan de contrôle interne prévu à l'article L. 114-8-1.

Ce programme, dont le contenu a vraisemblablement vocation à être précisé par voie réglementaire, viendrait donc compléter :

– les objectifs fixés par les conventions d'objectifs et gestion (COG) signées entre le Gouvernement et les caisses nationales de sécurité sociale, ainsi que l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et retracés dans les programmes de qualité et d'efficience (PQE), annexés au projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

– les éléments produits par ces organismes dans leurs rapports d'activité respectifs.

Cet article comme les trois suivants sont inspirés des travaux conduits par Mme Grandjean, avec la sénatrice Nathalie Goulet, dans le cadre de la mission relative à la lutte contre les fraudes sociales que leur avait confiée le Premier ministre le 28 mai dernier.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 51 ter

Précision du contenu du droit de communication entre administrations

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, adopté à l'initiative de Mme Carole Grandjean et de ses collègues du groupe La République en Marche après avoir reçu des avis favorables de la commission et du Gouvernement, modifie l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, en vue de préciser que le droit de communication mutuel des « *renseignements* » nécessaires à la lutte contre la fraude dont disposent l'ensemble des organismes de sécurité sociale, les caisses de congés payés, Pôle emploi ou les administrations de l'État, s'applique également aux « *données ou documents s'y rapportant* ». Dans l'hypothèse où l'ambiguïté de la notion de « *renseignements* » ne couvrirait pas l'ensemble des fichiers ou pièces que les administrations souhaiteraient échanger⁽¹⁾, le présent article permettrait de sécuriser juridiquement de tels transferts.

Pour rappel, aux termes du dernier alinéa de ce même article, ces « *informations* » ont juridiquement « *la même valeur que les données détenues en propre* ». Elles peuvent donc être utilisées par les administrations pour instruire des procédures, et sont probantes dans le cadre d'une éventuelle contestation juridictionnelle. En élargissant le champ des pièces probantes transmissibles, l'article devrait donc en principe favoriser l'établissement d'une fraude par les organismes concernés.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Il semble toutefois que l'article L. 114-16-1 – certes plus restreint en théorie puisqu'il porte sur l'habilitation au niveau des agents chargés de la lutte contre la fraude et non sur les relations entre organismes – prévoit bien l'échange de « tous documents utiles ».

Article 51 quater

Insertion des agents des ARS dans la liste des agents habilités à échanger des renseignements et documents utiles

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, adopté à l'initiative de Mme Carole Grandjean et de ses collègues du groupe La République en Marche après avoir reçu des avis favorables de la commission et du Gouvernement, complète la liste prévue à l'article L. 114-16-3 du code de la sécurité sociale des agents habilités à échanger des informations et documents en matière de lutte contre la fraude en y ajoutant les agents des agences régionales de santé (ARS).

Les agents des ARS ont ainsi régulièrement l'occasion de détecter certains types de fraude très spécifiques, dans le domaine de la santé, comme en matière de transports ⁽¹⁾, ou participent de manière plus systématique aux politiques de lutte contre la fraude dans le cadre de conventions de partenariat en matière de « *gestion du risque et d'efficience du système de soins* » avec les organismes de sécurité sociale, dans le cadre prévu à l'article L. 182-2-1-1 du même code ⁽²⁾.

Ces derniers rejoignent ainsi les agents compétents en matière de lutte contre le travail illégal, à savoir les agents chargés de la lutte contre la fraude fiscale, les agents de contrôle ou de gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale, de Pôle emploi ou de l'Unédic, au sein de ce « réseau d'échanges » dans la lutte contre la fraude.

Dans le même esprit, les auteurs de l'amendement n'ont pas dissimulé dans l'exposé sommaire de ce dernier leur souhait de voir les agents des ARS rejoindre les comités opérationnels départementaux antifraudes (CODAF), créés en 2008 ⁽³⁾, pour coordonner sous la double houlette du préfet et du procureur de la République du ressort départemental les actions en matière de fraude. Une telle évolution ressortit néanmoins au domaine réglementaire.

(1) À titre d'exemple, l'ARS Grand Est a ainsi participé en 2016 à la détection d'une fraude importante aux transports de malades, à travers des contrôles de terrain conjoints avec la caisse primaire d'assurance maladie et la police. https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/dp_fraudes_190517.pdf (p. 11)

(2) À titre d'exemple, la convention signée entre l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur et le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, du 5 octobre 2018 : <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2018-12/Convention%20de%20partenariat%20pour%20la%20mise%20en%20oeuvre%20du%20plan%20pluria%20muel%20r%20C3%A9gional%20de%20gestion%20du%20risque.pdf>.

(3) Décret n° 2008-371 du 18 avril 2008 relatif à la coordination de la lutte contre les fraudes et créant une délégation nationale à la lutte contre la fraude.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 51 quinquies

Remise d'un rapport sur le répertoire national commun de la protection sociale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 51 *quinquies*, adopté à l'initiative de Mme Carole Grandjean et de ses collègues du groupe La République en Marche après avoir reçu des avis favorables de la commission et du Gouvernement, prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement dans un délai de neuf mois portant sur les « *modalités de gestion et d'utilisation du répertoire national commun de la protection sociale* » (RNCPS).

Pour rappel, le RNCPS a été instauré par la LFSS 2007⁽¹⁾ afin de créer une base de données nominatives commune à l'ensemble des organismes de sécurité sociale, et ouverte aux échanges avec les autres administrations dans les conditions prévues aux articles L. 114-12 et suivants du code de la sécurité sociale.

Le répertoire a fait l'objet de vives critiques de la part de Mme Grandjean et de la sénatrice Nathalie Goulet, toutes deux missionnées par le Gouvernement sur le sujet de la fraude aux cotisations sociales, prolongeant les conclusions d'autres travaux (*cf. infra*).

Le rapport gouvernemental pourrait permettre d'actualiser la littérature disponible sur ces questions, notamment :

– le rapport IGAS-IGF de février 2016 sur « l'optimisation des échanges de données entre organismes de protection sociale »⁽²⁾ ;

– le rapport de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale du Sénat de juin 2017 sur la lutte contre la fraude sociale⁽¹⁾ ;

(1) Article 138 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006.

(2) <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-090R1.pdf>.

– le rapport de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général de la commission des affaires sociales du Sénat, sur les conséquences de la fraude documentaire sur la fraude sociale, de juin dernier ⁽²⁾ ;

– les éléments publiés en septembre dernier par la direction de la sécurité sociale, l’Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), la Caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) ⁽³⁾.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 52

Revalorisation différenciée des prestations sociales

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture.

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

● Par dérogation à l’article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, l’article 52 prévoit pour 2020 une revalorisation à hauteur de 0,3 % des allocations et plafonds de ressources relevant de ce même article L. 161-25.

Cette revalorisation maîtrisée concerne notamment

– les pensions de vieillesse de base pour les assurées dont la retraite globale est supérieure à 2 000 euros bruts par mois ;

– les pensions d’invalidité dont le montant est supérieur à 2 000 euros bruts par mois ;

– les prestations familiales (mais pas leur plafond de ressources qui restera indexé selon les modalités de droit commun).

(1) http://www.senat.fr/rap/r16-599/r16-599_mono.html ; dans ce rapport, les sénatrices Agnès Canayer et Anne Emery-Dumas pointaient que « le RNCPS (répertoire national commun de la protection sociale), outil sur lequel beaucoup d’espoirs ont été fondés, ne remplit qu’imparfaitement ce rôle d’échange d’informations entre les organismes, la fiabilité des données qu’il contient étant insuffisante » (p. 50).

(2) <https://www.senat.fr/rap/r18-545/r18-5451.pdf>.

(3) <https://www.insee.fr/fr/information/4210210>.

En revanche, 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 – seront revalorisées, conformément au droit commun, au niveau de l'inflation constatée, estimée à 1 % pour 2020. Il s'agit en particulier :

– des pensions de vieillesse de base pour les assurés dont la retraite globale est inférieure à 2 000 euros bruts par mois, avec une mesure de lissage entre 2 000 euros et 2 014 euros pour limiter les cas d'inversion de la hiérarchie des pensions entre deux retraites situées de part et d'autre du seuil ;

– des pensions d'invalidité dont le montant est inférieur à 2 000 euros bruts par mois, avec une mesure de lissage entre 2 000 euros et 2 014 euros ;

– des majorations de pensions de retraite qui s'adressent aux plus modestes (majoration de la pension de retraite pour conjoint à charge, etc.) ;

– de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA).

Cet article 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.

• Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, l'Assemblée a adopté en séance, avec l'avis favorable de la commission, un amendement du Gouvernement visant à supprimer les dispositions qui prévoyaient d'aligner sur le régime général les modalités de revalorisation des pensions de retraite de base des avocats.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 53

Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

• L'article 53 contient un dispositif de substitution automatique de la pension de retraite au moment de l'âge légal de départ à la retraite à l'allocation

aux adultes handicapés (AAH) afin de garantir la continuité des droits des assurés entre l'AAH et la retraite. Il a été précisé, au cours de l'examen du projet de loi en première lecture à l'Assemblée nationale, que ce nouveau dispositif ne remet pas en cause la possibilité de cumuler l'AAH et une pension de retraite, cette possibilité étant réservée aux bénéficiaires de l'« AAH-1 », c'est-à-dire aux allocataires présentant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 %. En effet, l'article 53 préserve le caractère différentiel de l'AAH, qui pourra toujours être perçue en complément d'un avantage vieillesse, invalidité ou d'une rente accident du travail dès lors que le montant de l'AAH et de cet avantage ou de cette rente n'excède pas le montant de l'AAH à taux plein (900 euros par mois au 1^{er} novembre 2019) ⁽¹⁾.

- L'article 53 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. Ils pourront toutefois continuer à demander l'APSA dès 65 ans sous réserve de demander la liquidation de leurs droits à la retraite. *In fine*, 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.

- Cet article a fait l'objet d'un amendement rédactionnel du rapporteur général en séance ainsi que d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général, visant à étendre les dispositions de l'article 53 aux non-salariés agricoles.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

(1) Environ 135 000 bénéficiaires de l'AAH-1 cumulaient cette prestation avec un avantage vieillesse, invalidité ou une rente d'accident du travail en juin 2018, selon la direction de la sécurité sociale.

Article 54

Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP des employeurs

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

● L'article 54 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.

● À l'initiative du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté en séance plusieurs amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement, adopté en commission, tendant à étaler dans le temps la dématérialisation de la notification des décisions relatives à la fixation du taux de cotisation AT-MP. Il prévoit de renvoyer à un décret la possibilité de fixer un délai plus long pour l'extension de cette obligation aux entreprises de moins de 150 salariés, ce délai ne pouvant néanmoins aller au-delà du 1^{er} janvier 2022.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article modifié par un amendement du rapporteur général tendant à clarifier les conditions d'application de la pénalité prévue à l'encontre de l'employeur qui n'aurait pas réalisé les démarches nécessaires à la notification dématérialisée du taux de cotisation AT-MP.

*

* *

Article 55

Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée

Origine de l'article : projet de loi, modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.
Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● Cet article instaure plusieurs dispositions visant à améliorer la prise en charge de l'invalidité, d'une part, et à encourager le retour à l'emploi des bénéficiaires de pensions d'invalidité, d'autre part.

Il propose à cette fin :

– de clarifier les conditions médicales d'ouverture du droit à la pension d'invalidité ;

– de réformer le mécanisme d'écrêtement applicable en cas de cumul entre une pension d'invalidité et des revenus d'activité professionnelle, afin d'encourager le maintien ou le retour à l'emploi des bénéficiaires d'une pension d'invalidité ;

– d'instaurer une durée maximale de cumul entre les indemnités journalières et le cumul emploi-retraite, afin de mieux encadrer le cumul du bénéfice d'une pension avec d'autres revenus d'activité ;

– de supprimer la possibilité de cumul entre une pension d'invalidité et la retraite progressive ;

– de revaloriser le montant des pensions d'invalidité des non-salariés agricoles, en modifiant le mode de calcul de ces pensions.

● La rédaction initiale de l'article proposait également de modifier les conditions requises pour bénéficier de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de rénover les modalités de calcul de cette allocation et de la revaloriser à titre exceptionnel au mois d'avril 2020, ainsi que de supprimer le recouvrement sur succession de l'ASI.

Toutefois, ces dispositions ont été supprimées par un amendement du Gouvernement adopté en séance publique, pour un motif de coordination : le financement de l'ASI relève en effet du programme 157 *Handicap et dépendance* du projet de loi de finances. Deux amendements visant à réintroduire ces mesures au sein du projet de loi de finances ont en effet été adoptés en séance publique, lors de l'examen en première lecture par l'Assemblée nationale de la seconde partie du projet de loi de finances ⁽¹⁾.

L'Assemblée nationale a également adopté deux amendements rédactionnels présentés par le rapporteur général.

(1) Cf. amendements [II-2195](#) et [II-2199](#).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 56

Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

- L'article 56 contient plusieurs mesures visant à mieux prévenir la désinsertion professionnelle ou à revoir le montant 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 (IJ) pour maladie à partir du trente et unième jour pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge. Actuellement, les 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). 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. Désormais, le taux de remplacement, qui doit être fixé par décret en Conseil d'État, s'élèverait à 50 % des revenus antérieurs pour tous les assurés durant toute la durée de l'arrêt de travail, quel que soit le nombre d'enfants à charge.

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).

- Outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable de la commission, un amendement du

Gouvernement et un amendement identique de Mme Charlotte Lecocq et de plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche. Il vise à autoriser, pendant une durée de deux ans, l'expérimentation de plateformes départementales pluridisciplinaires en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au sein d'un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladie.

Ces plateformes auraient pour mission de coordonner l'intervention des différents services de l'assurance maladie et des services de santé au travail, tout en associant le cas échéant d'autres acteurs. Elles seraient chargées de réaliser un diagnostic de la situation de l'assuré et de définir un parcours d'accompagnement approprié dès qu'un salarié en arrêts de travail fréquents ou prolongés sera signalé par son employeur, par un service social ou par un professionnel de santé.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

TITRE III DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE 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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, adopté sans modification à l'Assemblée nationale, 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).

Il prévoit ainsi :

– une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au FMESPP de 649 millions d'euros ;

– une contribution de la CNSA au financement des ARS de 139 millions d'euros, en hausse par rapport à 2018 (137 millions d'euros) ;

– 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).

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 57 bis

Unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale

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

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

L'article 57 bis résulte de l'adoption en séance d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales.

a. Le contexte : la réforme du contentieux de la sécurité sociale

L'article 12 de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle a profondément transformé les juridictions sociales.

Avant cette réforme, le contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale était réparti entre les tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), les tribunaux du contentieux de l'incapacité (TCI), et pour partie les commissions départementales d'aide sociale (CDAS).

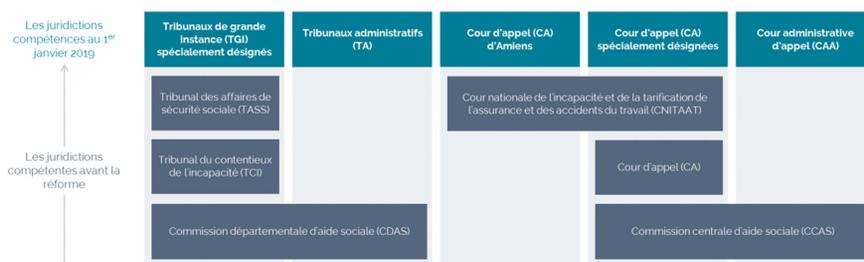
Au 1^{er} janvier 2019, ces contentieux ont été transférés au sein des pôles sociaux de cent seize tribunaux de grande instance (TGI), spécialement désignés. Certains litiges, jusqu'alors traités par les CDAS, comme les décisions liées à

l'allocation personnalisée d'autonomie, ont quant à eux été transférés au juge administratif.

L'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice a permis de préciser certaines des dispositions de cette réforme.

Les modalités du nouveau recours amiable obligatoire préalable à la saisine du tribunal prévu par la loi de 2016 ont été précisées par décret en octobre 2018⁽¹⁾. La compétence de la nouvelle commission médicale de recours amiable (CMRA) recouvre notamment les contestations relatives à l'état d'incapacité permanente de travail consécutif à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (AT-MP).

Quels sont les juridictions compétentes pour quels contentieux ?



Source : ministère de la justice.

b. Les modifications apportées par le présent article

Le présent article supprime l'expertise médicale spécifique prévue aux articles L. 141-1 et L. 141-2 du code de la sécurité sociale pour le contentieux général de la sécurité sociale.

Pour mémoire, aujourd'hui, seules les contestations relevant du contentieux technique de la sécurité sociale (par exemple, la fixation du taux d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente d'une victime d'AT-MP) sont soumises à un recours préalable obligatoire, qui relève de la compétence des CMRA. Les contestations de nature médicale dans le champ du contentieux général (par exemple sur la reconnaissance de l'AT-MP) relèvent en revanche de la procédure d'expertise prévue à l'article L. 141-1, qui ne constitue pas, quant à elle, un recours préalable obligatoire.

Comme le souligne l'exposé des motifs de l'amendement adopté, cette modification, source d'efficacité et d'amélioration des relations entre les assurés et les organismes, permettra de soumettre l'ensemble de ces contestations aux commissions médicales de recours amiable. Elle évitera en particulier les situations actuelles où l'assuré se trouve dans l'obligation de soumettre sa

(1) Décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale.

contestation à la fois à la CMRA et à la procédure d'expertise encore prévue par le code de la sécurité sociale.

Le **b** du **1°** du **I** abroge donc le chapitre I^{er} du titre 4 du livre I^{er} du code de la sécurité sociale relatif à cette expertise spécifique. Son **c** reprend les dispositions aujourd'hui prévues à l'article L. 141-2-1, ainsi abrogé, dans un nouvel article L. 142-10-2, prévoyant que les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique.

Les autres dispositions du **I** effectuent les coordinations nécessaires dans le code de la sécurité sociale.

Le **II** modifie le **IV** de l'article 96 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, qui rend le passage en CMRA obligatoire dès le 1^{er} janvier 2020. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, la suppression progressive de l'expertise prévue par l'article L. 141-1 au profit de la CMRA pourra ainsi se faire progressivement pour le régime général et le régime agricole, avec une mise en œuvre complète au plus tard au 1^{er} janvier 2022. En effet, cette évolution représenterait une augmentation du volume de dossiers soumis aux CMRA de 50 000 par an environ – alors même que ces commissions ne traitent à l'heure actuelle que 20 000 dossiers par an environ.

Le **III** précise que ces dispositions seront applicables aux contestations, aux recours préalable et aux recours juridictionnels introduits à compter d'une date qui sera fixée par décret en Conseil d'État, et au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

Cet article, adopté sans modification à l'Assemblée nationale, porte approbation des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'année 2020, tels qu'ils ressortent des dispositions du présent projet de loi, et notamment des dispositions du titre I^{er} de la quatrième partie, soit :

- 223,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires ;
- 222,3 milliards d'euros pour le régime général.

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 59

ONDAM et sous-ONDAM

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, avec modifications.

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

Cet article, adopté sans modification à l'Assemblée nationale, porte approbation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour l'année 2020, fixé à 205,3 milliards d'euros en première lecture.

2. La position de la commission

La commission des affaires sociales a, en nouvelle lecture, adopté un amendement du Gouvernement augmentant le niveau de l'ONDAM, afin de tirer

les conséquences des annonces en faveur de l'hôpital public présentées par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé le même jour.

L'ONDAM ainsi que les sous-objectifs pour 2020 ainsi modifiés sont fixés selon les modalités retracées dans le tableau suivant, les comparant avec les prévisions rectifiées pour 2019 à l'article 6 du présent projet de loi et avec les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale en première lecture.

(en milliards d'euros)

	ONDAM 2019 rectifié	ONDAM 2020 (adopté en première lecture)	ONDAM 2020 (adopté par la commission en nouvelle lecture)
Dépenses de soins de ville	91,4	93,6	93,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	82,6	84,2	84,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	9,9	10,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7	11,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	3,5
Autres prises en charge	2	2,4	2,4
Total	200,4	205,3	205,6

Source : PLFSS 2020.

La progression de l'ONDAM, initialement prévue à 2,3 %, est ainsi portée à 2,45 %, soit 300 millions d'euros supplémentaires.

Les établissements de santé seront les principaux bénéficiaires de cette hausse. Ainsi, l'augmentation du sous-objectif de l'ONDAM « établissements de santé », initialement prévue à 2,1 % (84,2 milliards d'euros de dépenses), est portée à 2,4 % (84,4 milliards d'euros de dépenses, contre 82,6 milliards d'euros en 2019), soit le même niveau d'augmentation que pour les dépenses de soins de ville.

Les mesures de revalorisation du métier d'aide-soignant bénéficieront quant à elles aux personnels hospitaliers mais également à ceux du secteur médico-social. Le sous-objectif « contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées », est donc également relevé, et porté à 10 milliards d'euros au lieu de 9,9 milliards d'euros (soit une hausse de 3,5 % de ce sous-objectif, au lieu des 2,8 % initialement prévus, par rapport aux 9,6 milliards d'euros qui lui étaient alloués en 2019).

Selon les annonces du Gouvernement, l'ONDAM sera porté à 2,4 % en 2021 et 2022. Pour la période 2020-2022, l'ONDAM augmentera donc de

1,5 milliard d'euros de plus par rapport à ce que prévoyait la programmation pluriannuelle.

*
* *

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 61

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

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 62

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 63

Objectifs de dépenses de la branche famille

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● L'article 63 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2020 à 50,3 milliards d'euros.

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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 64

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires en 2019**

Origine de l'article : projet de loi.

Position de la commission : maintien de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

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

● 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.

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

2. La position de la commission

La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

COMPTES RENDUS DES TRAVAUX

I. AUDITION DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Lors de sa séance du mercredi 20 novembre 2019 à 17 heures 30, la commission procède à l'audition de Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé, sur les nouvelles mesures relatives à l'hôpital et leur articulation avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8457872_5dd56978b727d.commission-des-affaires-sociales--mme-agnes-buzyn-ministre-des-solidarites-et-de-la-sante-sur-les-20-novembre-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé ont annoncé ce matin un ensemble de mesures en faveur de l'hôpital.

