

# SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1977-1978

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 14 décembre 1977.

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi,*  
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,  
*relatif à la généralisation de la Sécurité sociale.*

Par M. Louis BOYER,

Sénateur.

---

(1) *Cette Commission est composée de* : MM. Robert Schwint, *président*; Lucien Grand, Jacques Henriet, Bernard Lemarié, Hector Viron, *vice-présidents* ; Hubert d'Andigné, Roland du Luart, Jean Mézard, André Rabineau, *secrétaires* ; Jean Amelin, Hamadou Barkat Gourat, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Louis Boyer, Jean-Pierre Cantegrit, Jean Chérioux, Michel Crucis, Georges Dagonia, Michel Darras, Jean Desmarets, Pierre Gamboa, Marcel Gargar, Henri Goetschy, Jean Gravier, Marceau Hamecher, Michel Labéguerie, Edouard Le Jeune, Roger Lise, Pierre Louvot, Serge Mathieu, Marcel Mathy, André Méric, Michel Moreigne, Mme Rolande Perlican, MM. Jean-Jacques Perron, Guy Robert, Victor Robini, Pierre Sallenave, Albert Sirgue, Marcel Souquet, Bernard Talon, Henri Terré, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet, Jacques Verneuil.

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale** (5<sup>e</sup> législ.) : 3228, 3272 et in-8° 791.

**Sénat** : 132 (1977-1978).

---

**Sécurité sociale (Généralités).** — Assurance maladie-maternité - Assurance vieillesse - Accidents du travail - Prestations familiales - Code de la sécurité sociale.

# SOMMAIRE

---

<b>Présentation du projet de loi .....</b>	<b>4</b>
1. <i>Le développement progressif du champ d'application de la Sécurité sociale ..</i>	4
2. <i>La situation actuelle : une généralisation inachevée ..</i>	6
3. <i>Les grandes lignes du texte proposé .....</i>	8
a) <i>Le rattachement à un régime obligatoire .....</i>	8
b) <i>L'assurance personnelle .....</i>	9
c) <i>Les limites et les incertitudes du texte proposé .....</i>	13
<b>Examen des articles .....</b>	<b>15</b>
<b>Tableau comparatif .....</b>	<b>31</b>
<b>Amendements présentés par la Commission .....</b>	<b>43</b>

---

**MESDAMES, MESSIEURS,**

Le projet de loi qui vous est soumis a été adopté par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence, le 7 décembre dernier. Il est relatif à la généralisation de la Sécurité sociale.

Précisons d'emblée qu'en ce qui concerne une catégorie particulière visée par la généralisation, celle des membres du clergé des divers cultes, elle s'effectuera dans le cadre d'un autre projet de loi.

Nous évoquerons, dans une brève présentation du projet, le cadre dans lequel s'inscrit le texte proposé, les principales dispositions qu'il comporte et les quelques réflexions qu'il peut inspirer. La deuxième partie sera consacrée à un examen détaillé des articles du projet.

## PRÉSENTATION DU PROJET DE LOI

### I. — LE DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DU CHAMP D'APPLICATION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dès 1945 — quinze ans après la première loi sur les « assurances sociales » —, le législateur avait manifesté sa volonté de faire bénéficier tous les Français d'un régime obligatoire de sécurité sociale. Les circonstances n'ont pas permis l'instauration d'un régime unifié ; mais l'ordonnance du 4 octobre 1945, en même temps qu'elle instaurait un régime propre aux salariés, affirmait la volonté des pouvoirs publics d'étendre progressivement la Sécurité sociale à tous les groupes sociaux.

Nous ne citerons que pour mémoire les principales étapes de cette extension.

En 1946, le droit aux allocations familiales est étendu à la quasi-totalité de la population.

En 1948, sont créés quatre régimes autonomes de retraite des professions indépendantes (industrielles et commerciales, artisanales, libérales et agricoles).

En 1961, le bénéfice de l'assurance maladie est étendu aux exploitants agricoles.

En 1966, une assurance maladie est instituée au profit des travailleurs non salariés (commerçants, artisans, professions libérales).

Au terme de ce processus, la quasi-totalité de la population rentre dans le champ d'application d'un régime obligatoire. S'y ajoutent quelques catégories de non-actifs, tels que les étudiants pour l'assurance maladie, les femmes seules ayant plusieurs enfants pour les prestations familiales.

*La loi n° 75-1094 du 24 décembre 1974* marque le début d'une nouvelle étape dans l'évolution de notre système de protection sociale.

D'une part, prenant acte des réticences du corps social devant l'instauration du régime unique envisagé en 1945, elle consacre et affirme expressément le maintien des structures propres aux différents

groupes socio-professionnels. D'autre part, elle pose à nouveau le principe d' « un système de protection sociale commun à tous les Français », qui doit être mis en place au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1978. L'harmonisation progressive des prestations et des cotisations des différents régimes, l'instauration, entre ces derniers, de mécanismes de compensation tenant compte de déséquilibres démographiques et, dans une certaine mesure, des disparités de capacité contributive, complètent ce dispositif.

*La loi du 5 juillet 1975* tendant à la généralisation de la sécurité sociale, procédant par voie de rattachement des diverses catégories de non-assurés aux régimes existants, met fin à certaines lacunes particulièrement graves.

Sont ainsi affiliés gratuitement à l'assurance maladie et maternité, depuis 1975 :

- les jeunes gens à la recherche d'un premier emploi et inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi ;
- les familles des militaires accomplissant le service national et les personnes libérées du service national inscrits comme demandeurs d'emploi ;
- les ayants droit d'assurés décédés relevant d'un régime spécial pendant l'année suivant le décès ;
- les femmes divorcées et leurs ayants droit, pendant une durée d'un an ;
- les titulaires d'une pension ou rente de vieillesse n'exerçant aucune activité professionnelle.

En outre, le droit aux prestations de l'assurance maladie est prolongé au-delà de vingt ans pour les lycéens poursuivant leurs études après avoir eu des interruptions pour cause de maladie.

Par ailleurs, cette loi réalise :

- la suppression des conditions de durée minimale d'immatriculation ou d'affiliation pour percevoir les prestations en nature de l'assurance maladie ;
- la suppression, pendant les trois premiers mois qui suivront l'entrée dans le régime, des conditions de durée du travail exigées des salariés entrant dans un régime obligatoire pour ouvrir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie.

Il s'agit d'un progrès important, mais qui laisse subsister, comme on le verra, bien des lacunes.

## II. — LA SITUATION ACTUELLE : UNE GÉNÉRATION INACHEVÉE

### *Les prestations familiales et l'assistance vieillesse.*

Pour les prestations familiales, la généralisation — ainsi que l'harmonisation — sont pratiquement réalisées, sous réserve de la parution prochaine de décrets d'application qui permettront l'affiliation des quelques catégories de non-actifs qui n'en bénéficient pas encore. Il convient de noter, cependant, que de grandes lacunes subsistent dans les départements d'outre-mer, que le projet de loi actuellement examiné par le Parlement ne comble que partiellement.