La conjonction de ces annonces avec la nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2020, à laquelle nous procéderons ce soir en commission, rendait indispensable que nous puissions entendre la ministre avant d'entamer nos travaux.

Au cours de cette audition, Mme la ministre nous présentera les décisions du Gouvernement, ce qui nous permettra de mieux comprendre leur impact sur le PLFSS.

Mme la ministre devra nous quitter dans trois quarts d'heure environ mais je tiens à la remercier d'avoir su se rendre disponible très rapidement, à ma demande, afin de donner la possibilité à notre commission de travailler dans de meilleures conditions.

Comme cela vous a été indiqué hier, le rapporteur général puis les orateurs des groupes disposeront d'un temps d'intervention maximal de 3 minutes.

Mme Agnès Buzyn, ministre des solidarités et de la santé. Les Français sont profondément attachés à leur système de santé et à l'hôpital. L'hôpital constitue un des piliers de notre solidarité nationale, un des fondements de notre « vivre ensemble ».

La mobilisation des urgences et la mobilisation hospitalière du 14 novembre ont été autant de rappels des difficultés rencontrées par les personnels hospitaliers. Cette situation est en particulier le fruit de l'accumulation sur un temps long des contraintes financières ayant conduit à la crise de fonctionnement, d'investissement et d'attractivité des métiers du secteur hospitalier que nous connaissons. Cette situation, le Gouvernement en a pris la

mesure : 2018 a été l'année du premier dégel intégral des crédits hospitaliers et 2019 est la première année depuis dix ans de hausse des tarifs de l'hôpital.

La stratégie « Ma santé 2022 » lancée en septembre 2018 et la loi d'organisation et de transformation du système de santé promulguée en juillet 2019 ont posé les bases d'un nouveau modèle, adapté aux besoins actuels de la population dans chaque territoire. Cette réforme vise en particulier à instaurer une médecine libérale plus structurée afin de garantir l'accès aux soins partout dans le territoire et de désengorger l'hôpital.

En septembre 2019, fort des ouvertures permises par « Ma santé 2022 », un pacte ambitieux a été mis au point pour refonder les urgences.

Le Président de la République l'a dit : nous devons entendre le besoin exprimé par les personnels hospitaliers pour accompagner leurs efforts et poursuivre la transformation qu'ils ont engagée.

Chaque année, une partie des fonds servant au financement des hôpitaux est mise en réserve en début d'exercice à titre prudentiel. Cette année encore, grâce à l'engagement et aux efforts de chacun, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sera respecté. C'est pourquoi, pour la deuxième année consécutive, l'intégralité des crédits mis en réserve, soit 415 millions d'euros, sera restituée aux établissements de santé.

Pourtant, il manquait un soutien aux hôpitaux pour accélérer leur transformation. Les patients et leurs familles s'inquiètent et nous ont demandé d'agir. Les soignants, la semaine dernière, nous ont demandé d'agir. Vous, parlementaires, nous avez demandé d'agir.

C'est à ce gouvernement qu'il revient donc de prendre la mesure de la crise et d'apporter des solutions nouvelles et enfin efficaces, après des années de statu quo.

L'échec n'est pas une option.

Comme je vous l'ai indiqué dès le début de la discussion de ce PLFSS, nous travaillons depuis plusieurs semaines à des mesures pour l'hôpital public.

Nous avons lancé aujourd'hui le volet « Investir pour l'hôpital » dans le cadre de la dynamique engagée par « Ma santé 2022 ». Celui-ci vise à redonner de la souplesse et des marges de manœuvre pour améliorer le quotidien des hospitaliers et mieux les accompagner dans la transformation en profondeur du système de santé à laquelle ils participent.

Il s'articule autour de trois grands axes.

Le premier axe consiste à restaurer l'attractivité des métiers et à fidéliser les soignants du secteur public hospitalier.

Il nous faut mieux reconnaître le personnel en accompagnant les débuts de carrière pour les personnels médicaux comme non médicaux, afin de restaurer la capacité à recruter des hôpitaux.

Il nous faut aussi concentrer l'effort sur la revalorisation des métiers en tension, qu'il s'agisse de tensions territoriales comme à Paris et dans la petite couronne, où une prime annuelle de 800 euros sera attribuée aux infirmiers et aux aides-soignants, ou bien de tensions sectorielles, notamment pour le métier d'aide-soignant dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et en gériatrie. Ceux qui exercent dans les services qui prennent en charge des personnes âgées bénéficieront de la prime « assistants de soins en gérontologie ». Par ailleurs, les aides-soignants pourront désormais accéder à la catégorie B dans le cadre d'un grade de fin de carrière.

Il nous faut, en outre, récompenser l'investissement et l'engagement collectif, avec la création d'une prime collective d'intéressement à la main des managers, de manière à pouvoir récompenser les équipes qui s'engagent sur le terrain autour de projets relatifs à la qualité de service et à la transformation.

L'ensemble de ces mesures sera financé par un effort supplémentaire de 300 millions pour l'ONDAM en 2020 et de 1,5 milliard d'ici à la fin du quinquennat. C'est un effort important. Je vous l'annonce dès à présent : un amendement sera déposé par le Gouvernement en ce sens, en amont de votre discussion en commission, pour que cette nouvelle lecture puisse se faire en toute transparence et dans le cadre de débats aussi clairs que sincères. J'aurais naturellement préféré pouvoir aller plus vite mais nous n'étions pas prêts en première lecture – vous savez combien ces sujets sont délicats.

Le deuxième axe de ce plan vise à rétablir le dialogue et la souplesse de la gestion dans le quotidien de nos hôpitaux.

L'hôpital public a connu des évolutions majeures dans son organisation, qui ont parfois donné aux équipes le sentiment d'une mise à l'écart de la prise de décision et d'une perte de sens. La transformation engagée par « Ma santé 2022 » vise à renforcer le dialogue et le sens du collectif au sein des hôpitaux. Dans ce but, le personnel soignant sera mieux intégré à la gouvernance des hôpitaux et le management de proximité sera consolidé et valorisé.

Des mesures de simplification du fonctionnement quotidien seront aussi prévues, notamment pour ce qui concerne les formalités de recrutement ou bien les protocoles de coopération décentralisés entre les professionnels au sein d'un établissement.

Enfin, des mesures seront prises pour lutter contre l'intérim médical qui s'est développé depuis plusieurs années dans des conditions devenues insupportables pour les équipes qui ont la charge d'assurer la continuité du fonctionnement de l'hôpital. Il s'agira ainsi de faire respecter l'encadrement des rémunérations des intérimaires et d'assurer une rémunération attractive des gardes

assurées en plus des obligations de service pour un praticien hospitalier au niveau d'un groupement hospitalier de territoire (GHT) ou d'une région.

Le troisième axe du plan repose sur la volonté de réinvestir dans l'hôpital public en lui donnant des moyens nouveaux et de la visibilité dans le temps.

Les tarifs hospitaliers seront en hausse jusqu'à la fin du quinquennat, après la première campagne positive exceptionnelle de 2019, interrompant dix années de baisse.

L'investissement du quotidien sera une priorité. Il s'agit de permettre aux hôpitaux d'acheter le matériel indispensable pour le travail des soignants au quotidien. En 2020, pour répondre au besoin actuel le plus fort, 150 millions d'euros seront fléchés vers l'investissement courant, au lieu d'être affectés à de nouveaux grands projets immobiliers. Ces investissements devront être majoritairement à la main des chefs de service. Cet effort sera reconduit en 2021 et 2022.

À partir de 2020, 10 milliards d'euros de dettes seront repris aux hôpitaux en trois ans afin d'alléger les charges qui pèsent sur les établissements. Cette décision de rupture leur permettra de réduire leur déficit et de retrouver rapidement les moyens d'investir et de se moderniser.

L'hôpital est une communauté formée d'équipes unies par la prise en charge des patients, dans les succès, dans les épreuves, dans les échecs. L'idée de ce plan, c'est de redonner de l'oxygène à cette communauté des soignants. Nous avons montré que nous étions prêts à y consacrer des moyens considérables. Nous croyons dans l'hôpital public, nous croyons dans le dévouement de ses personnels et dans la promesse qui l'anime : être aux côtés de ceux qui souffrent, aux côtés de leurs proches, en des instants de fragilité, parfois d'angoisse, dans des moments de vie très particuliers où l'on est fier et rassuré d'être français.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Merci, madame la ministre, de nous avoir présenté ce plan. Merci aussi d'avoir déposé l'amendement modifiant l'ONDAM avant l'examen du PLFSS par notre commission, initiative qui sera, je crois, appréciée par l'ensemble des membres de notre commission.

D'autres amendements seront-ils déposés d'ici à la séance pour compléter la transcription législative des différentes mesures que vous avez annoncées ?

Deuxième question : y aura-t-il des dispositions spécifiques visant à financer les différents volets du plan ? Des modifications affectant la partie relative aux recettes sont-elles prévues ?

Troisièmement, pouvez-vous nous confirmer qu'au-delà de la prime versée au personnel soignant vivant en couronne parisienne, destinée à tenir compte du prix des logements, vous envisagez des dispositions concernant l'ensemble des soignants sur le territoire national ?

Enfin, la hausse de l'ONDAM aura-t-elle des répercussions sur l'ensemble des établissements hospitaliers ou bien seront-elles ciblées sur le secteur public ?

Mme Charlotte Lecocq. Alors que le Gouvernement a annoncé ce matin un plan d'ampleur en faveur de l'hôpital public, nous nous apprêtons à nous prononcer en nouvelle lecture sur le PLFSS 2020.

Nous avons tous entendu les annonces faites par le Premier ministre, mesures que les parlementaires de la majorité avaient appelées de leurs vœux dès la première lecture du PLFSS. Pour le groupe La République en Marche, très attaché à l'hôpital, elles apparaissent absolument nécessaires tant la situation vécue par les professionnels est devenue difficile.

La garantie d'une offre de soin de qualité et de proximité est au cœur de nos préoccupations, et c'est pour y parvenir que nous avons adopté en juillet dernier la loi d'organisation et de transformation du système de santé qui réforme dans son intégralité notre système de santé.

Cette réforme s'inscrit dans le temps long : rénovation des études de santé et suppression du numerus clausus, réorganisation de l'offre de soins de proximité autour des soins de ville et des hôpitaux de proximité afin de recentrer l'hôpital sur sa mission première.

Vous l'avez dit, madame la ministre, dans le prolongement de « Ma santé 2022 », le personnel soignant sera mieux intégré à la gouvernance des hôpitaux et le management de proximité sera renforcé et valorisé. Pour relancer l'attractivité des métiers de l'hôpital, les métiers dits « en tension » seront revalorisés en donnant des leviers managériaux aux équipes. La prime d'engagement dans la carrière hospitalière (PECH) sera augmentée pour offrir aux métiers qui connaissent les plus grandes tensions de recrutement de nouveaux leviers d'attractivité.

La situation des professionnels appelait en effet des réponses en matière de rémunération et de conditions de travail. Les mesures annoncées ce matin y concourent, grâce à des moyens dédiés au versement de primes mais également de capacités d'achat de matériels indispensables dans la pratique quotidienne. C'est également à l'endettement des hôpitaux que sera apportée une solution sans précédent afin de dégager de nouvelles marges de manœuvre et d'investissement. Ainsi, dès 2020, un programme massif de reprise des dettes hospitalières sera lancé sur trois ans, pour un total de 10 milliards.

Ces annonces vont avoir un impact sur le PLFSS. C'est pourquoi cette audition revêt une grande importance. Pour nous prononcer en toute responsabilité, nous attendons les amendements qui intégreront cette nouvelle trajectoire financière pour l'hôpital. Vous venez de nous indiquer qu'ils seront déposés avant la réunion de ce soir, ce qui apparaissait nécessaire. Il s'agit en effet de réponses massives qui augmenteront l'ONDAM des établissements de santé et,

par conséquent, l'ONDAM global, tout en ayant des répercussions sur l'équilibre budgétaire de la sécurité sociale auquel nous continuons de veiller.

M. Stéphane Viry. Madame la ministre, votre prise de parole était attendue par les membres de cette commission et plus généralement par les députés après les annonces médiatiques qui nous sont apparues comme incongrues et maladroites lors des débats en première lecture du PLFSS. Elles ont conduit à des crispations et des blocages, vous le savez, et nos collègues sénateurs ont eu une réaction légitime face à la situation dans laquelle le Gouvernement a placé le Parlement.

La première version du PLFSS ne laissait aucune marge de manœuvre, problème aggravé par les non-compensations et par le niveau de l'ONDAM hospitalier que nous avons combattus.

Vous avez annoncé une réforme systémique des retraites mais s'il y a une autre réforme systémique à entreprendre, c'est bien celle de l'hôpital public. Chacun s'accorde sur le constat, il faut désormais apporter des réponses.

Vous avez évoqué des années de statu quo mais je crois me souvenir que, lors du quinquennat 2007-2012, un plan de 10 milliards a été consacré à l'hôpital public pour lui permettre d'aller de l'avant.

Face à la crise à laquelle nous sommes confrontés, vous apportez des éléments de réponse à travers les annonces de ce matin. Toutefois, j'observe, sauf erreur de ma part, qu'il s'agit du quatrième plan relatif à notre système de santé en deux ans. On n'y voit pas très clair dans ce qui tient davantage du rafistolage que de l'ambition que nous appelons de nos vœux.

Nous considérons que le retour des médecins dans la gouvernance est de bon augure. Il nous apparaît légitime que la communauté médicale puisse être associée à certaines décisions. Nous approuvons également les mesures contre les mercenaires de l'hôpital.

Pour le reste, j'estime que ce plan vise davantage à apaiser la colère qu'à refonder l'hôpital public. En outre, il ne concerne que l'hôpital alors que c'est l'ensemble de notre système de santé qui est en crise.

Vous allez réajuster l'ONDAM, fort bien. Il ne s'agit en réalité que de la correction d'une erreur initiale. La dynamique des dépenses de santé est de 4,4 % alors l'ONDAM ne va progresser que de 2,4 % : nous sommes bien loin du compte.

Quant aux primes, elles tiennent soit du saupoudrage soit de la discrimination, puisque l'ensemble des personnels hospitaliers n'en bénéficient pas.

Bref, ces mesures semblent être une solution de court terme, bien éloignée des ambitions que le groupe Les Républicains nourrit pour l'hôpital.

Mme Nathalie Elimas. Le groupe du Mouvement Démocrate et apparentés salue l'effort budgétaire historique que le Gouvernement vient d'annoncer pour soutenir l'hôpital public. Ces mesures apportent une réponse forte à la détresse et à la colère exprimées par les personnels soignants dont la situation s'est fortement dégradée depuis des décennies. Nous devons les entendre car ils sont des maillons essentiels de notre système de santé. Je crois que nous pouvons collectivement saluer leur dévouement.

Ce plan est également nécessaire car l'accès aux soins est une condition du pacte social français. Nos concitoyens sont d'ailleurs très inquiets des difficultés dans lesquelles se trouve l'hôpital. Je pense notamment à l'émoi provoqué par le mouvement de grève sans précédent qui touche près de deux cent soixante-dix services d'urgence depuis huit mois ainsi qu'au cri d'alarme poussé par les médecins qui, la semaine dernière, dénonçaient les conditions d'accueil préoccupantes des enfants à l'hôpital. Le professeur Rémi Salomon, chef de service à l'hôpital Necker-Enfants malades, expliquait que les restrictions budgétaires avaient pour conséquence la fermeture de lits dans tous les services et qu'en réanimation pédiatrique, l'effectif paramédical avait baissé de 42 %, obligeant en pleine épidémie de bronchiolite à transférer certains enfants en dehors de Paris.

De telles situations ne devraient pas exister en France alors que notre modèle social est l'un des meilleurs au monde.

En premier lieu, les annonces faites par le Gouvernement remettent l'humain au cœur du dispositif en revalorisant financièrement le métier d'aide-soignant et d'infirmier. Il est fondamental que tous ceux qui accompagnent les patients au quotidien soient mieux reconnus et que ces professions redeviennent attractives.

En deuxième lieu, le plan donne des moyens d'investissement considérables aux hôpitaux en leur allouant de nouvelles enveloppes financières et en soulageant leurs dettes. La reprise de 10 milliards de dettes sur trois ans est une décision forte qui rend des marges de manœuvre pour investir et moderniser les hôpitaux. Pouvez-vous nous indiquer si les hôpitaux d'outre-mer sont concernés par cette mesure ?

Enfin, le groupe du MoDem et apparentés souligne la cohérence de mesures qui s'inscrivent dans la démarche globale votée dans le plan « Ma santé 2022 » qui portera ses fruits à moyen terme en apportant dès maintenant à l'hôpital public l'oxygène dont il a besoin pour aborder cette transition majeure.

M. Joël Aviragnet. Madame la ministre, le groupe Socialistes et apparentés a été d'autant plus attentif à la présentation de votre plan pour l'hôpital ce matin que nous avons proposé il y a trois semaines un plan d'urgence pour

l'hôpital et l'autonomie visant à répondre à la situation de crise qui frappe l'hôpital public et les EHPAD. Il s'agissait d'un plan financé, solide et ambitieux : vous n'en avez pas voulu. Vous n'avez même pas eu la curiosité de regarder ce que, de bonne volonté, nous vous proposons pour sortir de la crise par le haut. Mépris et suffisance !

Aujourd'hui, alors que nous avons perdu trois semaines, vous nous proposez un plan financé par du déficit supplémentaire insatisfaisant pour les soignants et très insuffisant, notamment pour ce concerne l'attractivité de l'hôpital public. Inconséquence et désinvolture !

Vous avez annoncé 10 milliards d'euros de reprise des dettes des hôpitaux, mesure que nous soutiendrons. Nous vous proposons la même chose il y a trois semaines mais vous n'en vouliez pas !

Vous prévoyez une hausse du budget de l'assurance maladie de 300 millions en 2020. Nous proposons 830 millions de hausse financés par un report de deux ans du remboursement de la dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES). Non seulement votre plan est moins ambitieux que le nôtre, mais il s'appuie sur une augmentation du déficit public.

Pour 2020, 800 millions d'économies ont été demandés à l'hôpital dans le budget de la sécurité sociale. En réalité, votre plan consiste à réduire cet effort de 800 millions à 500 millions. Est-ce là une réponse décente à donner aux personnels hospitaliers ?

C'est sur l'attractivité des carrières que votre plan laisse le plus à désirer : vous écarterez toute hausse de salaire. Vous mettez sur la table une prime de 66 euros par mois qui ne comptera ni pour la retraite ni pour les droits au chômage et qui concerne uniquement les 40 000 professionnels infirmiers ou aides-soignants de Paris et de la petite couronne. Est-ce là votre sens de l'égalité républicaine ? Je ne minimise pas les problèmes de logement en Île-de-France mais c'est toute la France qui souffre, madame la ministre, pas uniquement Paris. Les personnels de Toulouse, Strasbourg, Bordeaux, Mont-de-Marsan, Marseille n'ont-ils pas manifesté leur insatisfaction le 14 novembre dernier ? Dans mon territoire les soignants dépensent en moyenne 250 euros par mois d'essence pour aller travailler : pourquoi n'y aurait-il pas de prime pour eux ?

Notre plan prévoyait une prime de 100 euros nets mensuels pour les 600 000 professionnels hospitaliers français ; nos propositions étaient financées, nous vous donnions une solution clef en main. Vous comprendrez notre déception car, aujourd'hui, le compte n'y est pas.

Le défi de l'hôpital public, c'est d'éviter la fuite des talents vers le secteur privé, qui offre de meilleures rémunérations et conditions de travail. Avec ce plan, vous confortez le choix des soignants qui souhaitent quitter l'hôpital public. Ils ont fait des efforts extraordinaires, ils s'engagent au quotidien pour soigner les

Français. Nous pensons qu'ils méritent mieux qu'un plan de saupoudrage, bricolé à la va-vite, par un gouvernement à court d'idées.

Vous me direz que vous héritez d'une situation ancienne, que vous n'y êtes pour rien, je connais la musique. Mais aujourd'hui vous êtes aux manettes et votre réponse est très insatisfaisante.

M. Paul Christophe. Madame la ministre, permettez-moi de faire en premier lieu quelques remarques de forme. Il est difficile de réaliser un travail de qualité quand des modifications incessantes affectent le PLFSS, l'un des textes les plus importants de l'année pour le Parlement, dans un calendrier de plus en plus contraint. Nous découvrons de nouvelles mesures qui ont un impact sur l'équilibre du projet de loi quelques heures avant son examen, sans aucune étude d'impact ni déclinaison opérationnelle. En vue de préparer ce PLFSS, notre groupe avait travaillé en amont, notamment en procédant à de nombreuses auditions. Nos travaux se fondaient sur les chiffres et projections proposés par le Gouvernement et documentés dans l'étude d'impact. Je m'interroge en conséquence quant à l'intérêt de nos propositions d'amendement en première lecture alors que l'indicateur le plus important, l'ONDAM, est modifié en cours d'examen.

Sur le fond, vous proposez une augmentation de l'ONDAM de 300 millions pour 2020 afin de répondre au déficit d'attractivité des carrières hospitalières et de soulager l'hôpital. Ce sont des efforts bienvenus qu'il faut saluer, même s'ils nous semblent en deçà des besoins. Les causes de ce malaise sont anciennes et profondes et il serait intellectuellement malhonnête de vous en attribuer l'entière responsabilité.

La loi de réforme de notre système de santé, que notre groupe UDI, Agir et Indépendants a soutenue, comportait des mesures de refonte utiles de l'organisation de notre système de soins en ville comme à l'hôpital – nous savons à quel point les maux qui affectent la médecine de ville ont des conséquences sur le secteur hospitalier.