Pour la vieillesse, la généralisation par rattachement à un régime obligatoire ne concerne que la population active. Encore n'est-elle pas totale, puisque certaines professions indépendantes, occupant environ 3.500 personnes, sont privées de protection faute d'être incluses dans la liste des professions libérales. En ce qui concerne les personnes n'ayant pas eu d'activité professionnelle, elles ne sont concernées que par le droit, sous certaines conditions, au minimum vieillesse.

### *L'assurance maladie : des lacunes importantes.*

La loi du 5 juillet 1975, comme on l'a signalé, n'a été qu'une première étape dans la généralisation de l'assurance maladie. Environ 1.200.000 personnes, soit près de 2 % de la population française, en demeurent écartées ; population très diverse, regroupant des catégories qui n'ont souvent en commun que, justement, l'absence de protection contre le risque maladie. Il s'agit :

- d'actifs exerçant des métiers non retenus par la sécurité sociale : 3.500 membres de professions libérales (interprètes, attachés de presse, détectives privés, porteurs des halles, cartomanciennes et assimilés, professeurs indépendants) ;
- des personnes qui cotisent partiellement à la Sécurité sociale mais dont l'activité est intermittente (cas des 120.000 personnes travaillant moins de 15 heures par semaine) ou qui se trouvent dans une situation d'exclusion temporaire du droit aux prestations (cas de 10.000 à 20.000 chômeurs non salariés non encore inscrits à l'Agence nationale pour l'emploi) ;

- des personnes sans activité professionnelle, parmi lesquelles une majorité de femmes. On dénombre dans cette catégorie :
- environ 450.000 femmes seules de moins de 55 ans (veuves, divorcées, célibataires) ;
  - 21.000 lycéens de plus de vingt ans non couverts par les extensions instituées par la loi de 1975 et jeunes gens inscrits dans des établissements d'enseignement ne donnant pas droit au bénéfice du régime d'assurance maladie des étudiants ;
  - 120.000 ministres des cultes et membres de congrégations ou de collectivités religieuses.

### III. — LES GRANDES LIGNES DU TEXTE PROPOSÉ

De même que la loi du 5 juillet 1975, tout en confirmant les principales orientations dégagées par la loi du 24 décembre 1974, marquait un certain recul par rapport aux ambitions initiales, le texte qui vous est proposé réalise la généralisation dans des conditions et selon des modalités moins favorables qu'on ne pouvait l'espérer. En effet, le projet ne prévoit le rattachement à un régime *obligatoire*, c'est-à-dire une formule analogue à celle retenue par la loi de 1975, que pour une partie des « laissés pour compte » de l'assurance maladie. Pour les autres, c'est un régime *facultatif* d'assurance personnelle — plus avantageux, certes, que l'assurance volontaire — qui est institué.

#### a) Le rattachement à un régime obligatoire.

Bien que les dispositions prévoyant, pour certaines catégories, le rattachement à un régime obligatoire soient inscrites à la fin du texte proposé, il convient de les évoquer d'abord, car elles seules font acte de généralisation au sens plein du terme.

En ce qui concerne l'*assurance maladie*, certains cotisants non couverts par le régime obligatoire dont ils dépendent, pourront l'être par le jeu d'une simple modification des règles actuelles de la Sécurité sociale.

L'article 11 du projet porte de un à trois mois le délai pendant lequel l'assuré qui cesse de remplir les conditions d'assujettissement à un régime continue d'avoir droit à des prestations maladie, maternité et décès. Cette mesure permettra d'une part, de mettre fin aux difficultés que rencontrent les assurés changeant de régime et, d'autre part, de régler certains cas particuliers : absence de prestations pour les trois premiers mois de chômage des membres des professions indépendantes, problème des vacataires, dont l'activité est irrégulière.

L'article 12 assouplit les conditions d'ouverture du droit aux prestations pour les salariés, et permet de les calculer non seulement



— comme c'est le cas actuellement — sur la durée du travail accomplie au sein du régime, mais encore sur le salaire ayant donné lieu à cotisation.

L'article 13 fait franchir à notre droit de la Sécurité sociale une étape importante : il permet d'accroître la qualité d'ayants droit, sous certaines conditions, aux personnes vivant maritalement avec un assuré social. Il intéresse, par là, quelque 75.000 concubins. Rappelons que jusqu'à présent, seul le capital-décès était attribué, dans certains cas, à ces conjoints non légitimes. Il est logique que la Sécurité sociale tienne compte de ces situations de fait que le Code civil, il faut le souligner, reconnaît déjà dans une mesure non négligeable. Mais on ne peut manquer de s'interroger sur les difficultés d'application que ce texte entraînera.

En ce qui concerne l'*assurance vieillesse*, l'article 15 du projet permet de rattacher à la catégorie des professions libérales les travailleurs indépendants exclus jusqu'à présent des régimes de protection sociale correspondants. Il complète une réforme déjà amorcée par la loi du 5 juillet 1975.

#### **b) L'assurance personnelle.**

Les articles 2 à 10 du projet de loi instituent un régime d'assurance personnelle qui, pour être beaucoup plus attractif que les régimes d'assurance volontaire qu'il est appelé à remplacer, n'en demeure pas moins facultatif.

Le fait que 800.000 personnes non affiliées à un régime obligatoire ne soient pas non plus adhérentes à un régime d'assurance volontaire suffit à lui seul à montrer que l'assurance volontaire ne remplit pas le rôle qui devrait être le sien.

Deux raisons expliquent le succès limité des trois assurances volontaires créées par les ordonnances de 1967.

En premier lieu, l'accès à ce régime — d'ailleurs trop lié, sauf pour l'assurance volontaire gérée par le régime général, à l'exercice d'une activité professionnelle antérieure — est assorti de conditions trop strictes :

- adhésion enfermée dans le délai d'un an à compter de la date où les intéressés ont vocation à entrer dans ce régime ;

- passé ce délai, obligation, pour adhérer, de racheter les cotisations afférentes à la période écoulée depuis la date d'ouverture du droit au bénéfice de l'assurance volontaire, dans la limite des cinq dernières années précédant la demande et sans possibilité de prise en charge par l'Aide sociale.

En second lieu, le coût des cotisations d'assurance volontaire est plus que dissuasif pour les catégories ayant des revenus modestes. En outre, le système par définition rigide des tranches de cotisations pénalise les personnes aux ressources modestes.

On trouvera, dans les trois tableaux ci-dessous, le taux de cotisations exigées pour les trois assurances volontaires de 1967 : celle du régime général, celle de l'agriculture, celle des non-salariés non agricoles.

### I. — ASSURANCE VOLONTAIRE DU REGIME GENERAL

(En francs.)