Nous avons toutefois la curieuse impression d'assister à une redite de l'an dernier lorsque le Gouvernement avait opéré un revirement de dernière minute, qui avait contraint le Parlement à siéger fin décembre, rendant le PLFSS 2019 insincère et aggravant le déficit de la sécurité sociale de 3,5 milliards.

Je ne reviens pas sur le sujet de la non-compensation. Nous aurons sans doute ce débat dans quelques heures.

Il y a quelques semaines, il était impossible de modifier l'ONDAM ; aujourd'hui, cette évolution est perçue comme la panacée. Ce revirement donne le sentiment que l'on navigue à vue. On a serré la vis des hôpitaux pendant des années pour les obliger à faire des économies. Des économies, ils en ont fait mais essentiellement sur l'investissement, ce qui les a conduits dans une impasse avec un déficit cumulé abyssal de plus de 30 milliards d'euros. Vous envisagez de reprendre le tiers de cette dette, à hauteur de 10 milliards sur les trois prochaines

années. Il s'agit d'une mesure réparatrice, qui est forcément la bienvenue au regard de la situation.

Si globalement, nous nous réjouissons des augmentations significatives des crédits consacrés à la santé, nous estimons qu'il est de notre responsabilité de vous interroger sur les modalités de financement de ces nouvelles mesures.

Nous vous avons alertée à plusieurs reprises sur le danger de la cure de rigueur imposée à l'hôpital, particulièrement sur la pertinence du choix de l'ONDAM comme outil de régulation des dépenses. Il serait grand temps de réfléchir à la construction d'un outil qui prenne en compte les inégalités territoriales de santé. Nous avons adopté en première lecture le principe d'une visibilité pluriannuelle sur les ressources des hôpitaux. Il faut aller plus loin en ce sens.

Enfin, si nous comprenons les mesures proposées pour les personnels de Paris et de la petite couronne, nous appelons votre attention, madame la ministre, sur le fait que d'autres territoires sont en tension. Ils mériteraient eux aussi d'être pris en compte.

M. Philippe Vigier. Merci, d'abord, madame la présidente, de nous permettre d'auditionner Mme la ministre dans des circonstances dont chacun a bien compris qu'elles étaient un peu particulières : un mois après le début des travaux sur le PLFSS, on nous annonce en urgence des mesures correctives pour l'hôpital parce qu'un service d'urgences sur deux est en grève et que les doyens ont décrété leurs facultés « facultés mortes ».

Je connais votre engagement, madame la ministre, et j'ai eu à plusieurs reprises l'occasion de vous dire que vous aviez endossé un véritable fardeau. Mais face à une situation exceptionnelle, il fallait, me semble-t-il, des moyens exceptionnels. Vous avez dit que le plan n'était pas prêt au moment de la première lecture du PLFSS. Vous m'accorderez quand même que tous les éléments d'appréciation étaient disponibles pour préparer un ONDAM qui soit de nature à apporter une réponse aux attentes des hôpitaux, notamment en ce qui concerne les investissements nécessaires. Quoi qu'il en soit, je vous donne acte de la revalorisation de l'ONDAM. Je prends note également du fait que 1,5 milliard d'euros vont arriver. C'est évidemment une très bonne chose. Pourriez-vous toutefois préciser s'ils s'ajouteront aux fameux 750 millions dont vous avez parlé il y a quelques semaines et qui proviennent de redéploiements ?

Par ailleurs – et c'est là un regret que j'exprime –, comme l'avait très bien dit Olivier Véran à Gérard Darmanin dans cette même salle, nous cherchons toujours les 3,5 milliards d'euros qui manquent du fait de la non-compensation des exonérations de cotisations patronales : cette somme, qu'on a fait payer à votre ministère, aurait dû être prise en charge, comme chacun sait, par le budget général de l'État.

La reprise de la dette – 10 milliards sur trois ans – est elle aussi une très bonne chose, mais il faudrait que vous nous précisiez, madame la ministre, comment vous procéderez : y aura-t-il un équilibre entre les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers généraux – je pense notamment au centre hospitalier régional d'Orléans (CHRO) – et les fameux hôpitaux de proximité, vers lesquels 100 millions ont été fléchés en 2020 ? Y aura-t-il un abondement complémentaire pour ces derniers ? Les attentes sont importantes.

S'agissant des personnels et de la valorisation des carrières, il y a la prime de 800 euros. Dont acte. Excusez-moi de vous le dire, mais j'ai peur que les infirmiers et aides-soignants qui vivent à 80 kilomètres de Paris, et ne sont donc pas dans la région d'Île-de-France, voient une forme d'injustice dans le fait qu'ils ne bénéficieront pas de cette revalorisation. En effet, ils ont des temps de transport importants et doivent supporter des surcoûts, précisément parce qu'ils n'habitent pas en Île-de-France.

Je vous donne acte du fait que les contrats d'engagement de service public (CESP) seront ouverts aux professions paramédicales. Les CESP, lancés par Mme Touraine, sont un véritable succès. Parmi les propositions de la commission d'enquête parlementaire sur l'égal accès aux soins que j'ai eu l'honneur de conduire figurait d'ailleurs celle de les revaloriser, car il y va de l'attractivité des professions médicales – enjeu pour lequel vous êtes mobilisée.

Enfin, comme l'ont déjà dit plusieurs collègues, il est temps de remettre les médecins au cœur de la gouvernance de l'hôpital. Nous attendons naturellement, à cet égard, le rapport du professeur Olivier Claris.

Vous êtes donc sur la bonne voie, madame la ministre. Toutefois, chacun ici est en droit de s'émouvoir de la méthode : le Parlement doit être un endroit stratégique, et non une variable d'ajustement. Nous ferons avec ce qui nous est présenté, mais j'ai peur que ce plan ne soit pas à la hauteur des attentes de l'ensemble de la communauté médicale, particulièrement de l'hôpital, que nous aimons tous et auquel nous sommes très attachés.

M. Adrien Quatennens. Madame la ministre, ce matin, nous espérons tous de votre allocution et de celle du Premier ministre qu'elles apportent du soulagement – le nôtre, évidemment, en tant que parlementaires, mais avant tout celui des personnels de l'hôpital public et de ses usagers. Or le plan d'urgence que vous avez présenté est en fait un encouragement à poursuivre la mobilisation, car celle-ci commence à payer.

Je m'explique. Cela fait des mois que vous répétez, y compris dans l'hémicycle, que vous ne croyez pas que le problème de l'hôpital public est lié à une question budgétaire. Il s'agissait bien plutôt, selon vous, d'opérer une réorganisation, un redéploiement, des restructurations – toutes sortes de choses dont nous verrions l'effet dans quelques années. Et puis, peut-être grâce à la mobilisation qui dure depuis plus de huit mois, vous avez compris qu'on ne

pouvait pas attendre les hypothétiques fruits de ces politiques de redéploiement et de restructuration. Jeudi dernier, quasiment tous les services de l'hôpital public étaient représentés dans la rue, des urgences aux maternités, mais aussi les médecins et les professeurs, qui ne sont pourtant pas habitués à ce type de mobilisation. Or tous vous disaient en substance : « Oui, il faut du fric pour l'hôpital public ! ». Il semble que vous l'ayez compris.

Toutefois, si on regarde en détail ce que ce plan permet de faire, on s'aperçoit que l'essentiel des revendications ne sont pas satisfaites. Ainsi, il y a des revendications claires portant sur la revalorisation des salaires. Les infirmières françaises, par exemple, sont en bas du classement de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour ce qui est de leurs rémunérations. Or vous vous contentez de distribuer quelques primes extrêmement aléatoires, variables et hypothétiques. Vous ne répondez donc pas aux revendications. Vous promettez 1,5 milliard d'euros sur trois ans à l'hôpital public, après nous avoir fait avaler, depuis le début du quinquennat, 12 milliards d'économies sur les dépenses de santé que nous n'avons toujours pas digérées. Ces 1,5 milliard peuvent paraître beaucoup pour des gens qui étaient persuadés qu'il ne fallait pas mettre d'argent sur la table, mais ils correspondent à peu près au budget annuel de fonctionnement du seul CHU de Lille.

Vous reprenez un tiers de la dette. C'est la moindre des choses, car elle est largement de la responsabilité de l'État. En effet, jamais les budgets n'ont été à la hauteur de la hausse de la charge qu'a eu à subir l'hôpital public. La situation est aussi liée au fait que l'hôpital, qui, auparavant, pouvait se financer auprès de la banque centrale à des taux particuliers, doit maintenant faire appel aux banques commerciales ou aux marchés financiers.

Bref, madame la ministre, vous opérez un premier recul, mais je crois que, dans quelques semaines, vous serez contrainte de revenir ici avec un nouveau plan d'urgence, parce que ce que vous proposez n'est pas à la hauteur. Le personnel de l'hôpital public appelle à la mobilisation, alors qu'il espérait lui aussi pouvoir en finir avec cette grève – car, contrairement à ce que vous pensez peut-être, personne n'apprécie de faire grève ; la grève n'est facile ni pour ceux qui la font ni pour ceux qui la subissent, mais tous ont intérêt à ce que vous reveniez devant l'Assemblée nationale avec un peu plus d'argent que ce que vous avez mis sur la table ce matin.

M. Pierre Dharréville. Comme l'ont déjà dit plusieurs de mes collègues, beaucoup de temps a été perdu. Cela fait longtemps que nous vous alertons sur la situation de crise dans laquelle se trouve l'hôpital. J'ai beaucoup insisté, à la tribune, il y a quelques semaines, sur le fait que le plan que vous nous présentiez alors n'était ni sérieux ni réaliste et que vous seriez contrainte d'y revenir, de nous faire de nouvelles propositions. Nous y sommes. Vous avez, d'une certaine manière, été contrainte de revenir avec de nouvelles mesures. Au demeurant, celles-ci sont très décevantes et insuffisantes au regard des attentes et des besoins qui s'expriment depuis très longtemps dans tout le pays. Par ailleurs, je regrette

profondément que ces mesures n'aient pas été discutées – en tout cas à ma connaissance – avec les acteurs du mouvement social hospitalier. Ces derniers attendaient de véritables négociations. Il est absolument nécessaire que des discussions de cette nature aient lieu et que les propositions que vous faites ne vailent pas pour solde de tout compte – tel ne saurait être d'ailleurs le cas, à l'évidence, quand on les observe dans le détail.

L'« amélioration » de l'ONDAM que vous proposez nous semble elle aussi insuffisante. Vous aviez programmé, dans la version initiale de votre budget, 1 milliard d'euros de compressions de dépenses pour l'hôpital public ; vous nous dites que, finalement, il n'y en aura plus que 700 millions. Vous comprendrez bien que, vu l'état de l'hôpital, celui-ci n'est pas en mesure d'absorber le choc, même s'il est réduit par les annonces que vous venez de faire.

Je m'interroge sur la logique de primes qui a prévalu dans le plan que vous annoncez. En effet, les principales revendications consistaient à réclamer une progression salariale durable, pleine et entière, avec des droits pleins et entiers. De plus, les primes que vous annoncez entraîneront des inégalités dans les territoires, y compris entre les différents corps de métiers. Je ne suis pas certain qu'elles trouvent leur pleine efficacité et qu'elles répondent réellement aux besoins, aux revendications et aux aspirations.

En ce qui concerne la reprise de la dette, la question a déjà été posée : comment déterminera-t-on les hôpitaux qui pourront en bénéficier ? Du reste, la reprise ne porte que sur un tiers de la dette globale des hôpitaux publics : il reste donc encore beaucoup de chemin à parcourir.

Par ailleurs, nous ne voyons pas trace d'un plan d'embauche ni d'un grand plan de formation. Or la première revendication des personnels – ils l'ont beaucoup dit – est d'avoir des collègues en plus.

Enfin, *quid* des fermetures de lits ? Au cours des six dernières années, 18 000 lits ont été supprimés. Cela fait partie des problèmes qui ont été souvent évoqués.

Telles sont les principales questions que je voulais poser, tout en sachant qu'il y en aurait bien d'autres. En tout état de cause, pour l'instant, les annonces que vous avez faites ne sauraient suffire.

Mme la ministre. Malheureusement, je ne pourrai vous répondre que brièvement, car je dois vous quitter à 18 heures 15. J'ai souhaité être présente devant vous avant de m'exprimer dans les médias, mais je fais mon premier plateau immédiatement après cette audition. Je souhaite néanmoins répondre à chacun d'entre vous.

Monsieur Véran, un amendement portant sur l'ONDAM sera déposé avant la réunion de ce soir. Toutes les mesures d'ordre salarial – je pense aux primes, notamment – et concernant l'organisation sont d'ordre réglementaire : il n'y aura

donc pas d'autre amendement. La reprise de la dette, quant à elle, donnera lieu à un vecteur législatif dédié au premier semestre 2020. Nous aurons peut-être besoin d'un autre vecteur législatif encore si nous souhaitons renforcer le contrôle sur l'intérim médical au-delà de ce que nous avons prévu de faire, car ces modifications ne trouveront probablement pas leur place dans le PLFSS de cette année. Il n'y aura pas non plus d'amendement sur la partie recettes.

Vous m'avez demandé si la hausse de l'ONDAM bénéficierait à tous les établissements. Une partie de l'augmentation est dédiée à la revalorisation des tarifs, et nous prévoyons une garantie d'augmentation des tarifs de 0,2 point pendant trois ans. Or, vous le savez, les tarifs concernent la totalité des établissements de santé – publics, privés non lucratifs et privés lucratifs. En revanche, le reste des mesures qui sont incluses dans l'ONDAM visera spécifiquement l'hôpital public. De la même façon, la reprise de la dette ne concerne que les hôpitaux publics. La très grande majorité des mesures concerne donc le secteur public hospitalier.

Il existe de nombreuses primes. Vous m'avez demandé lesquelles seraient concernées en dehors de celle qui concerne la région parisienne. À cet égard, il est vrai que Paris n'est pas la France, mais la situation à Paris présente des spécificités, notamment un défaut d'attractivité considérable, que l'on n'observe pas dans le cas des hôpitaux régionaux, en tous les cas pas dans la même mesure, ni avec de tels dommages pour l'activité.

Pour répondre à votre question, il y a des primes de coopération, qui seront à la main des équipes qui adopteront des protocoles de coopération. Toutes les infirmières – et même, plus largement, tous les professionnels paramédicaux – qui s'engageront dans certaines coopérations à définir au sein des établissements auront accès à une prime de 80 euros nets par mois.

Il y aura une prime d'engagement de service public, versée en deux fois : en début de carrière puis deux ou trois ans après la prise de fonctions. Elle concerne les médecins, pour des primes allant de 15 000 à 30 000 euros, et les professionnels paramédicaux, pour des primes allant de 10 000 à 15 000 euros. C'est donc la totalité des soignants qui est visée.

Nous prévoyons également des CESP pour les professionnels paramédicaux. Ainsi, les étudiants en kinésithérapie – nous savons les difficultés qu'il y a à recruter des kinésithérapeutes, mais aussi des orthophonistes – toucheront 750 euros par mois pendant leurs études s'ils s'engagent à rejoindre l'hôpital public.

Il y aura aussi des primes collectives pour des engagements exceptionnels d'équipe. Un budget considérable sera à la main des établissements pour tous ceux qui s'engagent dans l'amélioration du parcours de soins des patients.

Une mesure générale concernera les aides-soignantes qui s'engagent dans la formation gériatrique. Ainsi, 60 000 aides-soignantes dans les EHPAD et dans

les services de gériatrie auront accès à 100 euros nets supplémentaires par mois. Elles accéderont, en fin de carrière, à la catégorie B.

Il y aura, en outre, une prime d'exercice territorial pour les praticiens hospitaliers qui s'engagent dans un exercice multisites. Toujours s'agissant des praticiens hospitaliers, un certain nombre de primes valoriseront leur engagement soit dans le management, soit dans l'enseignement, soit dans la recherche. Elles seront évidemment à la main des commissions médicales d'établissement.

Tous les soignants sont donc concernés – et même au-delà, puisque certaines primes concernent des équipes entières. De même, de très nombreuses mesures concernent la France entière, pas uniquement Paris.

Monsieur Viry, vous avez souligné l'intérêt de modifier la gouvernance. Je rappelle que la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), dite « loi Bachelot », a beaucoup bousculé l'hôpital et déstabilisé les soignants, ce qui a participé à la perte d'attractivité de l'hôpital public pour les communautés médicales. Nous souhaitons donc rééquilibrer la gouvernance en faveur des médecins qui s'engagent dans des fonctions managériales.

Vous avez parlé de rafistolage. J'ai entendu le mot au Sénat également ; il me choque. Ce n'est pas du rafistolage : nous consacrons à l'hôpital des budgets sans précédent. Les 10 milliards d'euros de reprise de dette, c'est autant d'argent qui soulage l'investissement dans les hôpitaux. On ne peut pas non plus considérer que 1,5 milliard d'investissements, plus 450 millions d'investissements dans le quotidien des soignants, c'est du rafistolage, ou bien alors je ne sais pas ce que l'on considérera comme étant une véritable politique publique dans notre pays.

Vous dites que ce n'est pas une refondation du système de santé, mais la refondation a été votée : c'est la loi « Ma santé 2022 ». Il s'agit ici simplement d'une accélération pour les hôpitaux publics, mais la refondation a déjà été entreprise. Elle prend en compte la totalité des professions de santé, y compris dans le secteur libéral. Elle comprend un volet concernant la formation, avec la fin du numerus clausus et la modification des études de santé. Elle prend en compte aussi le numérique en santé. Je ne reviendrai pas sur cette loi qui a été unanimement appréciée : il n'y a pas un soignant qui remette en cause le cap de « Ma santé 2022 ».

Madame Elimas, d'abord, je vous remercie de souligner que l'effort budgétaire consenti est historique. Ensuite, vous me demandez si la reprise de la dette concerne les outre-mer. Oui, bien sûr : elle concerne tous les hôpitaux qui s'engageront dans une transformation et qui auront envie de mener des projets. Une mission sera lancée dans les prochains jours pour préciser le cadre de répartition. Ce sera très variable d'un établissement à l'autre, mais tous les établissements, y compris en psychiatrie, seront concernés par cette reprise de dette, qui doit commencer dès 2020.

Monsieur Aviragnet, vous me dites que nous avons perdu trois semaines. Non : nous avons perdu cinq ans. Citez-moi une seule mesure prise par la précédente majorité en faveur de l'hôpital public. J'y exerçais à l'époque ; j'ai bien observé ce qui a été fait. Dites-moi combien d'argent a été investi dans l'hôpital public pendant ces cinq années. Je vais vous répondre : c'est pendant le quinquennat précédent qu'ont été votés les ONDAM et les tarifs les plus bas et que la dette hospitalière s'est trouvée aggravée comme jamais. Quand je suis arrivée au ministère en 2017, il y avait 1 milliard de déficit dans les hôpitaux publics. Je l'ai réduit de moitié l'année dernière. Je suis donc très choquée de ce que vous dites.

Libre à vous de considérer que le plan est insuffisant, mais ne venez pas me dire qu'on a perdu du temps et que vous avez un plan ambitieux pour l'hôpital public : au vu de ce qui a été fait pendant les cinq ans dont je parle, c'est vraiment fort de café. J'exerçais à l'hôpital public pendant que vous étiez aux affaires : j'ai vu la dégradation, je l'ai vécue.

Monsieur Christophe, vous m'avez interrogée sur la préparation. Évidemment, j'aurais préféré être prête au mois de septembre et présenter un PLFSS qui traduise toute cette ambition. Nous n'étions pas prêts. Nous avons mené une concertation. Ainsi, le plan a été enrichi par la contribution des fédérations hospitalières, notamment celle de la Fédération hospitalière de France, mais aussi par les résultats des conférences, par les contributions de doyens, présidents de commissions médicales d'établissement, directeurs d'hôpitaux. Nous avons aussi consulté les syndicats. Nous avons travaillé pendant des semaines pour enrichir le plan. On peut regretter qu'il n'ait pas été prêt plus tôt, mais il ne faut pas oublier les mesures positives qui figuraient déjà dans le PLFSS, notamment le congé pour les proches aidants, ou encore le fonds pour les victimes de produits phytosanitaires – je ne les citerai pas toutes. Le PLFSS était déjà très ambitieux : il comportait des mesures sociales importantes. On ne saurait donc, heureusement, le résumer à l'ONDAM. Nous venons maintenant avec un ONDAM en hausse et des mesures construites. J'espère que le nouvel ONDAM sera voté dans le cadre du PLFSS.

Vous avez évoqué la dimension territoriale. Il y a beaucoup de choses pour les territoires. Nous réarmons les hôpitaux de proximité en les finançant différemment, avec un financement global qui sort de la tarification à l'activité. Nous augmentons le Fonds d'intervention régional. Il y a aussi la dotation populationnelle pour les hôpitaux psychiatriques. Je suis tout à fait d'accord pour avancer plus encore, évidemment, mais il n'est pas possible de nous reprocher de ne rien faire en ce qui concerne la dimension territoriale.

Monsieur Vigier, vous m'avez demandé comment les 750 millions d'euros du plan de refondation des urgences s'articulaient avec le plan annoncé ce matin. Les mesures nouvelles viennent évidemment en plus de ces 750 millions dédiés à la refondation des urgences : ce n'est pas un jeu de bonneteau. Ensuite, qui va reprendre la dette ? Nous allons lancer le programme de reprise de la dette

hospitalière sur trois ans avec un vecteur législatif en même temps que la loi de programmation des finances publiques. Cela représentera un allègement de charge de 800 millions à 1 milliard par an chaque année pour les hôpitaux publics. Un organisme centralisateur financera des prêts miroirs qui permettront de reprendre 3,3 milliards d'euros chaque année pendant trois ans. Je n'entrerai pas davantage dans les détails de cette opération qui est en train d'être consolidée, mais qui sera évidemment tout à fait transparente.