Classe	Salaire ou gain annuel de référence	Cotisations annuelles (versées trimestriellement)		
		Maladie-maternité régime ordonnance 1967 13,75 %	Maladie-maternité décès (régime L. 244)	
			16,25 %	14,10 % (1)
1	A partir de 43.320 .....	5.956	7.300	6.108
2	De 21.660 à 43.319 .....	4.468	5.476	4.580
3	Inférieur à 21.660 .....	2.980	3.648	3.056
4	Moins de vingt-deux ans ..	1.488	»	»

(1) Réservé aux membres de la famille résidant en métropole d'un assuré à l'étranger.

## II. — ASSURANCE VOLONTAIRE DU REGIME AGRICOLE

(En francs.)

Catégories	Ressources annuelles à retenir pour le classement	Assiette annuelle des cotisations	Taux des cotisations (pourcentage)	Cotisations annuelles	Cotisations trimestrielles arrondies au franc le plus proche
1	43.320 et plus .....	43.320 (100 % du plafond) .....	13,75	5.956,50	1.489
2	De 21.660 à 43.320 ..	32.490 ( 75 % du plafond) .....	»	4.467,37	1.117
3	Inférieures à 21.660 ..	21.660 ( 50 % du plafond) .....	»	2.978,25	745
4	Assurés âgés de moins de vingt-deux ans ..	10.830 ( 25 % du plafond) .....	»	1.489,12	372

## III. — ASSURANCE VOLONTAIRE DES NON-SALARIES NON-AGRICOLES

(En francs.)

Classes de cotisation	Montant des ressources annuelles prises en compte pour la détermination de la classe	Assiette annuelle de la cotisation		Montant de la cotisation (11,65 % de l'assiette)	
		En pourcentage du plafond de la Sécurité sociale (43.320 F)	Montant	Cotisation semestrielle	Cotisation annuelle
6 (1)	Inférieures à 7.220 F .....	15	6.498	378	756
5	7.220 F à 10.829 F .....	29	12.562	732	1.464
4	10.830 F à 14.439 F .....	40	17.328	1.009	2.018
3	14.440 F à 21.659 F .....	50	21.660	1.262	2.524
2	21.660 F à 32.489 F .....	55	23.826	1.388	2.776
1	Supérieures à 32.489 F .....	66	28.591	1.665	3.330

(1) Les assurés de moins de vingt-deux ans cotisent en 6<sup>e</sup> classe.

L'assurance personnelle instituée par le projet procède d'une philosophie quelque peu différente, *et se veut véritablement le régime de droit commun pour toute personne non affiliée à un régime obligatoire*. Quatre traits la caractérisent :

1. *C'est un régime unifié et l'adhésion n'est pas liée à des critères socio-professionnels.*

L'article 2 du projet précise que « toute personne... n'ayant pas droit à un titre quelconque aux prestations en nature d'un régime obligatoire d'assurance maladie relève de l'assurance personnelle ».

L'absence de couverture obligatoire devient donc le seul critère d'adhésion.

L'assurance personnelle a pour vocation de se substituer aux régimes d'assurance volontaire existants ; l'assurance volontaire du régime général est supprimée par l'article 16, tandis que les autres sont appelées, faute d'adhésions nouvelles, à s'étendre progressivement.

2. *L'adhésion demeure facultative...*

Le caractère facultatif qui caractérise l'assurance volontaire n'est pas fondamentalement remis en cause. Cependant, diverses dispositions tendent à rendre quasi automatique l'affiliation à l'assurance volontaire : l'article 3 prévoit que si un assuré relevant d'un régime obligatoire cesse de remplir les conditions d'assujettissement propres à ce régime, le régime d'assurance volontaire doit procéder, sauf refus exprimé dans un certain délai par l'intéressé, à son affiliation. L'article 10 place « de plein droit » dans l'assurance personnelle les affiliés à l'assurance volontaire du régime général.

3. *... mais la résiliation n'est pas permise.*

On peut adhérer librement au régime de l'assurance personnelle, mais on ne peut en sortir, sauf si l'on cesse de relever du régime : en devenant assuré ou ayant droit d'un assuré du régime obligatoire, en cessant de résider en France.

4. *Les conditions financières de l'adhésion sont plus favorables que pour l'assurance volontaire.*

Les affiliés à l'assurance personnelle sont redevables d'une cotisation assise sur les revenus nets de frais de l'intéressé et proportionnelle à ces revenus. Le système des « tranches » de cotisations est

donc abandonné. Un décret doit déterminer les taux et modalités de calcul de ces cotisations, qui peuvent dans certains cas être forfaitaires.

Le montant des cotisations devrait être, d'après les indications données par le Gouvernement, plus faible que le montant actuel des cotisations d'assurance volontaire.

Enfin, sous certaines conditions de ressources, il peut y avoir prise en charge totale ou partielle des cotisations, notamment par le régime des prestations familiales dont relève l'intéressé ou par l'Aide sociale, dans le cadre de l'aide médicale.

### c) Les limites et les incertitudes du texte proposé.

Trois critiques peuvent être principalement adressées à ce projet.

Tout d'abord, ce texte ne répond pas pleinement à l'intention manifestée par le législateur, qui était de garantir l'affiliation de *tous*, actifs ou non-actifs, à un régime d'assurance maladie obligatoire. Même s'il a vocation à accueillir une population beaucoup plus large, *le régime d'assurance personnelle n'est guère plus qu'une assurance volontaire améliorée* — même si ces améliorations sont considérables — *et témoigne donc d'un certain recul par rapport à la volonté initiale.*

Pendant, il faut bien reconnaître que le rattachement à un régime obligatoire, lié donc à tel ou tel groupe socio-professionnel, devient de plus en plus difficile au fur et à mesure que l'on se rapproche de la généralisation. Les catégories actuellement non couvertes sont justement celles pour lesquelles il était malaisé, voire impossible, de définir un critère d'affiliation à tel ou tel régime. Seul un régime unique permettrait, en dernière analyse, l'affiliation obligatoire de tous. Or, il n'est pas question de remettre en cause, dans notre système de sécurité sociale, la pluralité des régimes et leur lien avec une activité professionnelle. L'article premier du projet, qui modifie l'article L. 1 du Code de la sécurité sociale, introduit la notion de solidarité, mais ne supprime pas la notion d'assurance.

La deuxième critique que l'on peut faire à ce projet tient à son champ d'application *incertain*. Combien, notamment, parmi les plus défavorisés, parmi les plus marginaux, échapperont à la protection prévue par l'assurance volontaire. Les contacts que nous avons eu avec les associations qui se consacrent à l'aide à ces différents éléments du « quart-monde » conduisent à penser que *beaucoup, pour des raisons financières, psychologiques ou culturelles, ne sauront pas ou ne pourront pas profiter de l'assurance personnelle.*

Enfin, et c'est la troisième critique qu'appelle ce texte, *les conditions de financement et le coût de l'assurance personnelle ne peuvent être évalués avec précision.*

L'article 6 du projet prévoit que la différence constatée entre les dépenses et les recettes — c'est-à-dire, pour parler clair, le déficit — sera répartie entre les différents régimes obligatoires, selon des critères tels que le montant des prestations versées, le nombre de bénéficiaires et le nombre de cotisants de chaque régime. Solution qui, pour être logique n'en est pas moins complexe et génératrice d'incertitudes quant aux charges supplémentaires que les assurés obligatoires auront à supporter.