Monsieur Quatennens, je n'ai jamais dit que ce n'était pas une question d'argent ; j'ai dit que cela ne pouvait pas être seulement une question d'argent et qu'il fallait refonder notre système de santé, faute de quoi nous ne ferions que remplir le tonneau des Danaïdes. Notre système de santé fuit. Je pense notamment au problème de la non-pertinence des soins, dont la Caisse nationale de l'assurance maladie considère qu'elle correspond, au total, à 20 milliards de dépenses inutiles. De la même manière, une étude qui vient d'être menée en Suisse et dans d'autres pays de l'OCDE évalue entre 10 % et 20 % de dépenses inutiles dans les systèmes de santé observés. C'est là que nous devons faire des économies, en proposant une organisation plus pertinente ; c'est l'objet de « Ma santé 2022 ». Il n'en demeure pas moins qu'il faut de l'argent supplémentaire pour l'hôpital public, pour permettre à ses personnels non seulement de sortir la tête de l'eau, mais de devenir attractifs. Je n'ai jamais nié qu'il fallait de l'argent, mais la politique de santé ne saurait se résumer à remettre indéfiniment de l'argent dans le système sans le transformer.

Monsieur Dharréville, je pense avoir répondu à vos questions par l'ensemble de mes propos.

EXAMEN DES ARTICLES

Lors de sa séance du mercredi 20 novembre 2019 à 21 heures 30, la commission examine en nouvelle lecture le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 (M. Olivier Véran, rapporteur général).

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.8460344_5dd59f8f6a32a.commission-des-affaires-sociales--plfss-pour-2020-20-novembre-2019

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Mes chers collègues, la commission mixte paritaire, qui s'est réunie hier dans cette salle, n'est pas parvenue à un accord sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Par courrier en date du 19 novembre dernier, M. le Premier ministre a informé M. le président de l'Assemblée nationale qu'il demandait à notre assemblée de procéder, en application de l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, à une nouvelle lecture du texte. Cette nouvelle lecture est inscrite à l'ordre du jour de la séance publique à partir de lundi prochain.

Comme vous le savez, le Sénat n'a pas adopté le projet de loi, de sorte que nous repartons du texte adopté par notre assemblée en première lecture.

Nous avons 206 amendements à examiner. Comme en première lecture, les amendements contraires aux articles 40 et 45 de la Constitution et aux dispositions organiques ont été déclarés irrecevables.

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2018

Article 1^{er} : *Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2018*

La commission adopte l'article 1^{er} sans modification.

Article 2 : *Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2018 (annexe A)*

La commission adopte l'article 2 et l'annexe A sans modification.

Elle adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 sans modification.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 3 : *Correction des affectations de recettes à la sécurité sociale pour l'exercice en cours*

La commission est saisie des amendements de suppression AS20 de M. Joël Aviragnet, AS93 de M. Adrien Quatennens et AS187 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS20 tend à supprimer l'article 3.

M. Adrien Quatennens. L'amendement AS93 a le même objet. En effet, l'article 3 met en œuvre la logique d'exonération de cotisations sociales dont nous avons expliqué en première lecture qu'elle n'était pas adaptée à la situation puisqu'elle conduit non seulement à affaiblir les comptes de la sécurité sociale, dès lors que le Gouvernement fait le choix de ne pas compenser ces exonérations, mais aussi à instaurer en quelque sorte un système de sécurité sociale à deux vitesses composé, d'un côté, de ceux qui utiliseraient leur carte bancaire pour payer leurs soins dans le privé et, de l'autre, de ceux qui n'auraient que leur carte Vitale pour bénéficier de services indigents offerts par une sécurité sociale affaiblie. C'est la raison pour laquelle nous proposons la suppression de l'article 3.

M. Pierre Dharréville. L'un des enjeux auxquels nous sommes confrontés est l'appauvrissement chronique de la sécurité sociale organisé par les exonérations massives et répétées de cotisations sociales. De fait, la compensation de ces exonérations offrirait à la sécurité sociale une manne financière qui lui permettrait de relever certains des défis que nous avons évoqués cet après-midi avec Mme la ministre de la santé, notamment de faire face à la crise aiguë de l'hôpital public. Nous proposons donc de supprimer l'article 3 afin que soient prises les meilleures dispositions qui soient.

M. Olivier Véran, rapporteur général. Mes chers collègues, le Sénat n'ayant pas adopté le projet de loi, nous examinons les articles tels que nous les avons adoptés en première lecture. Je serai cependant amené à défendre certains des amendements qui ont pu être adoptés par le Sénat et qu'il me semble justifié de soumettre à notre assemblée. Pour le reste, sur les amendements qui soulèvent des questions dont nous avons déjà débattu en première lecture, mes avis seront assez laconiques. Toutefois, nous pourrions, si vous le souhaitez, discuter d'un point particulier.

En ce qui concerne l'article 3, je crois qu'il a fait l'objet, en première lecture, d'une discussion approfondie, tant en commission qu'en séance publique. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle examine l'amendement AS95 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Dans son rapport de 2019 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a montré que la dette de cette dernière se creusait, notamment du fait de la multiplication des exonérations de cotisations sociales. Cette dette met en péril notre système collectif de protection sociale. Pour y remédier, la diminution de la contribution sociale généralisée (CSG) décidée par le Gouvernement n'est pas la solution. Pourtant, il est possible d'atteindre un nouvel équilibre en mettant à contribution les plus hauts salaires, en vertu du principe fondamental selon lequel chacun contribue en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

Le présent amendement vise ainsi à relever les cotisations sociales sur les plus hauts salaires, lesquels cotisent actuellement au même niveau que les salaires les plus bas. La solidarité nationale est la base de notre contrat social ; elle doit être rétablie, et les personnes aux revenus les plus élevés doivent y contribuer.

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

La commission est saisie des amendements identiques AS2 de M. Stéphane Viry, AS14 de Mme Delphine Bagarry, AS21 de M. Joël Aviragnet, AS57 de M. Gilles Lurton, AS98 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS189 de M. Pierre Dharréville et AS228 de M. Paul Christophe.

M. Stéphane Viry. La question de la non-compensation des exonérations de cotisations sociales par l'État mérite que l'on s'y arrête de nouveau. Le déficit de la sécurité sociale n'a pas pour cause l'échec des partenaires sociaux à maîtriser les comptes. En effet, chacune des branches respecte le principe de responsabilisation depuis une dizaine d'années. Le Gouvernement ferait bien de s'inspirer de ce même principe en mettant de l'ordre dans le budget de l'État afin de compenser les exonérations de cotisations sociales au lieu de déprécier les efforts consentis depuis de nombreuses années. C'est la raison pour laquelle nous proposons à nouveau, par l'amendement AS2, de supprimer les alinéas 9 à 12 de l'article 3.

Mme Delphine Bagarry. L'amendement AS14 est défendu, avec conviction.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS21 est également défendu.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS57 est défendu, avec conviction également.

M. Adrien Quatennens. Je défendrai l'amendement AS98 avec la même conviction qu'en première lecture. Le fait, pour l'État, de ne pas compenser les exonérations de cotisations sociales qu'il a lui-même décidées affaiblit la sécurité sociale. En effet, alors que le dernier PLFSS avait marqué un retour à l'équilibre, force est de constater qu'un nouveau trou a été sciemment creusé par le

Gouvernement, sans aucun doute pour pouvoir justifier ultérieurement l'application à la sécurité sociale de nouvelles politiques d'austérité et, pourquoi pas, ouvrir la voie à la réforme envisagée des retraites. C'est pourquoi nous sommes attachés au respect de la « loi Veil » de 1994, qui prévoit la compensation intégrale par l'État des allègements et exonérations de cotisations sociales.

M. Pierre Dharréville. Il s'agit là d'un sujet important, et il ne me semble pas encore tout à fait épuisé car j'ai envie de croire qu'il existe potentiellement, au sein de notre assemblée, une majorité pour adopter les mesures que nous proposons dans l'amendement AS189. En tout cas, celles-ci ont fait l'objet, en première lecture, d'un vif débat qui demeure d'actualité, d'autant plus que les mesures annoncées cet après-midi imposent la mobilisation de ressources supplémentaires. De fait, ces ressources se trouvent potentiellement dans la compensation intégrale des exonérations. On a évoqué, cet après-midi, 1,5 milliard d'euros supplémentaires sur trois ans en faveur de l'hôpital. Or, le montant des exonérations non compensées s'élève à 2,8 milliards d'euros... De telles ressources pourraient donc être utilement mobilisées pour résoudre la crise de l'hôpital public. C'est pourquoi nous vous proposons de supprimer les alinéas 9 à 12 de l'article 3.

M. Paul Christophe. L'amendement AS228 est en cohérence avec nos interventions en première lecture. Il est d'autant plus justifié que, cet après-midi, je n'ai pas obtenu de réponse de la ministre à ma question portant sur le financement des nouvelles mesures ; je crains que les déficits ne soient de nouveau alourdis.

M. le rapporteur général. Avis défavorable, sans conviction...

Plus sérieusement, en première lecture, vous le savez, j'ai défendu cette mesure avec modération. Mais soyons justes : force est de constater que c'est bien l'État qui va reprendre la dette de l'hôpital à hauteur de 10 milliards d'euros. On peut critiquer le recours aux vases communicants lorsque le transfert se fait dans un sens, mais on peut également s'enorgueillir d'avoir obtenu que le transfert se fasse dans l'autre sens. À cet égard, si l'on dresse le bilan de l'opération financière, il faut reconnaître que la compensation des exonérations de cette année et des précédentes n'aurait pas été suffisante pour permettre à la sécurité sociale de reprendre la dette des hôpitaux. On peut donc saluer le geste du Gouvernement, qui manifeste la solidarité de l'État en reprenant, à hauteur de 10 milliards d'euros, la dette hospitalière, sans compter l'important investissement dans l'hôpital public, supérieur à 1 milliard d'euros, annoncé par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé ce matin.

M. Pierre Dharréville. Je salue l'habileté rhétorique de M. le rapporteur général. Néanmoins, il m'a semblé entendre – mais je ne connais pas encore le contenu des amendements gouvernementaux – que la reprise de la dette n'entrerait en vigueur qu'à partir de 2020. Mieux vaut donc, par précaution, adopter ces amendements.

M. Stéphane Viry. Monsieur le rapporteur général, vous motivez votre avis défavorable relatif en évoquant les mesures en faveur de l'hôpital annoncées par Mme la ministre. Mais le déficit ne concerne pas que l'hôpital : il affecte également la branche famille. Puisque vous hésitez...

M. le rapporteur général. Je n'hésite pas !

M. Stéphane Viry. ...je vous invite à modifier votre avis et à nous suivre.

La commission rejette les amendements.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS190 de M. Pierre Dharréville et AS224 de M. Joël Aviragnet.

M. Pierre Dharréville. Par l'amendement de repli AS190, nous proposons que toute nouvelle dérogation au principe de non-compensation institué par la « loi Veil » de 1994 fasse l'objet d'un vote de la part des caisses de sécurité sociale. C'est en effet la moindre des choses si l'on veut respecter un tant soit peu la démocratie sociale dans notre pays, ou ce qu'il en reste.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS224 a le même objet : toute nouvelle dérogation au principe de non-compensation institué par la « loi Veil » de 1994 doit faire l'objet d'un vote de la part des caisses de sécurité sociale. Tout à l'heure, Mme la ministre nous a expliqué qu'elle avait réduit le déficit au cours des deux dernières années ; il est étonnant qu'elle le laisse se reconstituer cette année avec une telle ampleur.

M. le rapporteur général. Le PLFSS est déjà soumis pour avis aux caisses de sécurité sociale. Il revient au Parlement de le voter. Cette question a été débattue en première lecture. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 3 sans modification.

Article 4 : *Modification du montant M 2019 applicable à la clause de sauvegarde des médicaments remboursables*

La commission est saisie des amendements de suppression AS22 de M. Joël Aviragnet et AS99 de M. Adrien Quatennens.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS22 tend à supprimer l'article 4, qui accorde une ristourne fiscale de 60 millions aux laboratoires pharmaceutiques.

M. Adrien Quatennens. L'amendement AS99 a le même objet. En effet, la contribution des laboratoires au financement de la sécurité sociale telle qu'elle est prévue à l'article 4 ne nous paraît pas suffisante. L'industrie pharmaceutique se porte, on le sait, particulièrement bien : ses dirigeants figurent parmi les patrons

les mieux payés du CAC40 et Sanofi, par exemple, est bien plus tourné vers la rémunération de ses actionnaires que vers la recherche et le développement.

M. le rapporteur général. On peut déplorer avec vous, monsieur Quatennens, le niveau de rémunération des patrons du CAC40 et son augmentation constante. On peut également considérer que l'industrie pharmaceutique représente des dizaines de milliers d'emplois dans notre pays et qu'elle contribue déjà, à hauteur d'1 milliard d'euros par an, aux efforts de maîtrise médicalisée. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Elle adopte l'article 4 sans modification.

Article 5 : *Rectification des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019*

La commission adopte l'article 5 sans modification.

Article 6 : *Rectification de l'ONDAM et des sous-ONDAM 2019*

La commission est saisie des amendements de suppression AS23 de M. Joël Aviragnet, AS101 de Mme Caroline Fiat et AS191 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS23 vise à supprimer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2019 et à proposer au Gouvernement de faire un geste en faveur de l'hôpital public en fixant un ONDAM plus élevé.

M. Ugo Bernalicis. L'amendement AS101 a également pour objet de supprimer l'article 6, car l'ONDAM favorise la politique austéritaire actuelle, notamment dans l'hôpital public. Le mouvement des professionnels ne faiblit pas, malgré les annonces qui ont été faites aujourd'hui. De fait, celles-ci sont en deçà des enjeux. Faut-il rappeler la situation tendue des établissements psychiatriques ou celle des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui a été soulignée par notre collègue Caroline Fiat dans le rapport qu'elle a cosigné, du reste, avec des collègues de La République en Marche et du Mouvement Démocrate ? Nous ne pouvons pas nous satisfaire de la trajectoire proposée par le Gouvernement, qui continue d'étrangler ce service public essentiel qu'est celui de la santé.

M. Pierre Dharréville. L'article 6 tend à valider l'ONDAM pour 2019, fixé à 2,5 % pour l'hôpital, qui a contribué à nous enfoncer dans la crise. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cette disposition, qui s'est traduite par des économies à hauteur de 800 millions d'euros pour le secteur hospitalier en 2019. Il faut commencer à desserrer la vis.

M. le rapporteur général. La vis ne serait pas desserrée bien longtemps, monsieur Dharréville, puisque vous proposez de supprimer l'ONDAM de l'année qui vient de s'écouler, dont le budget a donc déjà été exécuté. Le temps que le

texte soit promulgué, votre amendement n’aurait un impact sur les hôpitaux que pendant une dizaine d’heures... Plus sérieusement, je rappelle que l’ONDAM 2019, qui avait été fixé à 2,5 % pour l’hôpital, était le plus élevé des six ou sept dernières années.

M. Pierre Dharréville. Les nouvelles mesures annoncées permettront-elles d’atteindre le niveau de 2019 en 2020 ?

M. le rapporteur général. Compte tenu du ralentissement de l’activité hospitalière en volume depuis deux ans et des prévisions d’activité, on peut affirmer non seulement que, grâce à l’amendement du Gouvernement – que vous ne manquerez pas de voter avec nous tout à l’heure –, les tarifs ne baisseront pas en 2020, et ce pour la deuxième année consécutive, mais que, l’ONDAM hospitalier étant équivalent à celui de l’an dernier, l’hôpital bénéficiera de moyens supplémentaires, indépendamment des mesures annoncées aujourd’hui.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l’article 6 sans modification.

Elle adopte la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 sans modification.

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*

La commission examine en discussion commune l’amendement AS97 de M. Paul Christophe ainsi que les amendements identiques AS111 de M. Gilles Lurton et AS229 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. S’agissant du versement d’une prime exceptionnelle, l’amendement AS97 tend à revenir sur l’obligation faite aux entreprises de moins de onze salariés d’avoir recours à un accord d’intéressement. Cet amendement a été adopté par la commission en première lecture, mais pas en séance.

À titre de repli, l’amendement AS229 prévoit un seuil de cinquante salariés.

Suivant l’avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS234 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement, issu du travail réalisé par les sénateurs, tend à supprimer la condition préalable qui est établie à l'alinéa 5 en ce qui concerne les établissements et services d'aide par le travail.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle examine l'amendement AS235 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Mon amendement, qui est également d'origine sénatoriale, vise à sécuriser juridiquement la suppression de la condition liée à la mise en place d'un accord d'intéressement pour les associations et les fondations. Nous avons adopté ce dispositif en première lecture, mais il faut le compléter sur le plan légistique.

La commission adopte l'amendement.

Elle aborde ensuite les amendements identiques AS24 de M. Joël Aviragnet et AS192 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. Je vous propose de resocialiser la prime exceptionnelle. Nous avons déjà abordé la question des droits acquis.

M. Pierre Dharréville. S'agissant de la situation de l'hôpital public – et de façon plus générale, car on ne peut pas résumer le PLFSS à cette question, qui est certes majeure, mais pas unique –, nous demandons de mobiliser plus de moyens pour faire face aux dépenses sociales et de santé. Nous pensons que ces moyens existent : ce n'est pas une simple posture revendicative, de principe. Nous avons formulé de nombreuses propositions pour augmenter les ressources de la sécurité société. Le principe est simple : tout salaire doit contribuer, par la cotisation, au financement solidaire de la sécurité sociale. Tel est l'objet de l'amendement AS192.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS102 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Adrien Quatennens. Je tiens particulièrement à cet amendement. Il est beaucoup question de la transparence, à laquelle vous vous dites favorables. Nous ne proposons rien d'autre que de l'établir à propos de ce qui est peut-être le mensonge le plus habituel de cette majorité depuis le début du quinquennat : vous dites que si on allège les cotisations, on rend du pouvoir d'achat. Or c'est faux : la cotisation est une part du salaire. Elle finance potentiellement les dépenses de santé. C'est un débat que nous avons aujourd'hui, notamment au sujet de la situation de l'hôpital, mais que nous aurons également demain s'agissant des retraites. Notre idée est de faire apparaître sur les bulletins de paie ce que les cotisations financent : si on en supprime tel montant, cela représente

potentiellement autant de remboursements en moins pour les médicaments, pour les soins à l'hôpital, voire pour les pensions de retraite. Notre amendement instaurera la transparence au sens littéral du terme.

M. le rapporteur général. Je vous ferai la même réponse qu'en première lecture. Je comprends votre proposition, mais il faudrait alors indiquer sur les bulletins de salaire que cinq millions de Français ont bénéficié l'année dernière de la prime exceptionnelle et que cela représente un gain de pouvoir d'achat de 2 milliards d'euros. Il faudrait également préciser tout ce que permet cette augmentation de pouvoir d'achat en matière de création d'emplois et de richesse dans notre pays, ainsi que de retombées pour la sécurité sociale – elles sont importantes. Mon avis reste donc défavorable.

M. Adrien Quatennens. La prime ne faisant pas l'objet d'une compensation par l'État dans le budget de la sécurité sociale, les comptes de celle-ci sont affaiblis.

Par ailleurs, si on détaillait les mesures qui ont été prises, notamment au mois de décembre 2018, comme l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires, on verrait grâce à un simple calcul le nombre d'équivalents temps plein que cela permettrait de recruter.

Je préfère une augmentation des salaires, et donc des cotisations supplémentaires pour la sécurité sociale, à une exonération sur les heures supplémentaires dans le contexte de chômage que nous connaissons.

Le nombre d'heures supplémentaires réalisées ne représente pas un gain de pouvoir d'achat considérable pour les personnes concernées, alors que cela aurait permis de réaliser beaucoup d'embauches à temps plein. Cela me semblerait plus intelligent face au chômage de masse.

Je ne suis pas sûr que vous seriez vainqueurs si on jouait jusqu'au bout le jeu de la transparence.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 7 modifié.

Article 8 : Ajustement du calcul des allègements généraux

La commission examine l'amendement AS104 de M. Adrien Quatennens.

M. Ugo Bernalicis. Nous souhaitons modifier le principe du bonus destiné aux entreprises dites « vertueuses », c'est-à-dire qui appliquent tout simplement la loi. Nous ne contestons pas la création d'un malus pour les entreprises ayant abusivement recours aux contrats courts, mais il ne faut pas que le respect de la loi conduise en soi à un bonus. On ne va quand même pas donner un bonus à tous ceux qui se conduisent bien et qui n'ont pas de contravention – ou alors il faudra nous expliquer comment vous comptez vous y prendre. Beaucoup d'entreprises

n'embauchent que dans le cadre de contrats longs sur le papier, comme dans le secteur de la restauration rapide, où on a facilement un contrat à durée indéterminée, mais je ne pense pas que leurs pratiques managériales, à l'égard des salariés, soient très vertueuses – il suffit de regarder le *turn-over* dans ce genre d'entreprises. Ne donnons pas des bonus à des acteurs qui se contentent de respecter la loi.

M. le rapporteur général. Nous avons eu des débats assez longs, en commission comme en séance publique, à propos des amendements relatifs à l'article 8. J'émet un avis défavorable à l'amendement AS104 pour les mêmes raisons qu'en première lecture. Nous pouvons encore débattre toute la nuit, mais je rappelle que nous nous sommes déjà beaucoup exprimés – vous n'étiez pas là, ce qui est votre droit.

M. Ugo Bernalicis. J'étais présent mais pas pour cet article.

S'il faut prendre un autre exemple que les contraventions, on peut envisager un système de bonus et de malus pour le travail fourni à l'Assemblée nationale par les députés afin de moduler les indemnités parlementaires. Vous trouveriez cette solution grossière pour ceux qui participent normalement aux travaux.

Par ailleurs, vous êtes en train de créer une sorte d'usine à gaz : vous allez complexifier le système en pure perte. Vous comptez trouver un équilibre entre ceux qui sont vertueux et ceux qui ne le sont pas. Or si tout le monde commençait à être vertueux, cela créerait un nouveau trou dans les caisses de la sécurité sociale. Je vous le signale car c'est une question qui vous importe beaucoup.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient à l'amendement AS107 de Mme Caroline Fiat.