Surtout, l'article 5, qui prévoit dans certains cas la prise en charge des cotisations d'assurance volontaire par l'Aide sociale, ne peut que susciter des interrogations.

Il est certain que le rattachement de personnes actuellement non couvertes à un régime obligatoire ou à l'assurance personnelle permettra de réduire, dans une mesure non négligeable, les charges de l'Aide sociale. Mais le nombre des affiliés à l'assurance personnelle ne pouvant être déterminé à l'avance, même approximativement, il est impossible de savoir quel surcroît de dépenses entraînera, pour l'Aide sociale, la prise en charge prévue à l'article 5. Les services compétents du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale considèrent que l'application du projet n'aura pas de conséquences financières négatives pour l'Aide sociale. Cependant, il ne s'agit que d'estimations.

*C'est pourquoi votre Commission souhaite, à tout le moins, que les dépenses afférentes à la prise en charge des cotisations soient inscrites au groupe II, et non au groupe III des dépenses d'Aide sociale. Cette demande n'est pas motivée par des considérations exclusivement financières. Elle répond aussi aux exigences d'une saine conception de la protection sociale. La solidarité « nationale », affirmée à l'article premier du projet, se manifeste trop exclusivement par une contribution demandée aux régimes obligatoires et aux collectivités locales. Il est normal que l'Etat, d'une manière ou d'une autre, en prenne sa juste part.*

## EXAMEN DES ARTICLES

### Article premier.

#### *Commentaires :*

Cet article modifie l'article L. 1 du Code de la sécurité sociale, dans lequel se trouvent définis les principes généraux de notre système de protection sociale.

Une telle modification s'imposait sans doute avant même que n'intervînt le présent projet. A force d'extensions et d'enrichissements successifs de son contenu et de son champ d'application, c'est la philosophie même de notre système de sécurité sociale qui s'est infléchie.

Le premier alinéa de l'article L. premier, dans sa rédaction actuelle, donnait pour objectif à la Sécurité sociale de garantir les *travailleurs* et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire leur capacité de gain.

Cette notion d'assurance ne suffit plus. Aussi le texte proposé indique-t-il préalablement que l'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de *solidarité*. Il distingue ensuite :

- la protection des travailleurs, déjà prévue par la rédaction actuelle ;
- la garantie offerte à toute autre personne, ainsi qu'à sa famille, à condition qu'elles résident sur le territoire français, pour la maladie, la maternité, les charges de famille.

Il est ainsi pris acte de la généralisation mise en place depuis 1975, et précisé que celle-ci se limite, pour les non-travailleurs, à trois risques. L'assurance vieillesse, notamment, n'est pas incluse dans ce processus de généralisation.

Un nouvel alinéa précise ensuite comment s'exerce cette garantie :

- soit par affiliation à un régime obligatoire ;
- soit, à défaut, par rattachement au régime de l'assurance personnelle. Le caractère résiduel du champ d'application de l'assurance personnelle est ainsi affirmé. On notera qu'aucune allusion n'est faite à l'assurance volontaire, dont on prévoit l'extinction progressive.

Les deux derniers alinéas proposés pour l'article L. 1 reprenant à peu près le texte actuel, donnent la liste des catégories de prestations dont le service est assuré par la Sécurité sociale, et indiquant que le ministère de la Santé — et non plus du Travail — et de la Sécurité sociale est chargé de l'application des législations de sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a modifié le texte sur deux points.

D'une part, elle a précisé que la solidarité visée au-delà de l'article L. 1 avait un caractère à la fois national et interprofessionnel. Cette formulation a suscité de « sérieuses réserves » — ce sont les termes mêmes employés par le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale — de la part du Gouvernement, qui a fait valoir que le terme « national » n'ajoutait rien aux textes et que l'adjonction du qualificatif « interprofessionnel » risquait de susciter des difficultés d'interprétation et d'application.

L'Assemblée nationale a d'autre part, dans la liste donnée à l'article L. 1 des catégories de prestations services par la Sécurité sociale, substitué le terme d'« allocations de vieillesse » aux termes d'« allocation aux vieux travailleurs salariés (A.V.T.S.) ». Elle a ainsi tenu compte de l'élargissement des garanties offertes aux personnes âgées par la Sécurité sociale, notamment à travers le Fonds national de solidarité.

#### *Amendement :*

Votre Commission, si elle approuve la formule de « solidarité nationale » utilisée au premier alinéa du texte de l'article L. premier, n'est pas favorable à l'adjonction du terme « interprofessionnel ». En effet, cet adjectif n'ajoute rien au texte puisque la solidarité interprofessionnelle est incluse dans la solidarité nationale et il risque de susciter des difficultés d'interprétation ou d'application de la loi. Il vous est donc proposé de le supprimer.



## Article 2.

### *Commentaires :*

Cet article, qui s'insère au début du titre premier du projet de loi, précise les conditions requises pour relever du nouveau régime de l'assurance personnelle. Il faut :

- résider en France, cette condition de résidence étant définie par décret en Conseil d'Etat ;
- ne pas avoir droit à un titre quelconque aux prestations d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité.

Le troisième alinéa, dont les dispositions sont essentielles, indique à la fois :

- que l'adhésion est facultative ;
- qu'elle peut intervenir à tout moment : aucun délai-limite pour adhérer, aucune obligation de rachat de cotisations, ne sont imposés.

La souplesse du système, qui doit être aussi attractif que possible pour les catégories auxquelles il s'adresse, est ainsi nettement marquée.

Votre Commission vous engage à adopter cet article sans modification.

## Article 3.

### *Commentaires :*

Cet article apporte un premier tempérament au caractère facultatif de l'assurance volontaire. Il stipule que lorsqu'une personne cesse de remplir les conditions exigées pour être assujettie à l'assurance maladie maternité d'un régime obligatoire, elle se trouve automatiquement affiliée, sauf refus de sa part, à l'assurance personnelle.

Les modalités d'application de ce principe sinon contraignant, du moins très incitatif, ont été précisées par l'Assemblée nationale.

Le texte initial du projet de loi prévoyait :

- une information du régime d'assurance personnelle par le régime obligatoire dont l'assuré cesse de relever ;

- l'affiliation automatique par le régime d'assurance personnelle, sauf refus exprimé par l'intéressé dans un délai déterminé par voie réglementaire.

L'Assemblée nationale a craint, à juste titre, que le droit de refus donné à l'assuré ne puisse pas s'exercer faute d'information dans un délai suffisamment bref.

Elle a donc précisé que le régime obligatoire dont l'assuré cesse de relever doit en informer l'assuré en même temps que le régime et que cette information doit intervenir *immédiatement*.