M. Adrien Quatennens. Dans la continuité de ce que vient de dire Ugo Bernalicis, la question est de savoir si nous voulons vraiment faire du contrat à durée indéterminée la règle. Dans le droit du travail, c'est normalement le cas. Si c'est la règle, elle doit être respectée. C'est quand elle ne l'est pas qu'il faut sanctionner. Le contrat à durée déterminée existe, mais il concerne normalement des situations exceptionnelles – un surplus momentané de travail. Or 87 % des embauches se font sous la forme de contrats courts. On n'a jamais autant embauché qu'aujourd'hui au sens où on n'a jamais signé autant de contrats extrêmement précaires. Voilà le sujet sur lequel il faudrait agir.

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

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette ensuite l'amendement AS44 de M. Joël Aviragnet.

Puis elle adopte l'article 8 sans modification.

Article 8 bis : *Évolution des règles d'affiliation au régime agricole*

La commission adopte l'article 8 bis sans modification.

Article 8 ter : *Exonération de cotisations et de contributions pour les saisonniers*

La commission adopte l'article 8 ter sans modification.

Article 8 quater : *Intégration du secteur de la presse dans le barème de compétitivité renforcée « LODEOM »*

La commission est saisie de l'amendement AS167 de M. Stéphane Claireaux.

M. Stéphane Claireaux. Merci de m'accueillir au sein de la commission des affaires sociales.

Ma collègue de Polynésie Maina Sage et moi-même avons montré, dans un rapport sur le développement audiovisuel dans les outre-mer, les atouts et les intérêts des tournages de fictions et de documentaires pour les territoires ultramarins. Sous l'impulsion des régions, les productions audiovisuelles connaissent un véritable élan. Le développement de cette filière crée de la visibilité et des emplois, ce qui fait du bien à nos économies tout en participant au rayonnement culturel de cette autre France que sont les outre-mer, dans nos bassins géographiques respectifs mais aussi au plan national et international.

Pendant, cette dynamique prometteuse reste fragile. Le coût du travail dans les outre-mer pèse notamment beaucoup sur les productions : c'est un frein réel pour le développement et l'épanouissement d'un secteur pourtant plein d'avenir. En vue de conforter l'attractivité des territoires ultramarins en tant que terres de tournage, l'amendement AS167 vise à intégrer le secteur de la production audiovisuelle dans le dispositif « compétitivité renforcée » des exonérations de la loi pour le développement économique des outre-mer (LODEOM), à l'instar de ce que nous avons fait pour la presse en première lecture.

M. le rapporteur général. Nous avons adopté en première lecture des mesures permettant d'exonérer de cotisations sociales les rémunérations versées par certaines entreprises implantées outre-mer. Le dispositif LODEOM, intégralement compensé auprès de la sécurité sociale, a coûté au total 971 millions d'euros en 2018.

Je suis gêné car je n'ai pas d'étude d'impact : je vous propose, dans un esprit d'ouverture, de retirer votre amendement pour le redéposer la semaine prochaine en séance publique. Il y aura alors au banc un ministre qui pourra nous expliquer l'impact de cet amendement.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 8 quater sans modification.

Article 8 quinquies : *Renforcement du régime spécifique d'exonération « LODEOM »*

La commission adopte l'article 8 quinquies sans modification.

Article 9 : *Non-assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités spécifiques de rupture conventionnelle dans la fonction publique*

La commission examine l'amendement de suppression AS193 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. L'article 9 est une déclinaison de la loi relative à la transformation de la fonction publique. Comme nous sommes défavorables à ce que l'on encourage la signature de ruptures conventionnelles, nous proposons de supprimer cet article du projet de loi.

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

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS108 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. Dans le même esprit que l'amendement précédent, nous demandons qu'il n'y ait pas de non-assujettissement des indemnités de rupture conventionnelle aux cotisations et aux contributions sociales.

Tout d'abord, nous sommes opposés aux ruptures conventionnelles dans la fonction publique, bizarrerie qui a été introduite par la majorité et le Gouvernement dans le dernier texte relatif à la fonction publique. On rompt par voie de convention avec une situation juridique qui n'est pas de nature contractuelle. Ce n'est pas la première étrangeté législative de votre part, mais il fallait quand même y penser ! On voit à quel point vous voulez vous passer de fonctionnaires. S'il fallait des preuves, en voilà une.

Vous voulez en plus qu'il n'y ait pas de contribution à la sécurité sociale au motif que cela augmenterait le pouvoir d'achat, et le manque à gagner ne serait pas compensé. Ce sont autant de raisons supplémentaires de s'opposer à l'article 9.

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

La commission en vient à l'amendement AS214 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à supprimer une des mesures de non-compensation décidées par le Gouvernement qui créent artificiellement un déficit des comptes sociaux.

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

Puis elle adopte l'article 9 sans modification.

Article 9 bis : *Exonération de prélèvements sociaux sur le versement de la prestation de compensation du handicap à un aidant familial*

La commission est saisie de l'amendement AS236 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Je vous propose d'appliquer l'exonération sur le versement de l'aide humaine de la prestation de compensation du handicap à compter du 1^{er} janvier 2019 au lieu du 1^{er} janvier 2020. Cela fait suite à un amendement sénatorial que je trouve intéressant.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 9 bis modifié.

Article 9 ter : *Extension de l'assiette de la taxe dite « prémix »*

La commission examine l'amendement AS1 de M. Pascal Lavergne.

M. Pascal Lavergne. Merci de m'accueillir dans cette commission.

L'amendement AS1 tend à supprimer l'article 9 ter, qui a pour but de taxer les « prémix » à base de vin. Nous sommes un certain nombre à nous interroger sur la raison de cette taxation alors que nous avons été incapables, pour des raisons juridiques, de taxer les bières de plus de 10 degrés : il en résulte un trouble assez important dans la filière viticole. Étant viticulteur et député d'une circonscription extrêmement viticole, je veux me faire le porte-parole de cette incompréhension.

La filière est très engagée aux côtés de la puissance publique dans des démarches visant à consommer mieux et à faire de la prévention. Une telle taxe enverrait, à mon sens, un mauvais signal aux viticulteurs et à l'ensemble de la filière. Taxer n'est pas nécessairement une solution : il faut accompagner les jeunes publics. La réponse est sans doute plus du côté de la prévention que de la taxation.

La taxation proposée ferait augmenter de 35 % le prix des bouteilles de rosé pamplemousse – le surcoût sera de 2,50 euros par bouteille. Il semble, par ailleurs, que la taxation des « prémix » passerait à côté de la cible visée. Il est normal de se préoccuper de la jeunesse et des problèmes d'addiction qu'elle peut rencontrer autour de l'alcool, mais je voudrais faire part d'un certain nombre d'éléments relatifs à la consommation.

Les prémix sont consommés à 80 % par des personnes de plus de 35 ans et à 61 % par des plus de 50 ans. Des alcools plus forts sont plutôt consommés par les jeunes.

Je le répète : un message très négatif est envoyé à la profession viticole, qui ne comprend pas.

M. le rapporteur général. J'aurai appris ce soir – je le dis sans vouloir vous taquiner – que le rosé pamplemousse est un acteur majeur de la prévention en matière de santé publique. On peut s'inquiéter pour une filière et la défendre, en discutant de l'impact fiscal de tel ou tel dispositif législatif, sans aller jusqu'à de telles considérations.

Il n'est pas question de la filière viticole française traditionnelle ni de la filière brassicole, qui ont un héritage en matière de terroirs, mais de produits à base de vins qui ne sont pas de qualité. Ils n'ont pas d'appellation d'origine contrôlée (AOC). Ils ne sont pas labellisés et produits par des viticulteurs dans des terroirs viticoles. La plupart de ces vins viennent d'Europe et ne font pas l'objet d'une labellisation à la française, selon la terminologie que l'on entend parfois.

Je voudrais appeler votre attention sur le fait que le Sénat a non seulement adopté la taxe « prémix » en première lecture – on aurait pu avoir un doute – mais qu'il a triplé le niveau que nous avions prévu. J'ai fait le choix de ne pas redéposer l'amendement adopté presque à l'unanimité par les sénateurs, mais c'est un débat que nous pourrions avoir d'ici à la séance publique si on repose la question de la taxe « prémix », que je pensais close à l'issue de la première lecture.

Je vous propose de retirer votre amendement. Sinon j'émettrai un avis défavorable.

M. Pascal Lavergne. Je maintiens mon amendement, et je ne suis pas tout à fait d'accord avec l'exposé du rapporteur général. Prétendre qu'il ne s'agit pas de vins produits en France, c'est méconnaître la filière viticole. Les volumes concernés jouent un rôle très important pour permettre aux exploitations viticoles d'écouler la totalité de leur production. Même en produisant des vins AOC de haute qualité, il arrive de connaître des échecs dans un certain nombre de cuves, et les producteurs sont alors heureux de pouvoir valoriser la totalité de leur production. C'est comme pour la boucherie, les vaches ne donnent pas que des entrecôtes et il faut aussi valoriser les plats de côtes.

M. Ugo Bernalicis. Je découvre la question des prémix à base de vin. Étant membre du groupe d'études sur la filière brassicole, je constate que l'on s'en prend aux bières à plus de 10 degrés, j'informerai le groupe d'études qu'il faut peut-être mettre en place une taxe sur ces bières pour que tout le monde soit au même niveau à ce sujet. Si la taxe était inversement proportionnelle aux qualités gustatives, nos discussions n'auraient peut-être pas la même teneur !

M. le rapporteur général. Monsieur Lavergne, nous allons vous fournir les statistiques précises sur l'origine des vins utilisés dans les prémix. Chaque fois que nous discutons d'alcool, un certain nombre d'industriels, qui ne représentent pas les viticulteurs, interpellent des producteurs pour qu'ils se sentent attaqués par la législation en cours d'examen. Je vous garantis que l'immense majorité des vins utilisés dans les prémix vendus en France ne sont pas produits dans notre pays, mais en Espagne et en Italie.

Votre amendement « sert » la cause de vins de très basse qualité, produits dans des pays de l'Union européenne hors de France, destinés à un public jeune et vendus dans les conditions que l'on connaît.

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

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

Article 9 quater : *Création d'un abattement sur la CSG assise sur les revenus des détenus*

*La commission **adopte** l'amendement de précision AS237 du rapporteur général.*

*Puis elle **adopte** l'article 9 quater **modifié**.*

Article 9 quinques : *Exonération de la branche professionnelle des ports et de la manutention de la surcotisation de 50 % finançant la prise en charge de la pénibilité*

*La commission **adopte** l'amendement de précision AS238 du rapporteur général.*

*Puis elle **adopte** l'article 9 quinques **modifié**.*

Chapitre II

Simplifier et moderniser les relations avec l'administration

Article 10 : *Unification du recouvrement dans la sphère sociale*

La commission est saisie de deux amendements de suppression AS110 de M. Adrien Quatennens et AS194 de M. Pierre Dharréville.

M. Adrien Quatennens. L'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) est une institution puissante dans notre société, notamment grâce à un travail centré sur des objectifs précis et une grande indépendance vis-à-vis de l'État. Nous nous demandons si l'unification des régimes permettra de préserver les champs de qualification et de compétences des personnes en poste actuellement, et dans le doute, nous préférons supprimer l'article 10.

M. Pierre Dharréville. Nous pourrions déceler dans l'article 10 la volonté de préparer la réforme des retraites, qui s'élabore dans le flou artistique le plus total. Avant de prendre de telles mesures, il serait préférable de clarifier certains points, mais nous n'en prenons pas le chemin, hélas !

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Ugo Bernalicis. J'abonde dans le sens de mes collègues, d'autant qu'il est question de la fusion de certains services de la direction générale des finances publiques (DGFIP) et des URSSAF et d'une nouvelle mission de conseil aux employeurs. Ces décisions s'inscrivent dans la continuité du droit à l'erreur et des rescrits fiscaux, qui donnent aux grandes entreprises la capacité de négocier avec les administrations, ou tout du moins de les pousser dans leurs retranchements pour obtenir des engagements écrits opposables. Ce n'est pas ainsi que nous ferons entrer dans les caisses de l'État le produit de la fraude des entreprises aux impôts collectés par la DGFIP ou l'URSSAF. Nous avons besoin de déployer les forces, non de les concentrer plus encore pour réaliser des économies de personnel. Il faut du monde pour faire respecter la loi dans le pays.

La commission rejette ces amendements.

Puis, elle adopte l'amendement de coordination AS239 du rapporteur général.

Enfin, elle adopte l'article 10 modifié.

Article 11 : *Simplification des démarches des travailleurs indépendants*

La commission adopte l'article 11 sans modification.

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*

La commission adopte l'article 12 sans modification.

Article 13 : *Simplification des démarches pour les redevables et renforcement de la sécurité juridique*

La commission est saisie de l'amendement AS112 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 a instauré la possibilité d'une suppression partielle des exonérations, selon la gravité de la fraude commise, dans les cas de travail dissimulé. Nous ne comprenons pas la volonté du Gouvernement en la matière : si une fraude est commise, l'exonération doit être supprimée dans sa totalité et des sanctions devraient même être prononcées. Pourquoi prévoir une proportionnalité instaurant une confusion entre les exonérations de cotisations sur le travail dissimulé et la sanction administrative ou judiciaire prononcée en cas d'infraction ? Dans les cas de travail dissimulé, les poursuites contre les entreprises sont assez rares, et lorsque les personnes concernées sont en situation irrégulière, l'administration est bien plus pointilleuse pour les envoyer en centre de rétention administrative que pour récupérer les sommes dues à la sécurité sociale ou prononcer des sanctions judiciaires.

M. le rapporteur général. La modulation de l'annulation des allègements de cotisations a déjà été débattue trois fois, puisqu'une seconde délibération avait été demandée à ce sujet en séance. Les sanctions ne sont pas appliquées car elles ne sont pas applicables. Face à l'impossibilité de moduler les annulations, les inspecteurs de l'URSSAF préfèrent ne pas sanctionner les entreprises. Adopter votre amendement aboutirait à l'absence de sanction, alors que la modulation permise par la LFSS de l'année dernière va inciter les inspecteurs de l'URSSAF à systématiquement prescrire des pénalités.

Je vous propose le retrait, sinon avis défavorable, comme chaque fois que nous en avons débattu.

M. Ugo Bernalicis. Nous ne retirons pas cet amendement, comme chaque fois que nous débattons de ce sujet, car nous estimons préférable de donner les outils et les moyens nécessaires aux inspecteurs de l'URSSAF pour prononcer de véritables sanctions, administratives et aussi judiciaires. Ce n'est pas le seul domaine dans lequel nous nous contentons de prononcer des sanctions administratives dans des affaires qui pourraient être judiciairisées, parce qu'elles sont trop complexes ou parce que les inspecteurs des URSSAF n'ont pas de qualification judiciaire pour transmettre des enquêtes au parquet. Je vous renvoie à l'excellent rapport rédigé par Jacques Maire et moi-même sur la lutte contre la délinquance financière. Je ne suis pas convaincu que nous atteindrons nos objectifs de la sorte, car les entreprises peuvent penser qu'au pire, elles risquent une modulation de l'annulation de leurs allègements de cotisations sociales.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS46 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Nous sommes également opposés à la modulation des sanctions pour travail dissimulé.

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

Elle en vient aux amendements identiques AS47 de M. Joël Aviragnet et AS195 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. L'amendement AS47 propose de supprimer la disposition qui module les sanctions des entreprises pour cause de travail dissimulé. Pour un même manquement à la loi, une entreprise doit recevoir la même sanction, qu'elle bénéficie d'exonérations ou non.

M. Pierre Dharréville. Nous craignons que la disposition proposée n'affaiblisse la lutte contre la fraude patronale et la fraude au détachement, et banalise le travail dissimulé.

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

*Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS223 de M. Joël Aviragnet.*

*Enfin, elle **adopte** l'article 13 **sans modification**.*

Article 14 : Mesures de lutte contre la fraude

La commission étudie l'amendement AS240 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Il s'agit de faciliter le travail de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

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

*Elle **adopte** l'article 14 **modifié**.*

Chapitre III

Réguler le secteur des produits de santé

Article 15 : Création d'une clause de sauvegarde applicable aux dispositifs médicaux remboursés

La commission est saisie de l'amendement AS113 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Adrien Quatennens. Nous souhaitons supprimer le plafond de 10 % du chiffre d'affaires qui s'applique à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux.

Cette limitation permet à des entreprises de poursuivre des pratiques non vertueuses : dès lors qu'une entreprise vend ses produits extrêmement cher, son chiffre d'affaires augmente et l'objectif visé par l'article 15 perd son efficacité. Afin de forcer les laboratoires à commercialiser leurs médicaments de façon décente, il convient de supprimer l'alinéa 12.

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

*Puis elle **adopte** l'article 15 **sans modification**.*

Article 16 : Fixation du taux M pour la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables pour 2020

La commission examine, en discussion commune, les amendements AS63 de M. Gilles Lurton, AS3 de M. Stéphane Viry et AS115 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. Nous proposons de diminuer la clause de sauvegarde médicaments à 0,1 %, au lieu de 0,5 % actuellement.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Ugo Bernalicis. Je regrette cet avis défavorable, car dans le secteur du médicament, les intermédiaires que sont les répartiteurs de médicaments n'ont pas la capacité d'augmenter leur chiffre d'affaires et se serrent la vis depuis des années. La répartition des revenus des médicaments est extrêmement favorable aux entreprises qui les produisent, alors que nous savons qu'elles ne sont pas toujours très diligentes lorsque des scandales les mettent en cause. Les faire contribuer à hauteur des besoins de l'intérêt général est la moindre des choses.

La commission rejette successivement les amendements.

Elle en vient à l'amendement AS58 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. En première lecture, nous avons voté le principe d'une visibilité à trois ans du budget des établissements de santé. Cette pluriannualité est demandée par tous les acteurs du système de santé, et cet amendement tend à améliorer le suivi du budget de l'assurance maladie.

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

Puis elle adopte l'article 16 sans modification.

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*

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS116 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Adrien Quatennens. L'article 17 prévoit la finalisation de différentes réformes auxquelles nous nous sommes opposés, notamment le transfert de recettes entre les branches et organismes de la sécurité sociale et la répartition de la TVA et de la taxe sur les salaires entre les branches, et en conséquence les allègements généraux des cotisations patronales d'assurance chômage. Il prévoit aussi le transfert à la sécurité sociale du financement de l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de l'Agence nationale de la santé publique (ANSP).

Nous souhaitons donc la suppression de cet article.

M. le rapporteur général. Nous en avons déjà débattu en première lecture, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle est saisie de l'amendement AS17 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Nous proposons de supprimer les alinéas 3 à 8 de l'article 17, qui instaurent de nouvelles exceptions au principe de compensation par l'État des mesures induisant des dépenses de la sécurité sociale.

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

Puis elle examine, en discussion commune, l'amendement AS215 de M. Joël Aviragnet ainsi que les amendements identiques AS48 de M. Joël Aviragnet, AS65 de M. Gilles Lurton et AS196 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. Les amendements AS215 et AS48 visent également à supprimer la non-compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS65 prenait tout son sens suite au vote de notre commission en première lecture du PLFSS, au mois d'octobre, supprimant tous les articles qui ne prévoyaient pas la compensation des dépenses de la sécurité sociale. Puisque vous avez voté en séance le contraire de ce que vous aviez voté en commission, je retire cet amendement qui a perdu sa cohérence.

L'amendement AS65 est retiré.

M. Pierre Dharréville. Mon amendement AS196 est un amendement de cohérence avec celui que la commission vient malheureusement de rejeter.

La commission rejette successivement les amendements AS215, puis AS48 et AS196.

Elle en vient à l'amendement AS49 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement pourrait être utile à l'avenir : il vise à repousser de deux ans l'apurement de la dette sociale. Son adoption permettrait de financer un plan « hôpital » ambitieux, à la hauteur des attentes de nos concitoyens et du personnel hospitalier, ainsi qu'un plan « perte d'autonomie » pour donner une suite positive aux recommandations du rapport Libault de février 2019. Il dégagerait 5,1 milliards d'euros dès 2020.

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

Puis elle adopte l'article 17 sans modification.

Article 18 : *Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionnées à l'annexe 5*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement de suppression AS50 de M. Joël Aviragnet.

Puis elle adopte l'article 18 sans modification.

Article 19 : *Approbation du tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2020*

La commission adopte l'article 19 sans modification.

Article 20 : *Approbation du tableau d'équilibre du régime général pour 2020*

La commission adopte l'article 20 sans modification.

Article 21 : *Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale et des prévisions de recettes affectées au FRR et mises en réserve par le FSV*

La commission adopte l'article 21 sans modification.

Article 22 : *Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt*

La commission adopte l'article 22 sans modification.

Article 23 : *Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*

La commission examine les amendements de suppression AS51 de M. Joël Aviragnet et AS230 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Les annonces du Gouvernement relatives au plan d'urgence dans les hôpitaux rendent caduques l'article 23, qui prévoit l'évolution pluriannuelle des dépenses de sécurité sociale, et notamment des dépenses de santé pour les trois prochaines années. Nous en demandons donc la suppression.

M. le rapporteur général. Je rassure M. Dharréville, des amendements de coordination gouvernementaux déposés en séance rendront cet article pleinement opérationnel. Il faut donc le conserver. D'où une demande de retrait ou un avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. N'ayant aucun élément d'information sur ces amendements, je maintiens cet amendement.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 23 et l'annexe B, sans modification.

Elle adopte ensuite la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 modifiée.

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 A : *Pluriannualité des ressources des établissements de santé*

La commission adopte l'article 24 A sans modification.

Article 24 : *Réforme du financement des hôpitaux de proximité*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement de suppression AS117 de Mme Caroline Fiat.

Puis elle en vient à l'examen des amendements identique AS52 de M. Joël Aviragnet et AS197 de M. Pierre Dharréville.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement propose de ne pas lier le niveau de garantie pluriannuelle de financement des hôpitaux de proximité au volume d'activités réalisées.

M. Pierre Dharréville. Selon nous, il convient de ne plus lier le financement au volume d'activité des hôpitaux de proximité, afin de pérenniser leurs ressources. C'est un débat que nous avons déjà eu, mais comme je suis pugnace et optimiste, je me permets de le soumettre de nouveau à votre sagacité.

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

Puis elle examine l'amendement AS172 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement assure, entre autres, une mise en cohérence du PLFSS 2020 avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019.

En effet, en instaurant les projets territoriaux de santé (PTS) sur le modèle des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), cette loi vise à en faire un outil majeur de coordination de l'offre de soins et du parcours des patients, ainsi qu'un levier de concertation et de décloisonnement des professionnels du soin, engagés dans une démarche collective et collaborative de diagnostic partagé, avec

notamment les conseils locaux en santé mentale (CLSM) et les communautés professionnelles de santé.

Il convient d'harmoniser les outils d'organisation déjà en place. Ainsi, si l'analyse de l'offre de soins et des besoins des populations sur un territoire dont les caractéristiques et les conditions d'existence ont été appréciés dans un diagnostic partagé et concerté entre tous les professionnels, il convient que les hôpitaux de proximité en tiennent compte, ainsi que l'administration qui les finance et établit le niveau de la garantie pluriannuelle de financement.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS83 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. La mise en place d'une offre de consultations de spécialités par les hôpitaux de proximité ne peut se concevoir qu'en complément de l'offre de soins libérale, c'est ce que précise cet amendement.

M. le rapporteur général. On connaît le dicton « Jamais deux sans trois » : vous avez déjà déposé cet amendement en première lecture, tant en commission qu'en séance ; dans les deux cas, vous avez accepté de le retirer, et je vous propose de faire de même aujourd'hui.

L'amendement AS83 est retiré.

La commission est saisie de l'amendement AS119 de M. Adrien Quatennens.

M. Ugo Bernalicis. Vous ouvrez les hôpitaux de proximité à l'exercice libéral. Or, selon nous, l'exercice libéral ne répond pas actuellement aux principes d'un véritable service public de santé. Liberté d'installation, liberté tarifaire, possibilité de travailler en solitaire, moins bon remboursement ne sont pas des principes à développer. Face à cette situation en contradiction avec les objectifs fondamentaux des hôpitaux de proximité, nous demandons l'interdiction de la pratique libérale en leur sein.

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

Puis elle adopte l'article 24 sans modification.

Article 25 : Réforme du financement de la psychiatrie et évolution du modèle cible de financement des soins de suite et de réadaptation

La commission est saisie de l'amendement AS170 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement de cohérence vise à ajouter les mots « santé mentale » au mot « psychiatrie » pour rendre compte des activités mentionnées par l'article 25.

De stratégie en plan est plébiscitée la définition positive et holistique de la santé mentale établie par l'Organisation mondiale de la santé à savoir « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de la communauté* ». Cette approche prend en compte l'ensemble des déterminants de santé permettant d'améliorer la qualité de la vie : la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Au demeurant, la feuille de route santé mentale et psychiatrie du Gouvernement intègre pleinement cette définition, qu'il convient d'inscrire désormais dans le code de sécurité sociale.

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

Puis elle examine l'amendement ASI26 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. Nous proposons que la psychiatrie ne puisse pas faire l'objet d'une tarification à l'activité (T2A). Si on peut comprendre que celle-ci s'applique à des actes standardisés, c'est assez complexe pour ce qui concerne la médecine hospitalière, et quasiment mission impossible pour la psychiatrie. Chaque patient est en effet unique, et sa guérison nécessite des relations humaines au long cours.

M. le rapporteur général. J'ai une bonne nouvelle, monsieur Bernalicis, la T2A n'existe pas en psychiatrie, elle n'a jamais existé et n'existera pas demain, puisque le présent PLFSS l'exclut. Je vous propose donc le retrait de cet amendement.

M. Ugo Bernalicis. Ne faisant en général pas confiance aux rapporteurs, je maintiens mon amendement.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle en vient à l'amendement ASI65 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. La mission d'information sur l'organisation territoriale de la santé mentale a montré que l'opacité qui entourait l'utilisation de la dotation annuelle de financement cristallisait les crispations des professionnels de santé et se révélait à la fois source de suspicion à l'égard de l'administration et frein majeur à toute réforme.

Cet amendement vise à y remédier en garantissant par voie d'arrêté la traçabilité de l'utilisation des dotations nouvellement créées.

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

Elle examine ensuite l'amendement ASI66 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement vise d'une part à rappeler que le critère populationnel doit être rattaché à un territoire. D'autre part, dans un souci de cohérence avec la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, il précise que le montant de la dotation populationnelle prend en compte, outre les besoins de la population du territoire et l'analyse de l'offre de soins hospitalières et extrahospitalières ou les orientations régionales des projets régionaux de santé, celles qui sont définies dans les PTSM et les PTS ou les CLSM et les communautés professionnelles territoriales de santé.

En effet, en instaurant les projets territoriaux de santé sur le modèle des projets territoriaux de santé mentale, la « loi santé » du 24 juillet 2019 vise à en faire un outil majeur de coordination de l'offre de soins et du parcours des patients, ainsi qu'un levier de concertation et de décloisonnement des professionnels du soin.

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

Puis elle en vient à l'amendement ASI20 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. Il s'agit de préciser que l'attribution des dotations se fait selon des critères favorisant les établissements de santé publics par rapport aux établissements de santé privés, car nous estimons, évidemment, que les financements doivent être plutôt fléchés vers les premiers, sachant que les établissements privés sont de plus en plus aux mains de grands groupes à très forte rentabilité, dont on retrouve des ramifications jusque dans les paradis fiscaux, ce qui, convenons-en, ne sert pas vraiment l'intérêt général.

Notre amendement a donc pour objet de soutenir les établissements publics, qui ont besoin de moyens supplémentaires pour faire évoluer la psychiatrie.

M. le rapporteur général. J'aurais aimé vous donner les raisons de mon avis défavorable mais, puisque, par principe, vous n'avez pas confiance dans le rapporteur, je m'en tiendrai là.

M. Ugo Bernalicis. Par principe, je ne vous crois pas, monsieur le rapporteur, mais j'ai plaisir à entendre vos arguments, pour pouvoir les contester par la suite. Cela étant, c'est votre droit de ne pas me les livrer.

La commission rejette l'amendement.

Elle en vient ensuite à l'amendement ASI68 de M. Brahim Hammouche.

M. Brahim Hammouche. Cet amendement précise que la dotation populationnelle doit viser un objectif de réduction des inégalités dans l'allocation des ressources, non seulement entre les régions mais également entre les départements.

Ce faisant, l'objectif de correction des inégalités dans l'allocation des ressources visé par cet article doit être inter et intra-régional, mais aussi départemental. Cela se justifie d'autant plus au regard du rôle des départements en matière d'action sociale.

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

Elle examine ensuite l'amendement AS198 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Cet amendement propose de créer une priorité au secteur public dans l'attribution des dotations qui concernent la psychiatrie.

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

*Puis elle **adopte** l'article 25 **sans modification**.*

Article 26 : Réforme du ticket modérateur à l'hôpital

*La commission **adopte** l'article 26 **sans modification**.*

Article 26 bis : Réforme du financement des urgences

*Suivant l'avis favorable du rapporteur général, la commission **adopte** successivement l'amendement rédactionnel AS55, puis les amendements de coordination AS56 et AS54 de M. Thomas Mesnier.*

Puis elle examine l'amendement AS220 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à supprimer la possibilité d'expérimenter un « forfait de réorientation » d'un patient par un service ou une unité d'accueil et de traitement des urgences, introduit dans la LFSS 2019. Cela me semble une mesure sage, au vu de la situation des services d'urgences et de la pénurie de médecins.

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

*Puis elle **adopte** l'article 26 bis **modifié**.*

Article 26 ter : Rapport sur le financement et l'évolution du financement des missions de recherche et d'innovation au sein des établissements publics de santé

*La commission **adopte** l'article 26 ter **sans modification**.*

Article 27 : Réforme du financement : nomenclatures de ville

*La commission **adopte** l'article 27 **sans modification**.*

Article 28 : *Prise en charge des dispositifs médicaux : sécurisation des dépenses, négociation des prix en cas de concurrence*

La commission est saisie de l'amendement AS207 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement précise l'obligation de ne pas exclure certaines personnes de l'accès à des produits ou à des prestations remboursables

M. le rapporteur général. C'est un amendement que nous n'avons pas examiné en première lecture. Vous souhaitez préciser que la procédure du référencement sélectif ne peut conduire à placer des personnes dans l'impossibilité de pouvoir accéder à des produits ou prestations remboursables adaptés à la spécificité de leurs besoins. Vous connaissez mes réserves sur la question du référencement sélectif dont nous avons déjà discuté : je vous propose donc de retirer votre amendement pour le redéposer en séance, afin que nous ayons le débat avec la ministre.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement de précision AS250 du rapporteur général.

Puis elle en vient à l'amendement AS25 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. À la demande de plusieurs associations, cet amendement propose de renforcer la sécurité et la « matérieo-vigilance » des dispositifs médicaux reconditionnés pour un nouvel usage.

M. le rapporteur général. La ministre vous a déjà répondu en séance, et l'amendement avait été retiré. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite, en présentation commune, les amendements AS131 de M. Jean-Hugues Ratenon, AS130 et AS134 de M. Adrien Quatennens, AS135 de M. Jean-Hugues Ratenon et AS132 et AS136 de Mme Caroline Fiat.

M. Ugo Bernalicis. Il s'agit de six amendements issus des recommandations de l'Observatoire de la transparence dans les politiques du médicament, qui propose, au travers de différents dispositifs, de rendre obligatoire la transmission d'un certain nombre d'informations sur le financement de la recherche et du développement des produits de santé, sur le montant des contributions publiques – notamment, le crédit d'impôt recherche, qui représente des sommes importantes dont bénéficient largement les entreprises pharmaceutiques, en dehors de toute transparence.

Cette mesure concernerait également les brevets, sachant que certaines institutions publiques octroient ces brevets à des firmes privées, sous licence d'exploitation exclusive, sans que ces licences soient rendues publiques.

La diffusion de ces informations permettrait des négociations transparentes sur la fixation du prix des médicaments.

M. le rapporteur général. Je souhaite m'attarder sur l'amendement concernant la transparence dans le financement de la recherche et développement, dite R&D, dans l'élaboration des prix des médicaments. J'avais indiqué en commission, le mois dernier, que je trouvais ce sujet intéressant. Cet amendement, également déposé par Mme Janvier et par M. Aviragnet à l'article 29, nous a été proposé par des associations et un observatoire de la transparence.

Comme nous ne l'avons pas adopté en première lecture, nous subissons les habituels sarcasmes : « Vous êtes contre la transparence », « C'est mal », etc. Je suis très favorable à la transparence dans les coûts de R&D : la détermination du prix d'un médicament doit prendre en compte l'investissement public conduisant à son développement et à sa commercialisation, et ces informations doivent même être mises à disposition du public. Ce n'est donc pas une question de lobbying : si l'on pouvait éviter ces habituelles attaques, ce serait sympathique pour les parlementaires ! En séance publique, j'avais souhaité un débat avec la ministre ; il était assez tard, et le débat a probablement été survolé.

Nous avons soumis ces amendements à des juristes : la disposition proposée n'est pas applicable. Je vous propose d'en débattre au fond avec la ministre la semaine prochaine dans l'hémicycle : voyons si nous pouvons aboutir à une disposition juridiquement plus conforme, qui nous permettrait d'atteindre ce résultat. En l'absence de réponse sur le fond, je donnerai à titre personnel un avis favorable à cet amendement en séance.

M. Ugo Bernalicis. J'aimerais comprendre les raisons juridiques pour lesquelles cet amendement serait inapplicable. La loi relative à la protection du secret des affaires peut-elle nous être opposée ? Du reste, les firmes privées titulaires de licences ou de brevets nous l'opposent déjà. S'il existe une contradiction, il faudrait peut-être ajouter dans le dispositif que cette disposition déroge à cette loi. Il y a suffisamment de têtes bien faites dans cette commission pour que nous puissions trouver une solution d'ici à la séance.

M. le rapporteur général. Je demande le retrait de cet amendement, tout en prenant l'engagement de donner à titre personnel un avis favorable en séance si nous n'obtenons pas de réponse ni d'avancée sur cette question fondamentale. Vous soulevez le problème du secret des affaires : le Comité économique des produits de santé (CEPS), que j'ai auditionné spécifiquement sur cette question, a également mis en avant d'autres problèmes d'ordre réglementaire ou technique, qui rendrait la chose peu applicable.

Si les conditions d'élaboration de la transparence ne sont pas rigoureusement identiques d'un médicament à l'autre, vous imaginez bien que certains en tireront la conclusion qu'il y a eu du lobbying : il faut donc être parfaitement clair sur le plan juridique. Je sais que vous ne me faites pas confiance mais, ayant pris deux fois l'engagement devant vous d'y revenir en séance, laquelle aura lieu la semaine prochaine, nous pouvons avancer : cela évitera de donner un avis défavorable et un vote négatif à cet amendement. Je souhaite donc le retrait de l'amendement AS131 ainsi que, par anticipation, des amendements AS26 et AS144 à l'article 29. Les cinq autres amendements défendus par M. Bernalicis reçoivent un avis défavorable.

M. Ugo Bernalicis. Monsieur le rapporteur général, même si je ne vous fais toujours pas confiance, je retire l'amendement AS131. Mais je veux que vous sachiez qu'un avis défavorable et un vote négatif ne nous font pas peur !

L'amendement AS131 est retiré.

La commission rejette successivement les amendements AS130, AS134, AS135, AS132 et AS136.

Puis elle adopte l'article 28 modifié.

Article 28 bis : Accès précoce aux dispositifs médicaux

La commission adopte l'article 28 bis sans modification.

Article 28 ter : Rapport au Parlement sur la prise en charge des dispositifs médicaux

La commission adopte l'article 28 ter sans modification.

Article 29 : Prise en charge de médicaments particuliers

La commission examine les amendements identiques AS26 de M. Joël Aviragnet et AS144 de Mme Caroline Janvier.

M. Joël Aviragnet. Il s'agit de l'amendement dont nous venons de parler : je le retire et le redéposerai en séance.

L'amendement AS26 est retiré.

Mme Caroline Janvier. L'amendement AS144 poursuit deux objectifs : tout d'abord, ne pas faire payer deux fois les personnes qui consomment des médicaments, une première fois dans le cadre du financement public de la R&D et une seconde fois dans le prix du médicament ; ensuite, rendre l'information sur la fixation du prix du médicament transparente. La Cour des comptes a notamment recommandé d'imposer un mécanisme de révision du prix, dont le rythme différerait selon les types de médicaments.

La fixation du prix du médicament et la transparence du prix sont de vrais sujets. Je regrette de ne pouvoir être en séance publique pour les défendre : j'aimerais donc que nous en débattions au fond car, d'un point de vue économique, cela pèse lourd dans nos dépenses de santé publique.

M. le rapporteur général. Dans la mesure où les députés des oppositions ont accepté de retirer leurs amendements pour mener un travail constructif, j'ai pensé que vous pourriez retirer le vôtre : cela m'éviterait de donner un avis défavorable.

L'amendement AS144 est retiré.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS145 de Mme Caroline Janvier.

La commission se saisit ensuite de l'amendement AS199 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Je veux rappeler tout l'intérêt que je porte à la question de la transparence et des prix du médicament. J'espère que nous pourrions avancer rapidement sur ces enjeux d'importance et je suis prêt à travailler avec tous ceux qui le souhaitent sur cette question. Dans cette optique, le présent amendement vise à rendre publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique, dont les remises accordées.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Pierre Dharréville. J'espérais que vous me demanderiez de retirer cet amendement, avec la perspective d'un avis favorable pour la séance, monsieur le rapporteur général !

M. le rapporteur général. Pas pour celui-ci, monsieur Dharréville !

La commission rejette l'amendement.

Elle se saisit de l'amendement AS18 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le présent amendement vise également à garantir la transparence des prix réels des médicaments en rendant publiques les conventions signées par le CEPS avec l'industrie pharmaceutique. Cet amendement a été préparé avec Action santé mondiale, Médecins du monde, AIDES, Sidaction, Médecins sans frontières, UFC-Que Choisir, Prescrire et Universités alliées pour les médicaments essentiels (UAEM).

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

Puis elle adopte l'article 29 sans modification.

Article 29 bis : *Expérimentation de la prise en charge de l'usage médical du cannabis*

La commission adopte l'article 29 bis sans modification.

Article 30 : *Sécurisation et imputation (pluriannuelle) des mesures de paiement des remises ATU/post ATU*

La commission examine l'amendement AS27 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le présent amendement propose un outil de maîtrise des coûts des médicaments relevant des autorisations temporaires d'utilisation (ATU).

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

Elle examine ensuite l'amendement AS157 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Le présent amendement, rédigé en concertation avec l'organisation professionnelle des entreprises du médicament (LEEM), vise à permettre aux patients de pathologies chroniques, graves ou rares d'accéder le plus précocement possible à des traitements innovants apportant un bénéfice réel.

M. le rapporteur général. Vous proposez de ne pas parler d'urgence vitale mais d'un état clinique grave ; or il ne semble pas souhaitable d'ouvrir ce dispositif à d'autres cas de figure. Le régime financier des ATU étant extrêmement favorable, il est important que le laboratoire cherche à rentrer dans le cadre d'une prise en charge de droit commun si l'administration de ce médicament a vocation à être récurrente. Pour cette raison, je souhaite le retrait de l'amendement, sinon l'avis sera défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission en vient à l'examen de l'amendement AS160 de Mme Nathalie Elimas.

Mme Nathalie Elimas. Cet amendement de suppression de l'alinéa 18 vise à permettre aux patients pour lesquels aucune alternative thérapeutique répondant à leurs besoins n'est disponible de bénéficier d'un accès précoce aux médicaments innovants.

M. le rapporteur général. Pour ma part, j'aime bien la disposition dont vous demandez la suppression : il ne faut pas oublier que les ATU nominatives sont moins transparentes pour les patients et moins contraignantes pour les laboratoires que les ATU de cohorte, puisqu'elles ne donnent lieu à aucune discussion entre les pouvoirs publics et le laboratoire concerné. Ce dernier n'a pas l'obligation, contrairement aux ATU de cohorte, de s'engager à déposer une autorisation de mise sur le marché (AMM). Votre amendement simplifierait la

tâche des laboratoires et encouragerait des pratiques moins transparentes et sans doute moins vertueuses. Demande de retrait ou avis défavorable.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 30 sans modification.

Article 31 : *Transfert du financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et de l'Agence nationale de santé publique à l'assurance maladie*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette les amendements de suppression AS137 de M. Francis Vercamer et AS200 de M. Pierre Dharréville, puis l'amendement AS209 de M. Joël Aviragnet.

La commission adopte l'article 31 sans modification.

Chapitre II

Améliorer l'accès aux soins

Article 32 : *Lissage de la fin de droit à la protection complémentaire en matière de santé*

La commission est saisie de l'amendement AS242 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Le présent amendement propose d'étendre la mesure d'accompagnement pour la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité, afin de faciliter leurs démarches et d'éviter des situations de rupture de droit.

La commission adopte l'amendement.

Elle examine ensuite l'amendement AS210 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à l'information et à l'accompagnement de tous les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à l'ouverture et au renouvellement de la complémentaire santé solidaire.

M. le rapporteur général. Votre amendement est totalement satisfait puisque le texte prévoit déjà que tous les bénéficiaires de l'AAH sont concernés, y compris les bénéficiaires de l'AAH-2, ceux dont le taux d'incapacité est compris entre 50 et 79 %.

L'amendement AS210 est retiré.

La commission en vient à l'amendement AS28 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le présent amendement a pour objet de substituer au critère de l'âge le critère du revenu des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

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

*Elle **rejette** également, après avis défavorable du rapporteur général, l'amendement AS29 de M. Joël Aviragnet.*

*Puis elle **adopte** l'article 32 **modifié**.*

Article 33 : *Prise en charge intégrale des frais liés à la contraception pour l'ensemble des mineures*

*La commission **adopte** l'article 33 **sans modification**.*

Article 34 : *Renforcement du dispositif en matière de prévention et de lutte contre les ruptures de stock de médicaments*

La commission examine en présentation commune les amendements AS68 et AS61 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. L'amendement AS68, rédactionnel, vise à compléter le dispositif instauré pour lutter contre la pénurie de médicaments en précisant que l'obligation de stocks s'applique par produit de santé. Pour que cette mesure soit réaliste et efficace, il est essentiel que ce stock s'apprécie par produit et non par entité exploitante ou titulaire d'AMM présente en France.

Quant à l'amendement AS61, il vise à préciser la rédaction de ce dispositif afin d'apporter plus de souplesse à l'ANSM dans la fixation des durées de stocks de sécurité.

M. le rapporteur général. Avis défavorable à l'amendement AS68 et favorable à l'amendement AS61.

*La commission **rejette** l'amendement AS68.*

*Puis elle **adopte** l'amendement AS61.*

Elle examine ensuite l'amendement AS4 de M. Stéphane Viry.

M. Stéphane Viry. Le présent amendement a pour objet de mener un travail de coconstruction avec les acteurs concernés pour répondre au problème des pénuries de médicaments. Il s'agit d'une problématique complexe, multifactorielle, mondiale et impliquant l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement.

Nous préconisons d'attendre les conclusions, dans un délai de trois mois, de la mission confiée à M. Jacques Biot visant à analyser en profondeur les causes de la situation, notamment en matière de choix industriels, et d'engager une concertation préalable avec l'ensemble des acteurs de la chaîne d'approvisionnement. À défaut, nous craignons que les solutions qui pourraient être choisies ne soient pas pérennes et n'aggravent la situation.

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

La commission en vient à l'amendement AS213 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Le présent amendement vise à prendre en considération l'ensemble des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur dans le renforcement du dispositif de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments.