Il convient de noter que le non-paiement de cotisations d'un régime obligatoire, qui entraîne la perte du droit aux prestations, ne suffit pas à rejeter l'assuré vers le régime d'assurance personnelle. L'application à ce régime n'intervient que si ne sont plus remplies les conditions d'*assujettissement*.

Il vous est proposé d'adopter cet article.

#### Article 4.

##### *Commentaires :*

Cet article traite des prestations servies par l'assurance volontaire, des bénéficiaires de ces prestations et des conditions d'ouverture du droit aux prestations. L'assurance volontaire donne droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité du régime général.

En bénéficiant l'assuré et ses ayants droit au sens de l'article L. 285 du Code de la sécurité sociale, c'est-à-dire : le conjoint s'il n'est pas assuré à un autre titre ; les enfants jusqu'à seize ans, âge qui peut, dans certains cas, être porté à dix-sept, dix-huit ou vingt ans ; « l'ascendant, le descendant, le collatéral jusqu'au troisième degré ou l'allié au même degré » de l'assuré « qui vit sous le toit de celui-ci et se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans à la charge de l'assuré ». Le droit aux prestations n'est ouvert que si l'assuré est à jour de ses cotisations et qu'au terme d'un délai fixé par voie réglementaire, et qui pourrait être de trois mois.

Un délai minimum d'affiliation a été retenu par les auteurs du projet pour inciter les affiliés potentiels à l'assurance personnelle à ne pas attendre la survenance du risque pour adhérer.

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, considérant que le principe même d'un tel

délai était contraire à l'esprit du projet de loi, en a souhaité la suppression. Elle a considéré en effet que la possibilité d'une couverture immédiate des risques, dès l'adhésion, faciliterait l'affiliation au nouveau régime des éléments les plus défavorisés ou les plus « marginalisés » de la population concernée. Ajoutons qu'une fois l'adhésion acquise, le retrait n'est plus possible.

Votre Commission, pour sa part, ne méconnaît pas les inconvénients que présente l'institution d'un délai entre l'affiliation et l'ouverture des droits, mais il lui semble que la suppression d'un tel délai aurait des inconvénients plus graves encore : la population concernée aurait en effet, dans cette hypothèse, tout intérêt à attendre purement et simplement la survenance du risque, c'est-à-dire la maladie, pour s'affilier. C'est pourquoi, tout en insistant auprès du Gouvernement pour que le délai prévu à l'article 4 soit suffisamment court, il approuve le maintien du délai, qui est d'ailleurs la solution finalement retenue par l'Assemblée nationale.

Votre Commission vous invite à adopter sans modification le présent article.

## Article 5.

### *Commentaires :*

Cet article prévoit le paiement, par les personnes affiliées à l'assurance volontaire, de cotisations. Toute affiliation gratuite est donc exclue. Il traite, ensuite, du calcul des cotisations, des modalités et des conditions de prise en charge des cotisations.

#### *1. Le mode de calcul des cotisations.*

La cotisation est normalement fixée en pourcentage du montant total des revenus nets de frais passible de l'impôt sur le revenu. Cette définition, qui prend en considération l'ensemble des ressources de l'assuré, même celles qui donnent lieu à des abattements ou à des exonérations spécifiques, permet de serrer au plus près la réalité du revenu dont disposent les intéressés. Il convient de noter, en outre, que le système des cotisations proportionnelles est plus souple et plus équitable que le système de « tranches » de cotisations utilisé pour l'assurance volontaire. Les taux et les modalités de calcul des cotisations sont fixées par décret.

Le troisième alinéa de l'article 5 prévoit la possibilité d'un autre mode de calcul, forfaitaire, des cotisations, dans des conditions fixées par décret.

Dans quels cas cette solution sera-t-elle retenue ? Elle le sera, d'abord, pour les assurés appartenant à des catégories pour lesquelles la nature des revenus et, *a fortiori*, des revenus imposables est pratiquement inutilisable : lycéens, étudiants non bénéficiaires de la sécurité sociale, notamment parce qu'appartenant à des écoles pour lesquelles l'assuiettissement n'est pas prévu. Mais il ne s'agit, en aucun cas, de faire bénéficier du régime de cotisations forfaitaires des groupes sociaux dont les revenus sont simplement mal connus : certains rentiers, forains, cartomanciennes, par exemple. Pour ces groupes sociaux, le ministre de la Santé a clairement indiqué, lors du débat à l'Assemblée nationale, qu'il appartenait au contraire « à l'administration de procéder aux investigations nécessaires pour fixer un montant de cotisations raisonnable et plausible ».

Le système des cotisations à base forfaitaire sera retenu, ensuite — sans doute pour des raisons de simplification — en cas de prise en charge de ces cotisations par une des institutions visées au présent article.

Il convient de noter que le montant des cotisations à base forfaitaire ne sera pas uniforme et variera, notamment, en fonction de l'importance du risque propre à la catégorie concernée.

## 2. La prise en charge totale ou partielle des cotisations.

L'article 5 prévoit que, sous certaines conditions de ressources fixées par décret en Conseil d'Etat, les cotisations peuvent être totalement ou partiellement prises en charge :

- soit par le régime des prestations familiales au sens de l'article L. 510 du Code de la sécurité sociale, dont relève l'intéressé ;
- soit par d'autres personnes morales de droit public ou privé (établissements d'enseignement ou de formation n'ouvrant pas droit au régime étudiant, par exemple ;
- soit par l'Aide sociale, notamment pour les titulaires de l'allocation spéciale prévue au titre II du Livre VIII du Code de la sécurité sociale.

En ce qui concerne la prise en charge par les caisses d'allocations familiales, il a été indiqué à votre Commission, lors de l'audition de Mme le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale, qu'elle interviendrait si l'intéressé est bénéficiaire d'une des quatre prestations attribuées sous plafond de ressources, complément familial, allocation de parent isolé notamment. Un tel transfert de charges a certes déjà été utilisé une fois, lors de la création de l'allocation de parent isolé.

Mais un recours trop fréquent au financement des cotisations d'assurance maladie par les caisses d'allocations familiales ne risque-t-il pas, à terme, de remettre en cause le principe de séparation des risques posé par les ordonnances de 1967 ?

La prise en charge par l'Aide sociale suscite des questions plus sérieuses encore, que nous avons évoquées dans la première partie de ce rapport. Certes, il est impossible de déterminer à l'avance quels en seront les effets sur les dépenses d'aide sociale. Par ailleurs, l'article 5 précise que la prise en charge interviendra conformément aux règles fixées par le titre III du Code de la famille et de l'aide sociale, ce qui implique une liberté de décision des commissions d'admission.

*Amendement :*

L'Assemblée nationale, dans le cinquième alinéa de cet article, a précisé que les prestations familiales visées pour l'application éventuelle de la prise en charge des cotisations étaient celles de l'article L. 510 du Code de la Sécurité sociale. Cette précision paraît superflue et il vous est proposé de la supprimer.