M. le rapporteur général. Il est intéressant, cet amendement, monsieur Aviragnet ! Nous ne l'avons pas vu passer en première lecture. Il pose toutefois un problème de rédaction qui le rend inapplicable : je vous propose donc de le retravailler en vue de la séance. J'émettrai alors un avis favorable, sauf avis contraire et justifié du ministre au banc.

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS30 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à faire explicitement référence à l'article L. 5111-4 du code de santé publique, qui définit les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, afin de renforcer le dispositif de prévention et de lutte contre les ruptures de stocks de médicaments. C'est donc le même esprit que le précédent amendement.

M. le rapporteur général. Cet amendement est en effet de la même veine que le précédent, mais il fonctionne encore moins d'un point de vue juridique ! Je vous propose donc de le retirer.

J'en profite pour défendre l'amendement AS243, qui vise à imposer l'information de l'ANSM pour tous les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, et pas seulement pour ceux bénéficiant d'une solution alternative. J'ai repris cette disposition adoptée en commission par les sénateurs, que j'ai trouvée intéressante.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'amendement AS243 du rapporteur général.

Puis elle adopte l'article 34 modifié.

Article 35 : Bilan de santé obligatoire pour les entrées dans l'aide sociale à l'enfance

La commission est saisie de l'amendement AS164 de Mme Martine Wonner.

Mme Martine Wonner. C'est un amendement de précision visant à prévoir que les enfants accompagnés par l'aide sociale à l'enfance puissent bénéficier, lors de la réalisation du bilan de santé, d'une évaluation psychologique réalisée par un psychologue.

M. le rapporteur général. Votre amendement est satisfait, car l'article 35 prévoit que le bilan de santé identifie les « *besoins de prévention et de soins permettant d'améliorer l'état de santé physique et psychique de l'enfant* ».

L'amendement est retiré.

La commission examine l'amendement AS11 de Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. L'article 35 dispose qu'un bilan de santé « et de prévention » est obligatoirement réalisé, ce qui sous-entend que ce bilan n'inclut pas, *a priori*, la dimension préventive. Or, cela va à l'encontre de la définition que donne le code de la santé publique de la politique de santé. Le fait de scinder le bilan de santé et la prévention recentre le bilan de santé sur le soin, ce qui n'a pas lieu d'être. C'est plus que redondant : cela induit une méconnaissance de ce qu'est la santé.

M. le rapporteur général. C'est un débat sémantique important, qui a été tranché en première lecture ; un amendement du Mouvement Démocrate a ajouté la prévention.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. Absolument.

M. le rapporteur général. Il a été voté massivement, y compris par les députés de La République en Marche, pour enrichir le bilan de santé par des actions de prévention. Nous avons débattu de l'intérêt d'apporter cette précision. Personnellement, j'incline à penser que le bilan de santé inclut la prévention. Il en a été décidé autrement ; le choix a été fait, en quelque sorte, d'« enfoncer le clou ». Il s'agit, je le répète, d'un débat essentiellement sémantique. Même si ce n'était pas mon opinion initiale, je m'en tiendrai au texte actuel. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

Mme Marie Tamarelle-Verhaeghe. En séance publique, Mme la ministre a rappelé que la définition de la politique de santé prenait en considération la prévention et que l'amendement était satisfait. Personnellement, je pense que le choix des mots est important. Je trouverais très regrettable que l'on commence à distinguer la santé d'autres notions, en recourant à une approche parcellaire.

M. Joël Aviragnet. Je voudrais revenir rapidement sur l'amendement précédent, qui concernait un sujet essentiel, auquel nous devrions réfléchir d'ici à la séance publique. Le signalement pouvant conduire à la prise en charge d'un enfant par l'aide sociale à l'enfance trouve fréquemment sa source dans des difficultés sociales. L'enfant rencontre souvent des problèmes psychologiques importants. Si les bilans sont réalisés par des généralistes – comme c'est fréquemment le cas –, une partie de la personnalité de l'enfant restera dans l'ombre. Pour protéger les enfants, nous devons réfléchir à cette question.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 35 sans modification.

Article 35 bis : *Mise en place d'un protocole national de coordination de la protection maternelle et infantile*

La commission adopte l'article 35 bis sans modification.

Article 36 : *Mesures en faveur de l'installation des jeunes médecins*

La commission adopte l'article 36 sans modification.

Article 37 : *Faciliter l'accès aux soins pour les femmes enceintes les plus éloignées des maternités*

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS139 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Ugo Bernalicis. Si je comprends bien, puisqu'on a supprimé des maternités un peu partout dans le pays, on doit proposer aux femmes enceintes qui ont besoin de s'y rendre des chambres non médicalisées pour qu'elles patientent en attendant d'accoucher. Si c'est cela qui est fait, il faut sans aucun doute supprimer l'article 37 et se dépêcher de rouvrir des maternités dans le pays.

M. le rapporteur général. Je pense que vous n'avez pas bien compris. Le choix n'est pas entre la maison ou l'hôtel, mais entre la maternité plus tôt ou l'hôtel. Cet article concerne des patientes éloignées de la maternité qui, de ce fait, ne peuvent rester chez elles. Si elles habitaient plus près d'une maternité, elles pourraient demeurer à leur domicile plus longtemps. Plutôt que de les médicaliser dans des chambres d'hôpital, où elles seraient loin de leur conjoint et de leurs enfants, on leur propose d'être hébergées dans des structures hôtelières, où elles sont totalement prises en charge. Cela se pratique dans de nombreux pays mais aussi en France, dans d'autres contextes que celui de la maternité. Cela donne de très bons résultats ; la satisfaction avoisine 100 %.

M. Ugo Bernalicis. En fait, j'avais très bien compris : des femmes éloignées des structures médicalisées – autrement dit, des maternités – ont besoin d'être hébergées pour s'en rapprocher. Ce problème s'accroît parce qu'on a fermé beaucoup de maternités dans le pays. S'il y avait une structure médicalisée plus proche, elles ne seraient pas obligées de séjourner à l'hôtel, quand bien même leurs frais sont pris en charge ; elles pourraient rester chez elles, avant de rejoindre la maternité. En l'état actuel des choses, j'ai plutôt l'impression que c'est du foutage de gueule !

Je demande la suppression de l'article 37. Vous avez beau me dire qu'on fait des choses aussi horribles dans d'autres pays et que c'est génial, ça ne nous oblige pas à agir de même.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS216 de M. Joël Aviragnet.

Suivant le même avis, elle rejette l'amendement AS141 de Mme Caroline Fiat.

Enfin, elle adopte l'article 37 sans modification.

Article 37 bis : *Modification de l'expérimentation relative au congé maternité des travailleuses indépendantes*

La commission adopte l'article 37 bis sans modification.

Article 38 : *Financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des établissements à l'étranger accueillant des adultes handicapés français*

La commission est saisie de l'amendement AS247 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à élargir le champ du rapport du Gouvernement à « l'état de la prise en charge des enfants et des adultes handicapés français » et de décaler à la fin 2021 sa remise au Parlement.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Article 38 bis : *Critères d'évaluation qualitatifs pour les établissements sociaux et médico-sociaux*

La commission examine l'amendement AS13 de Mme Annie Vidal.

Mme Annie Vidal. L'amendement vise à modifier l'article 38 bis, qui prévoit que l'activité d'un établissement social ou médico-social ne peut être appréciée au regard du seul indicateur du taux d'occupation lorsque la structure assure un accueil temporaire. Il conviendrait de définir par décret les autres critères d'appréciation.

M. le rapporteur général. Demande de retrait. L'amendement est satisfait par le décret n° 2018-519 du 27 juin 2018 : pris en application des LFSS 2017 et 2018, il prévoit déjà que l'activité des établissements est appréciée en tenant compte de la nature de leurs missions et de leurs modes d'accompagnement.

Mme Annie Vidal. Je ne suis pas tout à fait convaincue. Je vérifierai ce point et représenterai éventuellement l'amendement en séance, en précisant peut-être la rédaction.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 38 bis sans modification.

Article 38 ter : *Expérimentation d'un forfait santé pour les personnes en situation de handicap*

La commission adopte successivement les amendements de précision rédactionnelle AS248 et AS249 du rapporteur général.

Puis elle adopte l'article 38 ter modifié.

Article 39 : *Recentralisation des centres de lutte contre la tuberculose et des centres de lutte contre la lèpre*

La commission adopte l'article 39 sans modification.

Article 39 bis : *Prise en charge des vaccins du calendrier vaccinal administrés dans les centres de vaccination anti-marijuana*

La commission adopte l'article 39 bis sans modification.

Chapitre III

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*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS9 et AS12 de Mme Nathalie Elimas.

Puis elle adopte l'article 40 sans modification.

Article 40 bis : *Expérimentation du financement d'un accompagnement psychologique pour les patients atteints de sclérose en plaques*

La commission adopte l'article 40 bis sans modification.

Article 41 : *Simplification des règles applicables à la présentation de certificats médicaux d'absence de contre-indication à la pratique sportive*

La commission est saisie des amendements de suppression AS5 de M. Stéphane Viry, AS34 de M. Joël Aviragnet, AS103 de M. Gilles Lurton, AS138 de M. Francis Vercaemer, AS147 de Mme Caroline Fiat et AS201 de M. Pierre Dharréville.

M. Stéphane Viry. L'amendement AS5 vise à conserver la consultation obligatoire de non-contre-indication à la pratique sportive, que le Gouvernement entend supprimer. Cette obligation s'impose à de nombreuses fédérations sportives, pour des raisons liées aux assurances. Rendre la consultation facultative

pourrait créer des difficultés. En outre, compte tenu des défaillances de la médecine scolaire, cet examen permet de mener des actions de prévention et de déceler éventuellement des pathologies. Il nous paraît donc hasardeux de supprimer cette consultation médicale, qui pouvait, au-delà de la pratique sportive, avoir des effets préventifs pour des adolescents et de jeunes adultes. Aussi proposons-nous la suppression de l'article 41.

M. Joël Aviragnet. Stéphane Viry ayant fort bien présenté le sujet, je n'ai rien à ajouter à la présentation de l'amendement AS34.

M. Gilles Lurton. L'amendement AS103 est défendu.

M. Paul Christophe. L'amendement AS138 est également défendu.

M. Ugo Bernalicis. Je ne vois pas en quoi la procédure que vous proposez serait plus utile que le système actuel. L'article prévoit que les parents devront remplir un questionnaire au terme duquel une visite médicale s'avèrera peut-être nécessaire pour l'obtention du certificat de non-contre-indication. Le dispositif va reposer, de surcroît, sur l'autorité parentale. Pour reprendre le terme de Stéphane Viry, tout cela me semble plus qu'« hasardeux ». Mieux vaut adopter une position maximaliste en matière de prévention que de chercher, sans objectif clair, la simplification administrative.

M. Pierre Dharréville. Le principal argument à l'appui de cette disposition est que l'obligation d'obtenir un certificat de non-contre-indication constituerait une barrière à la pratique sportive. En réalité, la démonstration n'en a jamais été apportée. Certes, il est parfois difficile d'avoir accès rapidement à un médecin pour obtenir un certificat – difficulté à laquelle il faut remédier. La visite médicale est en effet très utile, notamment dans une optique de prévention ; elle peut éviter des accidents, des drames et accompagner celles et ceux qui souhaitent découvrir des pratiques sportives en s'entourant des garanties nécessaires.

M. le rapporteur général. Avis défavorable pour les raisons que nous avons largement évoquées en première lecture.

La commission rejette ces amendements.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle rejette l'amendement AS33 de M. Joël Aviragnet.

Enfin, elle adopte l'article 41 sans modification.

Article 41 bis : *Caractère obligatoire de l'entretien prénatal précoce*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS8 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

La commission adopte l'article 41 bis sans modification.

Article 41 ter : *Délivrance de substituts nicotiniques par les centres d'examen de santé et les centres de protection maternelle et infantile*

La commission adopte l'article 41 ter sans modification.

Article 42 : *Contrat de l'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins et adaptation du dispositif du financement à la qualité*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette l'amendement AS114 de M. Gilles Lurton.

La commission est saisie de l'amendement AS149 de M. Jean-Hugues Ratenon.

M. Ugo Bernalicis. Le calcul de l'efficacité du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) est fondé sur la mise en concurrence des établissements entre eux. Visiblement, cette concurrence conduit à ce que les établissements les plus en difficulté voient leur situation s'aggraver, tandis que ceux qui s'en sortent bien vont de mieux en mieux. À l'inverse des effets que ces contrats sont censés produire, on observe une détérioration très forte de la situation des personnels de santé dans les établissements qui s'écartent le plus des indicateurs. Nous souhaitons donc supprimer ce dispositif.

M. le rapporteur général. Permettez-moi de vous dire que votre argumentaire relève de la pensée magique, à moins qu'il ne traduise une grande méconnaissance du CAQES. Avant de dire qu'il introduit une mise en concurrence des établissements, il faudrait le lire et demander aux hospitaliers ce qu'il représente, en pratique. Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Elle passe à l'amendement AS202 de M. Pierre Dharréville.

M. Pierre Dharréville. Nous mettons en cause la logique de la sanction qui caractérise ce dispositif. Nous sommes préoccupés par le fait que des établissements en difficulté pourront, dans certains cas, subir des sanctions supplémentaires. Par ailleurs, comment le dispositif fonctionnera-t-il, dans le cadre esquissé tout à l'heure, à supposer que les moyens supplémentaires annoncés soient mobilisés ?

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

Puis elle adopte l'article 42 sans modification.

Article 43 : *Favoriser la pertinence des prescriptions de médicaments*

La commission adopte l'article 43 sans modification.

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*

La commission examine l'amendement AS222 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement vise à préciser que les examens de biologie médicale, auxquels le présent article facilite l'accès, concernent également le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST).

M. le rapporteur général. Dans sa rédaction actuelle, votre amendement exclut les examens de biologie médicale pour d'autres pathologies que les IST et le VIH. Je ne crois pas que cela traduise votre intention. Je vous demande donc de le retirer, en vous suggérant de le retravailler d'ici à la séance publique.

L'amendement est retiré.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette ensuite les amendements identiques AS35 de M. Joël Aviragnet et AS106 de M. Gilles Lurton.

Suivant le même avis, elle rejette l'amendement AS122 de M. Gilles Lurton.

Enfin, elle adopte l'article 44 sans modification.

Article 44 bis : *Ouverture de la biologie délocalisée*

La commission examine l'amendement AS82 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Le développement de la biologie délocalisée prévue par l'article 44 bis doit se faire dans des conditions de qualité et de sécurité permettant de garantir des résultats fiables aux patients. Pour ce faire, cet amendement propose de fixer par arrêté les conditions de réalisation de la biologie médicale délocalisée, à la fois pour les phases pré-analytique et analytique.

Dans la même veine, mon amendement AS252 est un amendement de repli.

M. le rapporteur général. Je suis favorable à votre amendement AS82, de préférence à votre amendement de repli AS252. Et je serai défavorable aux autres amendements portant sur l'article 44 bis.

L'amendement AS252 est retiré.

La commission adopte l'amendement AS82.

Puis, suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS76 et AS85 de M. Paul Christophe.

Enfin, elle adopte l'article 44 bis modifié.

Titre II **PROMOUVOIR LA JUSTICE SOCIALE**

Chapitre I^{er}

Protéger les Français contre les nouveaux risques

Article 45 : Indemnisation du congé proche aidant

La commission examine l'amendement AS226 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Cet amendement, présenté sous cette forme pour des raisons de recevabilité financière, vise à ouvrir la réflexion sur le périmètre d'attribution de l'indemnisation du congé de proche aidant.

Il est le fruit de réflexions d'aidants confrontés à cette situation. Il serait en effet opportun d'élargir le périmètre ouvert à indemnisation pour préciser que le droit au congé de proche aidant peut concerner les jours suivant immédiatement le décès de la personne aidée, pour permettre à l'aidant de se « remettre » du décès de la personne qu'il a accompagnée dans sa fin de vie.

M. le rapporteur général. Je comprends le sens de votre amendement. À titre personnel, j'émet un avis de sagesse.

M. Pierre Dharréville. Je soutiens l'amendement. La proposition correspond au constat que j'ai pu dresser. L'investissement des personnes aidantes est tel que, lorsque le drame survient, il leur faut du temps pour entamer une transition et passer à autre chose. Je pense donc qu'il faudrait rapidement envisager de prendre les mesures proposées.

Mme Annie Vidal. Je voudrais aussi apporter mon soutien à l'amendement. Il va dans le sens de la souplesse que nous avons souhaitée en matière de prise du congé de proche aidant.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

Article 45 bis : Assouplissement des conditions de recours au congé de présence parentale

La commission examine l'amendement AS227 de M. Paul Christophe.

M. Paul Christophe. Le présent amendement vise à étendre aux fonctionnaires le bénéfice des dispositions de l'article 45 bis introduit à l'Assemblée nationale en première lecture, qui permet au parent qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap, ou est victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensable une présence soutenue et des soins contraignants, de fractionner le congé de présence parentale ou de l'utiliser dans le cadre d'une activité à temps partiel.

Mon amendement assouplit ainsi les conditions dans lesquelles le parent fonctionnaire peut bénéficier du congé de présence parentale.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Mais je serai favorable aux amendements présentés immédiatement après.

La commission rejette l'amendement.

Elle examine ensuite les amendements identiques AS171 de Mme Charlotte Lecocq et AS233 de M. Paul Christophe.

Mme Charlotte Lecocq. Mon amendement vise à étendre aux agents de la fonction publique la possibilité de fractionner les allocations journalières de présence parentale. En première lecture, la mesure a déjà été ouverte aux salariés, dans le cadre de l'article 45 bis. Il est nécessaire de rendre ce droit accessible à nos agents.

M. le rapporteur général. Avis favorable.

La commission adopte ces amendements.

Puis elle adopte l'article 45 bis modifié.

Article 46 : *Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de produits pesticides*

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS178 et AS180 de M. Dominique Potier.

La commission examine ensuite l'amendement AS245 du rapporteur général.

M. le rapporteur général. Mon amendement reprend un amendement déposé au Sénat en première lecture par Mme Patricia Schillinger et ses collègues du groupe La République en Marche. Il vise à instaurer un délai transitoire de douze mois pour les demandes présentées au fonds en 2020 pour le compte des enfants victimes de pesticides visés à l'article L. 491-3 du code de la sécurité sociale.

La commission adopte l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission rejette ensuite successivement les amendements AS183, AS185 et AS186 de M. Dominique Potier.

Enfin, la commission adopte l'article 46 modifié.

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*

La commission adopte l'article 47 sans modification.

Chapitre II

Lutter contre la reproduction des inégalités sociales et territoriales

Article 48 : *Création du service public de versement des pensions alimentaires*

La commission adopte l'article 48 sans modification.

Article 49 : *Améliorer l'information sur l'accès aux modes d'accueil des jeunes enfants*

La commission examine les amendements identiques AS84 de M. Gilles Lurton, AS118 de M. Francis Vercamer et AS203 de M. Pierre Dharréville.

M. Gilles Lurton. J'avais déjà défendu le même amendement en première lecture. J'approuve l'esprit de l'article 49 qui reprend une proposition que j'avais faite avec Guillaume Chiche dans un rapport que nous n'avons jamais rendu.

Mais je ne comprends pas qu'on soumette les assistantes maternelles à l'obligation prévue par l'article, à savoir la communication électronique de leurs disponibilités d'accueil à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Ce sont en effet des agents indépendants, libres de travailler quand elles le souhaitent. Mme Dubos, secrétaire d'État auprès de la ministre des solidarités et de la santé, a eu beau énumérer, au cours de l'examen en séance publique, toute une série de conditions protégeant les assistantes maternelles : délais, possibilités de recours... Je reste néanmoins convaincu qu'on se trompe en incluant les assistantes maternelles dans le champ de l'article 49. C'est pourquoi l'amendement vous propose d'en supprimer les alinéas 4 à 7.

M. Pierre Dharréville. Une vive inquiétude se manifeste, en tout cas dans mon département, chez les assistantes maternelles. Elles essayent de se rendre audibles et visibles en organisant leur mobilisation. L'article implique de subordonner l'agrément des assistantes maternelles à la publicité de leurs coordonnées sur le site de la CNAF. Or nous considérons que cette communication ne devrait être qu'une faculté pour elles, et non une obligation.

M. le rapporteur général. Ayant entendu les débats en première lecture, j'ai déposé un amendement prévoyant que le manquement à l'obligation de déclaration relative aux disponibilités d'accueil de l'assistante maternelle ne peut pas constituer un motif de suspension de l'agrément ou le seul motif de son retrait. Je formule donc à l'endroit de ces trois amendements identiques une demande de retrait, au profit de mon amendement AS241.

M. Gilles Lurton. Le combat a été rude en première lecture sur le sujet. Il est parfois difficile de faire entendre les choses, même lorsqu'il y a manifestement un problème.

Les amendements sont retirés.

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS212 de M. Joël Aviragnet.*

*L'amendement AS153 de M. Adrien Quatennens est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'amendement AS241 du rapporteur général.*

*Puis elle **adopte** l'article 49 **modifié**.*

Article 49 bis : *Extension du bénéfice du complément de mode de garde aux signataires d'un contrat de service civique*

*La commission **adopte** l'article 49 bis **sans modification**.*

Article 50 : *Mesures de convergence des prestations familiales à Mayotte*

*La commission **adopte** l'article 50 **sans modification**.*

Article 51 : *Faciliter la création de caisses communes de sécurité sociale*

*La commission **adopte** l'article 51 **sans modification**.*

Article 51 bis : *Mise en place d'un programme de contrôle et de lutte contre la fraude dans les organismes de sécurité sociale*

*La commission **adopte** l'article 51 bis **sans modification**.*

Article 51 ter : *Précision du contenu du droit de communication entre administrations*

*La commission **adopte** l'article 51 ter **sans modification**.*

Article 51 quater : *Insertion des agents des ARS dans la liste des agents habilités à échanger des renseignements et documents utiles*

*La commission **adopte** l'article 51 quater **sans modification**.*

Article 51 quinquies : *Remise d'un rapport sur le répertoire national commun de la protection sociale*

*La commission **adopte** l'article 51 quinquies **sans modification**.*

Article 52 : *Revalorisation différenciée des prestations sociales*

La commission examine les amendements de suppression AS6 de M. Stéphane Viry, AS40 de M. Joël Aviragnet, AS154 de Mme Caroline Fiat et AS204 de M. Pierre Dharréville.