*Amendement :*

Le montant des dépenses supplémentaires que feront peser sur l'aide sociale les cotisations d'assurance personnelle qu'elle sera amenée à prendre en charge ne peut absolument pas être déterminé à l'avance, puisqu'il dépend à la fois des dispositions du décret d'application et des réactions de la population concernée par le nouveau texte. Or, l'Aide sociale pèse déjà très lourdement sur les finances des collectivités locales. Il conviendrait donc que le Gouvernement accepte de faire passer les dépenses afférentes à la prise en charge des cotisations visées au présent article du groupe III au groupe II des dépenses de l'Aide sociale. Il vous est proposé un amendement en ce sens.

Il convient de noter que l'Aide médicale aux tuberculeux et aux malades mentaux est déjà inscrite au groupe II. Rappelons en outre que, lors du vote de la loi d'orientation sur les handicapés, le Gouvernement avait accepté le transfert du groupe III au groupe II pour la prise en charge par l'Aide sociale des cotisations d'assurance maladie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés.

Il vous est proposé d'adopter l'article 5 ainsi amendé.

## Article 6.

### *Commentaires :*

Cet article complète, en ce qui concerne le financement de l'assurance personnelle, les dispositions de l'article précédent. Il précise que les opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle font l'objet, au sein du régime général qui en assure la gestion, d'une comptabilité distincte et que le solde constaté au terme d'un exercice est réparti entre les régimes obligatoires d'assurance maladie maternité, selon des modalités de répartition fixées par décret.

L'Assemblée nationale a introduit, à la fin de cet article, un amendement précisant que cette répartition se ferait compte tenu du nombre de cotisants ou de bénéficiaires des différents régimes, ou du montant des prestations en nature qu'ils versent.

### *Amendement :*

Les critères retenus par l'Assemblée nationale pour l'établissement de la clé de répartition entre les régimes obligatoires du solde de l'assurance personnelle apparaissent excellents mais la rédaction adoptée ne permet pas de les prendre en compte tous ensemble. Il vous est proposé de préciser que le décret définissant les modalités de répartition devra tenir compte *à la fois* du nombre des cotisants, du nombre des bénéficiaires et du montant des prestations en nature propres à chaque régime concerné.

Votre Commission, sous réserve de cet amendement, vous engage à adopter cet article.

## Article 7.

### *Commentaires :*

Cet article énumère les trois cas dans lesquels l'assurance volontaire peut être résiliée par l'intéressé :

- s'il devient assuré d'un régime obligatoire, pendant une durée minimum fixée par décret. Il convient d'éviter, en effet, des passages trop fréquents d'un régime à un autre ;

- s'il devient ayant droit d'un assuré. Il peut s'agir d'un assuré à un régime obligatoire, d'un assuré volontaire, d'un affilié à l'assurance personnelle ;
- s'il cesse de résider sur le territoire français pendant une durée et dans des conditions fixées par décret.

Les possibilités de « sortie » de l'assurance volontaire sont, on le voit, très limitées.

*Amendement :*

On notera que cet article fait état d'une « possibilité » et non d'une obligation de résiliation. Il s'ensuit que l'assuré qui, par exemple, quitte la France pendant une durée supérieure au minimum fixé par décret pourrait théoriquement demeurer affilié. Il semble qu'il y ait là une certaine contradiction avec les termes mêmes de l'article 2, qui fait de la résidence en France une condition nécessaire pour relever de l'assurance personnelle. En tout état de cause, la logique veut que, dans les trois cas visés ci-dessus, la résiliation de l'assurance personnelle ne soit pas une simple faculté.

Il vous est donc proposé, au début de cet article, une rédaction qui paraît plus claire et qui indique que « l'affiliation à l'assurance personnelle ne prend fin » que dans l'un des cas visés ensuite.

**Article 8.**

*Commentaires :*

Cet article prévoit la résiliation de plein droit, à partir du moment où les intéressés sont couverts par l'assurance personnelle, de tous les contrats en cours assurant les risques de maladie et de maternité.

Cette résiliation peut cependant n'être que partielle ; au cas où la garantie résultant du contrat d'assurance est supérieure à celle que donne l'assurance personnelle, les contrats sont maintenus par l'établissement d'un avenant et d'une réduction de prime proportionnelle à la réduction du risque. Les primes ou fractions de primes afférentes aux risques qui ne sont plus assurés sont remboursées.

Rappelons que la loi du 6 janvier 1970 avait prévu une disposition identique.

Il vous est proposé d'adopter le présent article.

## Article 9.

### *Commentaires :*

Cet article prévoit, pour les assurés relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, mais ne remplissant pas les conditions de durée du travail ou de cotisations exigées pour recevoir les prestations en nature de l'assurance maladie, une possibilité d'adhésion, pendant la période en cause, à l'assurance personnelle.

Cette faculté de double affiliation temporaire permet d'éviter l'absence de garantie pendant certaines périodes. Elle n'a cependant de portée véritable, précisons-le, que si l'on supprime toute condition de délai pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance personnelle.

Le deuxième alinéa de l'article 9 a pour objet d'éviter que l'assuré n'ait à payer double cotisation. Il prévoit que les cotisations versées au régime obligatoire viennent en déduction de la cotisation d'assurance personnelle.

L'Assemblée nationale a complété opportunément ce dispositif.

Elle a d'abord précisé que la déduction portait sur les deux parts, patronale et salariale, de la cotisation due au régime obligatoire.

Elle a ensuite indiqué que, seule, la partie de la cotisation correspondant aux prestations en nature serait déduite. En effet, certains régimes obligatoires servant des prestations en espèce en cas de maladie ou maternité, il est logique que la part de cotisations correspondante leur reste acquise malgré la couverture des prestations en nature par l'assurance personnelle.

Elle a, enfin, prévu que la part de cotisations du régime obligatoire venant en déduction de la cotisation d'assurance personnelle serait néanmoins transférée au régime d'assurance personnelle dans des conditions fixées par décret. Cette disposition est destinée à tenir compte du fait que le déficit éventuel de l'assurance personnelle est réparti entre tous les régimes obligatoires.

Si la part afférente aux prestations en nature de l'assurance obligatoire n'était pas versée à l'assurance personnelle, celle-ci disposerait de moins de cotisations, et un transfert s'établirait entre le régime des salariés et le régime des travailleurs indépendants, au détriment de ces derniers.



*Amendement :*

L'article 9 ne précise pas si, dans le cas d'adhésion temporaire qu'il prévoit, le délai visé à l'article 4 — délai entre la date de l'affiliation à l'assurance personnelle et l'ouverture du droit aux prestations — s'applique. Il nous paraît indispensable, sous peine de priver le texte d'une bonne partie de son intérêt, de préciser que dans le cas visé à l'article 9, le droit aux prestations de l'assurance personnelle est ouvert sans délai, dès l'adhésion.

*Amendement :*

Le deuxième amendement qui vous est proposé n'apporte qu'une correction de forme au deuxième alinéa de l'article 9.