M. Stéphane Viry. Il s'agit, pour le groupe Les Républicains, d'une question de principe. Notre amendement vise à supprimer la sous-indexation des retraites et des prestations familiales à nouveau décidée par le Gouvernement cette année.

L'année dernière déjà, nous nous étions opposé au fait qu'elles ne soient revalorisées que de 0,3 %, alors que l'inflation s'était établie autour de 1,6 %. Il faut bien mesurer que ce sont les familles qui sont mises à contribution. Les prestations familiales servent de variable d'ajustement, ce qui est pour nous totalement inacceptable.

Ce coup de rabot complémentaire est porté aux familles de France. Cela rappelle la baisse de la prestation d'accueil du jeune enfant. Décidée en 2018, elle a permis au Gouvernement de réaliser 500 millions d'euros d'économies sur le dos des familles. Cette évolution nous paraît très néfaste pour notre pays. C'est pourquoi nous demandons à nouveau, dans le cadre de ce débat budgétaire, la suppression de l'article 52.

M. Joël Aviragnet. Pour les mêmes raisons, nous nous opposons pareillement à la sous-indexation des pensions de retraite et des prestations sociales.

M. Ugo Bernalicis. Dans la même logique, nous nous opposons à la sous-indexation, en matière de revalorisation des retraites. La question a déjà été débattue l'an dernier. Après l'intervention du Conseil constitutionnel, le chef de l'État a voulu récupérer habilement la mise, en prétendant revenir sur cette sous-indexation. Mais, finalement, on voit que vous continuez à suivre la même pente... Certes, on dévale moins vite, mais ce n'est toujours pas satisfaisant.

M. Pierre Dharréville. Selon le principe général de l'article L. 161–25 du code de la sécurité sociale, la revalorisation des prestations sociales doit être indexée sur l'inflation, afin d'éviter une perte de pouvoir d'achat de leurs bénéficiaires. De nouveau, on nous propose de déroger à ce principe et de sous-revaloriser les prestations sociales au regard de l'inflation réelle. Nous nous opposons à cette atteinte aux prestations sociales, atteinte directe au pouvoir d'achat de nombreuses familles, de nombreuses femmes et de nombreux hommes.

Je relève une propension à rétrécir les retraites. Cela me semble mal présager de la réforme à venir. Nous pensons qu'il faut maintenir les prestations sociales au niveau de l'inflation, comme c'est prévu par le code de la sécurité sociale. C'est le minimum.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle examine l'amendement AS37 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Mon amendement s'oppose à la sous-indexation des pensions de retraites et des prestations sociales, d'autant que le taux de pauvreté augmente en France.

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

Elle examine ensuite, en discussion commune, l'amendement AS156 de M. Adrien Quatennens ainsi que les amendements identiques AS38 de M. Joël Aviragnet et AS232 M. Pierre Dharréville.

M. Ugo Bernalicis. L'article 52 fixe à 0,3 % la revalorisation pour cette année, alors que nous voudrions qu'elle corresponde à l'inflation, aux environs de 1,3%, si l'on en croit les derniers chiffres. Adopter l'amendement AS156 serait de toute façon plus sage, si on veut éviter d'augmenter le nombre de pauvres dans notre pays.

M. Joël Aviragnet. Je propose quant à moi de revaloriser les prestations sociales à hauteur de 1 %.

M. Pierre Dharréville. Je formule la même proposition. Monsieur le rapporteur général, laissez parler votre cœur, ou plutôt votre raison, car c'est la proposition qui me semble la plus raisonnable. De manière plus prosaïque, laissez parler peut-être votre instinct.

M. le rapporteur général. L'instinct, le cœur ou la raison... Nous pourrions lancer un long débat sur le sujet. Avis défavorable.

La commission rejette successivement ces amendements.

Puis elle examine l'amendement AS75 de M. Gilles Lurton.

M. Gilles Lurton. Mon amendement va dans le même sens que les amendements précédents. Un simple rappel : selon les chiffres de l'INSEE, depuis 2018, le pouvoir d'achat des retraités a baissé de 400 euros par ménage et par an. C'est considérable.

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

Elle examine ensuite les amendements identiques AS10 de Mme Nathalie Elimas et AS39 de M. Joël Aviragnet.

Mme Nathalie Elimas. J'ai coconstruit mon amendement avec l'Union nationale des associations familiales. Il s'agit de réindexer l'ensemble des prestations familiales au niveau de l'inflation. Cela enverrait un signal positif en direction des familles.

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

Puis elle examine l'amendement AS218 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Mon amendement étend la dérogation de la désindexation de certaines prestations sociales aux allocataires de l'AAH, à l'instar de ce qui est prévu pour d'autres minima sociaux.

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

*Puis elle **adopte** l'article 52 **sans modification**.*

Article 53 : *Simplification de la transition vers la retraite des bénéficiaires de minima sociaux*

*La commission **adopte** l'article 53 **sans modification**.*

Article 54 : *Suppression du dispositif de rachat de rentes d'accident du travail (AT) ou de maladie professionnelle (MP) et simplification de la notification du taux AT-MP des employeurs*

*La commission **adopte** l'amendement de clarification AS246 du rapporteur général.*

*Suivant l'avis défavorable du rapporteur général, elle **rejette** ensuite l'amendement AS217 de M. Joël Aviragnet.*

*Puis elle **adopte** ensuite l'article 54 **modifié**.*

Article 55 : *Rénovation des politiques d'indemnisation de l'incapacité de travail longue durée*

*La commission **adopte** l'article 55 **sans modification**.*

Article 56 : *Assouplissement des conditions de recours au travail aménagé ou à temps partiel et évolution des modalités de versement des indemnités journalières*

La commission est saisie des amendements identiques AS7 de M. Stéphane Viry, AS41 de M. Joël Aviragnet, AS109 de M. Gilles Lurton, AS155 de Mme Nathalie Elimas, AS158 de M. Adrien Quatennens et AS205 de M. Pierre Dharréville.

M. Stéphane Viry. L'article 56 porte atteinte à la solidarité nationale et envoie un message très négatif en direction des familles. Nous nous inscrivons contre cette volonté de destruction de la politique familiale. C'est pourquoi mon amendement vise à conserver à leur niveau actuel les indemnités journalières pour les parents de familles nombreuses.

M. Ugo Bernalicis. Actuellement, le parent d'une famille nombreuse malade bénéficie d'indemnités journalières au taux majoré de 66,6 %. L'article 56 prévoit de passer ce taux à 50 %. Je ne vois pas bien quelle est la motivation concrète de cette régression. On ne s'honore pas en faisant reculer la solidarité nationale.

M. Pierre Dharréville. Il nous semble également que cet article constitue un recul de la solidarité nationale. Dans la vie quotidienne des familles, la maladie de parents de familles nombreuses fragilise davantage ces foyers et la situation des enfants. Le risque est important de porter atteinte aux droits des parents malades sur une longue durée, notamment lorsque cela concerne les salariés d'une entreprise offrant peu de droits en matière de maintien du salaire.

Nous proposons donc de ne pas adopter cet article.

M. le rapporteur général. Défavorable à ces amendements identiques.

La commission rejette ces amendements.

Puis elle adopte l'article 56 sans modification.

TITRE III

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSE 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*

La commission adopte l'article 57 sans modification.

Article 57 bis : *Unification des procédures applicables aux contestations des décisions de nature médicale des organismes de sécurité sociale*

La commission adopte l'article 57 bis sans modification.

Article 58 : *Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès*

La commission adopte l'article 58 sans modification.

Article 59 : *ONDAM et sous-ONDAM*

La commission est saisie de l'amendement de suppression AS43 de M. Joël Aviragnet.

M. Joël Aviragnet. Cet amendement s'oppose au niveau de l'ONDAM fixé pour 2020, un ONDAM en régression par rapport à 2019 alors que les besoins augmentent et que les gens sont dans la rue.

M. le rapporteur général. Défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle examine, en discussion commune, les amendements AS251 du Gouvernement, AS161 de M. Adrien Quatennens, AS206 de M. Pierre Dharréville et AS19 et AS231 de M. Joël Aviragnet.

M. le rapporteur général. J'ai l'honneur et le plaisir de défendre l'amendement déposé par le Gouvernement en commission qui vise à modifier le niveau de l'ONDAM hospitalier, autrement dit le budget accordé à l'hôpital pour le rehausser.

Des financements supplémentaires sont ainsi fléchés sur l'hôpital, à hauteur de 1,5 milliard d'euros sur trois ans, dont 300 millions d'euros supplémentaires dès 2020, soit une révision de l'ONDAM pour 2020, dont la progression est portée de 2,3 à 2,45 %.

Ces 300 millions d'euros supplémentaires se traduisent par un relèvement du sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé », dont l'évolution s'établira à 2,4 %, ce qui constitue un effort significatif qui s'ajoute à l'ensemble des mesures qui ont été présentées par le Gouvernement ce matin et que je vous invite à voter.

Les mesures de revalorisation en faveur des aides-soignants, décidées en cohérence avec les travaux en cours de Mme Myriam El Khomri sur le grand âge et l'autonomie, bénéficieront aux personnels hospitaliers comme à ceux du secteur médico-social, donc à ceux travaillant dans les EHPAD.

M. Ugo Bernalicis. Pour ma part, j'ai l'honneur de relayer la parole des soignants en lutte. Ils demandent un ONDAM, en progression non de 2,3 %, mais de 4 %, ce qui est radicalement différent. Ils pourront ainsi avoir des collègues en nombre suffisant pour pouvoir effectuer leur travail avant même de bénéficier de primes supplémentaires, même s'ils méritent des revalorisations salariales au vu du travail qu'ils fournissent chaque jour.

Ces annonces du Gouvernement, qui interviennent au cours de la discussion du PLFSS, après un vote en première lecture, sont pour le moins stupéfiantes. On nous parle de 1 milliard d'euros – c'est vrai que cela sonne mieux que 300 millions...

Mme la présidente Brigitte Bourguignon. Je vous rappelle, monsieur Bernalicis, que nous sommes en train d'examiner un amendement, et pas une annonce.

M. Ugo Bernalicis. Effectivement, on parle bien des dépenses de santé dans notre pays. Notre amendement prévoit précisément un effort en direction des EHPAD, comme cela s'impose au vu du rapport qui a été rendu à l'Assemblée nationale. Celui-ci préconisait une revalorisation de 10 milliards d'euros, afin d'avoir une prise en charge équivalente à celle de nos voisins européens s'agissant du ratio entre les personnels soignants et les résidents.

Monsieur le rapporteur général, le compte n'y est pas. Il serait préférable d'adopter notre amendement plutôt que celui du Gouvernement dont vous êtes le porte-parole.

M. Pierre Dharréville. Le Gouvernement vient d'annoncer 300 millions d'euros supplémentaires pour les hôpitaux en 2020. Pour notre part, nous proposons 1 milliard d'euros, ce qui semble mieux à même de faire face aux enjeux que nous avons déjà décrits.

M. Joël Aviragnet. L'amendement du Gouvernement prévoit 100 millions supplémentaires en direction des EHPAD et 200 millions supplémentaires en direction de l'hôpital. Aussi ne peut-on pas dire que ce seront 300 millions qui seront consacrés à l'hôpital.

L'amendement AS19 prévoit une nouvelle répartition de l'ONDAM pour 2020 en faveur des hôpitaux, de la prise en charge de la dépendance et de la prise en charge du handicap. Aussi, nous proposons d'augmenter pour 2020 le financement des établissements de santé de 1,7 milliard d'euros à budget constant.

Quant à l'amendement AS231, il prévoit une nouvelle répartition de l'ONDAM pour 2020 en programmant 830 millions supplémentaires pour les hôpitaux en 2020, ce qui correspond au plan d'urgence proposé par les socialistes pour l'hôpital et l'autonomie, qu'il eût été sage d'examiner.

M. le rapporteur général. Favorable à l'amendement du Gouvernement et défavorable aux autres.

M. Gilles Lurton. Je voudrais m'assurer d'avoir bien compris l'amendement AS251, car depuis ce matin la communication du Gouvernement ne me paraît pas très claire – et tel est le cas pour un grand nombre de personnes dans notre pays.

J'ai compris que les personnels de Paris et de l'Île-de-France bénéficieraient d'une prime de 800 euros par an, soit exactement 66 euros par mois, afin de compenser des frais de logement ou la cherté de la vie parisienne. Qu'en est-il pour les personnels du reste du pays ?

M. Stéphane Viry. En complément de la demande pertinente de M. Lurton, je souhaite faire une observation.

Monsieur le rapporteur général, nous prenons acte de l'amendement du Gouvernement dont vous êtes le porte-parole. Mais nous ne pouvons pas nous en réjouir car ce n'est que la remise à plat d'une situation qui aurait dû prévaloir dans la première version du PLFSS, ce que nous avons indiqué à Mme la ministre cet après-midi. Cet amendement ne fait donc que rectifier une grave erreur et ne dégage concrètement rien de plus pour l'hôpital public.

La commission adopte l'amendement AS251.

*En conséquence, les amendements AS161, AS206, AS19 et AS231 **tombent.***

*La commission **adopte** l'article 59 **modifié.***

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*

*La commission **adopte** l'article 60 **sans modification.***

Article 61 : *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*La commission **adopte** l'article 61 **sans modification.***

Article 62 : *Objectifs de dépenses de la branche vieillesse*

*La commission **adopte** l'article 62 **sans modification.***

Article 63 : *Objectif de dépenses de la branche famille*

*La commission **adopte** l'article 63 **sans modification.***

Article 64 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2019*

*La commission **adopte** l'article 64 **sans modification.***

*Elle **adopte** ensuite la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 **modifiée.***

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 **modifié.***

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

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
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
8 <i>bis</i>	Code rural et de la pêche maritime	L. 722-20
8 <i>ter</i>	Code de la sécurité sociale	L. 613-11
8 <i>quater</i>	Code de la sécurité sociale	L. 752-3-2
8 <i>quinquies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 752-3-2
9	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
9	Code de la sécurité sociale	L. 131-7
9 <i>bis</i>	Code de l'action sociale et des familles	L. 245-12
9 <i>bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-3
9 <i>bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-5
9 <i>ter</i>	Code général des impôts	1613 <i>bis</i>
9 <i>quater</i>	Code de la sécurité sociale	L. 136-1-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 133-2
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. 133-5-3-1
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. 213-1-1 [nouveau]
10	Code de la sécurité sociale	L. 213-4
10	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-5 [nouveau]
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. 243-6-1
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-6-2
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-6-3
10	Code de la sécurité sociale	L. 243-6-6 [<i>abrogé</i>]

Projet de loi	Dispositions modifiées	
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 [<i>abrogé</i>]
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	Code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance	L. 43-1
10	Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clers de notaires	3
10	Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale	65
10	Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	53
10	Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz	16
10	Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz	18
10	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	26
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>]
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 [<i>nouveau</i>]
11	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité,	28-11

Projet de loi	Dispositions modifiées	
	invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte	
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	a28-13 [nouveau]
11	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	15
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
14	Code de la sécurité sociale	L. 114-10-1 [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 rural 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

Projet de loi	Dispositions modifiées	
15	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-1-1 [<i>nouveau</i>]
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. 612-5
17	Code de la sécurité sociale	L. 612-5-1 [<i>nouveau</i>]
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
17	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-2
17	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-3
17	Code rural 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	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
22	Code de la sécurité sociale	L. 225-1-4
24 A	Code de la sécurité sociale	L. 162-21-3
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. 162-22-7-3
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 [<i>nouveau</i>]
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	78

Projet de loi	Dispositions modifiées	
	sociale pour 2016	
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
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-1
25	Code de la sécurité sociale	L. 174-1-1 [abrogé]
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
25	Code de la sécurité sociale	L. 175-2
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
25	Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre	L. 622-4
26	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1 [nouveau]
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-10
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-11, L. 162-23-9 et L. 174-3 [abrogés]
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-11-1
26	Code de la sécurité sociale	L. 174-15
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	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé	20-5-2

Projet de loi	Dispositions modifiées	
	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	
26	Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
26 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-8-2 [<i>rétabli</i>]
26 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-26
26 bis	Code de la sécurité sociale	L. 174-15
27	Code de la santé publique	L. 6211-21
27	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
27	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7
27	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7-1 [<i>abrogé</i>]
27	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-8
27	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1
27	Code de la sécurité sociale	L. 182-2
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
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 santé publique	L. 5212-1-1 [<i>nouveau</i>]
28 bis	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-5
28 bis	Code de la sécurité sociale	L. 165-1-5-1 [<i>nouveau</i>]
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 [<i>nouveau</i>]
29	Code de la santé publique	L. 5124-18
29	Code de la santé publique	L. 5125-23

Projet de loi	Dispositions modifiées	
29	Code de la santé publique	L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 [<i>abrogés</i>]
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 [<i>abrogé</i>]
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-2 [<i>nouveau</i>]
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-3 [<i>nouveau</i>]
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. 162-16-7
29	Code de la sécurité sociale	L. 162-17
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 [<i>abrogé</i>]
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 [<i>nouveau</i>]
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 [<i>nouveau</i>]
32	Code de la sécurité sociale	L. 862-1
32	Code de la sécurité sociale	L. 862-2
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

Projet de loi	Dispositions modifiées	
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. 5121-29
34	Code de la santé publique	L. 5121-32
34	Code de la santé publique	L. 5121-32-1
34	Code de la santé publique	L. 5121-33
34	Code de la santé publique	L. 5124-6
34	Code de la santé publique	L. 5423-8
34	Code de la santé publique	L. 5423-9 [nouveau]
34	Code de la santé publique	L. 5471-1
35	Code de l'action sociale et des familles	L. 223-1-1
35 bis	Code de la santé publique	L. 4011-3
36	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-14-1 [abrogé]
36	Code de la sécurité sociale	L. 162-5-19 [nouveau]
36	Code de la sécurité sociale	L. 642-4-2
36	Code de la sécurité sociale	L. 645-2-1 [nouveau]
36	Code de la sécurité sociale	L. 1434-4
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-2
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-3 [abrogé]
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-4 [abrogé]
36	Code de la santé publique	L. 1435-4-5 [abrogé]
37	Code de la santé publique	L. 6111-1-5 [nouveau]
37	Code de la sécurité sociale	L. 160-9
37	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	20-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
37 bis	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	75
38	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-3-1
38 bis	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12
38 bis	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 <i>[abrogé]</i>
39	Code de la santé publique	L. 3811-1 <i>[abrogé]</i>
39	Code de la sécurité sociale	L. 174-16
39	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	20-5-8 <i>[nouveau]</i>
39 bis	Code de la sécurité sociale	L. 174-21 <i>[nouveau]</i>
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
41	Code du sport	L. 231-2-1
41 bis	Code de la santé publique	L. 2112-2
41 bis	Code de la santé publique	L. 2122-1
41 ter	Code de la santé publique	L. 3511-4
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 sécurité sociale	L. 162-30-4-1
42	Code de la santé publique	L. 1421-3
42	Code de la santé publique	L. 1435-7
42	Code de la santé publique	L. 6122-5
43	Code de la santé publique	L. 5121-12-1
43	Code de la santé publique	L. 5121-12-1-1 <i>[nouveau]</i>
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

Projet de loi	Dispositions modifiées	
43	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4-4 [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. 6312-4
44	Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	66
44 bis	Code de la santé publique	L. 6211-13
44 bis	Code de la santé publique	L. 6211-18
45	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
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 bis du titre VI du livre I ^{er} [nouveau] – art. L. 168-8- à L. 168-16
45	Code de la sécurité sociale	L. 355-3
45	Code de la sécurité sociale	L. 381-1
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
45	Code du travail	L. 3142-16
45	Ordonnance n°2019-765 du 24 juillet 2019	1 ^{er}
45 bis	Code de la sécurité sociale	L. 544-6
45 bis	Code du travail	L. 1225-62
45 bis	Code du travail	L. 1225-63
45 bis	Loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État	40 bis
45 bis	Loi n°84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale	60 <i>sexies</i>
45 bis	Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique	41

Projet de loi	Dispositions modifiées	
	hospitalière	
46	Code de la sécurité sociale	Titre IX du livre IV [<i>nouveau</i>] – 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	. L723-13-3 [<i>nouveau</i>]
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
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. 582-2
48	Code de la sécurité sociale	L. 821-5
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}
48	Code civil	373-2-2
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 214-1-1 [<i>nouveau</i>]
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 421-3
49	Code de l'action sociale et des familles	L. 421-4
49 bis	Code de la sécurité sociale	L. 531-5
50	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des	8

Projet de loi	Dispositions modifiées	
	prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte	
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
51	Code de la sécurité sociale	L. 261-7 [abrogé]
51 bis	Code de la sécurité sociale	L. 114-9
51 ter	Code de la sécurité sociale	L. 114-12
51 quater	Code de la sécurité sociale	L. 114-16-3
53	Code de la sécurité sociale	L. 351-7-1-A [nouveau]
53	Code de la sécurité sociale	L. 821-1
53	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-30
53	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	11-1 [nouveau]
53	Ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte	11 bis 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

Projet de loi	Dispositions modifiées	
54	Code de la sécurité sociale	L. 434-4
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. 341-7
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. 341-11
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 rural et de la pêche maritime	L. 732-8
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 de la sécurité sociale	L. 752-5-1
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 142-10-2 <i>[nouveau]</i>
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 142-11
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 315-2
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 324-1
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 431-2
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 432-4-1
<i>57 bis</i>	Code de la sécurité sociale	L. 442-6
<i>57 bis</i>	Ordonnance n°2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice	96