**Article 10.**

*Commentaires :*

Cet article traite des conséquences de la création de l'assurance personnelle sur les régimes d'assurance volontaire.

*1. La substitution totale de l'assurance personnelle à l'assurance volontaire de 1967 gérée par le régime général.*

Les personnes affiliées au régime général au titre de l'assurance volontaire créée par l'ordonnance n° 67-709 du 21 août 1967 sont placées de plein droit sous le régime de l'assurance personnelle. Il y a donc, dans ce cas, suppression pure et simple de l'assurance volontaire. Les intéressés auront simplement la possibilité de quitter le régime et, s'ils le souhaitent, de refuser l'adhésion à l'assurance personnelle.

*2. La possibilité de maintien dans les autres régimes d'assurance volontaire.*

Les trois autres régimes d'assurance volontaire créés en 1967 ne sont, en revanche, pas supprimés. On s'achemine simplement, du fait du caractère plus avantageux de l'assurance personnelle, vers une extinction progressive de ces régimes. Subsistent également, pour les personnes qui s'y sont maintenues, l'ancien régime d'assurance volontaire de l'article L. 244 du Code de la sécurité sociale. La possibilité de maintien à l'assurance volontaire de l'article L. 244 subsiste également pour les chauffeurs de taxis qui, en vertu des dispositions de

l'article 3 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966, modifié par la loi n° 70-14, ont opté pour l'adhésion au régime en cause.

L'adhésion à l'assurance volontaire est cependant possible à tout moment.

*Amendement :*

Il vous est simplement proposé de rectifier la date de la loi n° 66-509 qui a été promulguée le 12 juillet et non le 12 janvier 1966.

**Article 11.**

*Commentaires :*

L'article L. 253 du Code de la sécurité sociale prévoit qu'à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire, le droit aux prestations est supprimé.

Le présent article étend ce délai à trois mois, et prévoit que cette extension s'applique également aux autres régimes d'assurance maladie et maternité.

**Article 12.**

*Commentaires :*

L'article L. 249 du Code de la sécurité sociale prévoit, notamment, que pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations du régime général, l'assuré social doit justifier d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé au cours d'une période de référence.

Le présent article apporte un assouplissement à cette condition. Ceux qui ne la remplissent pas ont quand même droit aux prestations lorsqu'elles justifient avoir cotisé, durant une période de référence, sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités de cet assouplissement, qui doit également bénéficier, aux termes du dernier alinéa de l'article 12, aux assurés relevant du régime des assurances sociales agricoles.

*Amendement :*

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait manifesté le souhait que l'assouplissement prévu à cet article puisse s'appliquer, en tant que de besoin, aux assurés relevant des régimes spéciaux. Il vous est proposé un amendement en ce sens, afin d'éviter que les catégories concernées, faute d'une mention dans le premier article soient privées de l'amélioration qu'il introduit.

Il vous est proposé d'adopter le présent article ainsi amendé.

**Article 13.**

*Commentaires :*

Cet article donne aux concubins des assurés sociaux la qualité d'ayant droit. Cette disposition, qui vaut pour tous les régimes, ne s'applique que si la personne concernée :

- vit maritalement avec l'assuré social ;
- se trouve à sa charge effective, totale et permanente ;
- apporte la preuve que ces deux conditions sont remplies.

Cette mesure est sans doute opportune et elle a des précédents puisque les concubins peuvent prétendre, dans certains cas, au capital-décès.

Cependant, on ne peut que souligner les difficultés d'application qu'elle comporte, les questions nombreuses qu'elle soulève :

Comment sera apportée la preuve que la concubine ou le concubin est à la charge effective, totale et permanente de l'assuré ?

Y a-t-il lieu de tenir compte de critères de longévité ou de pérennité de la relation maritale pour l'ouverture de la qualité d'ayant droit ?

Un mari assuré social peut-il procurer la qualité d'ayant droit à son conjoint légitime séparé de droit ou de fait et à la personne qui vit maritalement avec lui ?

Inversement, la personne qui vit en concubinage avec un assuré social peut-elle acquérir la qualité d'ayant droit alors qu'elle est mariée avec une autre personne, dont elle est séparée de droit ou de fait ?

## Article 14.

### *Commentaires :*

L'article L. 648 du Code de la sécurité sociale donne la liste des professions libérales susceptibles de bénéficier de l'allocation vieillesse des non-salariés.

Le présent article intègre dans cette liste tout : personne ayant une activité professionnelle non salariée — ou assimilée — et qui ne relève pas déjà en partie du régime des professions libérales. Cette disposition ne vaut pas pour les avocats, qui bénéficient d'un régime vieillesse particulier.

## Article 15.

### *Commentaires :*

Cet article prévoit, dans un premier alinéa, qu'un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application de la loi.

L'Assemblée nationale, sur proposition du Gouvernement et conformément aux vœux de la Commission saisie au fond, a complété ce texte par un amendement instaurant un régime provisoire d'adhésion à l'assurance volontaire géré par le régime général, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1978, dans l'attente de la mise en place effective du régime prévu par le présent projet.

Les intéressés, qui doivent être informés par l'Etat et par les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie de la faculté dont ils disposent, devront verser, s'ils adhèrent, une cotisation forfaitaire qui sera « régularisée » après la publication des textes d'application.

Le régime général enregistre les adhésions et inscrit les opérations de recettes et de dépenses à un compte distinct.

Ces dispositions ont pour objet d'éviter que les catégories sociales nombreuses qui attendent depuis longtemps que leur soit donnée une possibilité réelle de bénéficier d'une couverture sociale contre le risque maladie, ne soient pénalisées par les délais forcément assez longs qu'exigera l'élaboration des textes d'application.

*Amendement :*

Il vous est proposé, afin que ne joue pas le délai de stage prévu par le droit commun de l'assurance volontaire, de préciser que, dans le cadre du régime transitoire prévu par cet article, le droit aux prestations sera ouvert sans délai.

**Article 16.**

*Commentaires :*

Cet article prévoit que des décrets adapteront, en tant que de besoin, aux départements d'outre-mer, les dispositions de la loi.

Des adaptations seront, en effet, nécessaires, notamment du fait que les organismes gestionnaires de l'assurance maladie ne couvrent pas la même population qu'en métropole et n'ont pas les mêmes attributions.

## TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Article premier.	Article premier.	Article premier.
<p><i>Art. L. premier.</i> — L'organisation de la Sécurité sociale garantit les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.</p>	<p>L'article L. premier du Code de la sécurité sociale est remplacé par l'article suivant :</p>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>
<p>Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, ainsi que le service des prestations familiales dans le cadre des dispositions fixées par le présent Code.</p>	<p>« L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité ; elle garantit les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.</p>	<p>« L'organisation de la Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale et interprofessionnelle.</p>	<p>« L'organisation... ... de solidarité nationale.</p>
	<p>« Elle assure pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille.</p>	<p>« Elle garantit les travailleurs... et les charges de famille.</p>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>
	<p>« Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et de leurs ayants droit à un régime obligatoire, ou à défaut par leur rattachement au régime de l'assurance personnelle.</p>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>
	<p>« Elle assure le service des prestations d'assurances sociales, d'accidents du travail et maladies professionnelles, de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, ainsi que le service des prestations familiales</p>	<p>« Elle... ... professionnelles, des allocations de vieillesse, ainsi que...</p>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	dans le cadre des dispositions fixées par le présent Code.	... Code.	
Le ministre du Travail et de la Sécurité sociale est chargé de l'application des lé- gislations de sécurité sociale contenues dans le présent Code.	« Le ministre de la Santé et de la Sécurité sociale est chargé de l'application des lé- gislations de sécurité sociale contenues dans le présent Code. »	(Alinéa sans modification.)	(Alinéa sans modification.)
	TITRE PREMIER	TITRE PREMIER	
	ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ	ASSURANCE MALADIE ET MATERNITÉ	
	Art. 2.	Art. 2.	Art. 2.
	Toute personne résidant en France et n'ayant pas droit à un titre quelconque aux pres- tations en nature d'un régime obligatoire d'assurance mala- die et maternité relève du ré- gime de l'assurance person- nelle.	(Sans modification.)	(Sans modification.)
	La gestion de l'assurance personnelle est assurée par le régime général d'assurance maladie-maternité des travail- leurs salariés.		
	L'adhésion peut intervenir à tout moment.		
	La condition de résidence visée au présent article est dé- finie par décret en Conseil d'Etat.		
	Art. 3.	Art. 3.	Art. 3.
	Lorsqu'une personne cesse de remplir les conditions exi- gées pour être assujettie à l'as- surance maladie et maternité d'un régime obligatoire, l'or- ganisme auquel elle était affi-	Lorsqu'une...	(Sans modification.)

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	liée en dernier lieu en informe dès que possible le régime de l'assurance personnelle qui, sauf refus de l'intéressé, exprimé dans un délai fixé par voie réglementaire, procède à son affiliation.	... en informe immédiatement la personne concernée et le régime...	
	Art. 4.	... affiliation.	
	Les personnes inscrites à l'assurance personnelle bénéficient, au terme d'un délai fixé par voie réglementaire, pour elles-mêmes et leurs ayants droit au sens de l'article L. 285 du Code de la sécurité sociale et de l'article 13 ci-après, et à condition d'être à jour de leurs cotisations, de l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité servies par le régime général.	Art. 4. Les personnes affiliées à l'assurance personnelle bénéficient...	Art. 4. (Sans modification.)
	Art. 5.	... général.	
	Les adhérents à l'assurance personnelle sont redevables d'une cotisation.	Art. 5. Les affiliés...	(Alinéa sans modification.)
	Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant total des revenus nets de frais passibles de l'impôt sur le revenu. Un décret détermine les taux et les modalités de calcul des cotisations.	... cotisation. (Alinéa sans modification.)	(Alinéa sans modification.)
	Les cotisations peuvent aussi être calculées sur des bases forfaitaires dans des conditions fixées par décret.	(Alinéa sans modification.)	(Alinéa sans modification.)
	Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions de ressources pour la prise en charge totale ou partielle des cotisations :	(Alinéa sans modification.)	(Alinéa sans modification.)



Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<p>— soit par le régime des prestations familiales dont relève l'intéressé s'il bénéficie d'une ou plusieurs prestations familiales ;</p> <p>— soit par d'autres personnes morales de droit public ou privé ;</p> <p>— soit conformément aux règles fixées par le titre III du Code de la famille et de l'aide sociale, par l'aide sociale, <i>notamment</i> pour les titulaires de l'allocation spéciale visée au titre II du Livre VIII du Code de la sécurité sociale.</p>	<p>— soit...</p> <p>... familiales au sens de l'article L. 510 du Code de la sécurité sociale ;</p> <p>(Alinéa sans modification.)</p> <p>(Alinéa sans modification.)</p>	<p>— soit...</p> <p>... familiales.</p> <p>(Alinéa sans modification.)</p> <p>— soit conformément...</p>
	<p>Une majoration fixée par décret est applicable aux cotisations qui n'ont pas été acquittées à l'échéance prescrite.</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	<p>... Code de la sécurité sociale ; les dépenses occasionnées par cette prise en charge sont inscrites au groupe II de l'Aide sociale.</p> <p>(Alinéa sans modification.)</p>
	Art. 6.	Art. 6.	Art. 6.
	<p>Les opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle font l'objet d'une comptabilité distincte. Le solde constaté au terme d'un exercice est réparti entre les régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>Les opérations...</p> <p>... décret, compte tenu du nombre de leurs cotisants ou de leurs bénéficiaires ou du montant des prestations en nature qu'ils versent.</p>	<p>Les opérations...</p> <p>... décret, compte tenu du nombre de leurs cotisants et de leurs bénéficiaires et du montant ... ... versent.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>L'assurance personnelle ne peut être résiliée par l'intéressé que dans l'une des hypothèses suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— s'il devient assuré d'un régime obligatoire pendant une durée minimum fixée par décret en Conseil d'Etat ;</li><li>— s'il acquiert la qualité d'ayant droit d'un assuré ;</li><li>— s'il cesse de résider sur le territoire français pendant une durée et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</li></ul>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p><i>(Sans modification.)</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p><i>L'affiliation à l'assurance personnelle ne prend fin que dans l'un des cas suivants :</i></p> <p style="text-align: center;">— si l'intéressé devient...</p> <p style="text-align: center;">... en Conseil d'Etat ;</p> <p><i>(Alinéa sans modification.)</i></p> <p><i>(Alinéa sans modification.)</i></p>
	<p style="text-align: center;">Art. 8.</p> <p>Sont résiliés de plein droit à compter de la date où les intéressés sont couverts par le régime de l'assurance personnelle institué par la présente loi, tous contrats en cours assurant les risques de maladie et de maternité.</p> <p>Toutefois au cas où la garantie résultant desdits contrats serait supérieure à celle qu'assure ledit régime, ceux-ci pourront être maintenus en vigueur moyennant l'établissement d'un avenant et une réduction de prime proportionnelle à la réduction du risque.</p> <p>Les primes ou fractions de primes afférentes aux risques qui ne sont plus assurés seront remboursées.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 8.</p> <p><i>(Alinéa sans modification.)</i></p> <p>Toutefois...</p> <p>... vigueur par l'établissement d'un avenant et d'une réduction...</p> <p>... risque.</p> <p><i>(Alinéa sans modification.)</i></p>	<p style="text-align: center;">Art. 8.</p> <p><i>(Sans modification.)</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Art. 9.  Les travailleurs salariés qui, tout en continuant à relever en cette qualité d'un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, ne remplissent pas les conditions de durée du travail ou de cotisations exigées pour recevoir les prestations en nature de cette assurance, peuvent adhérer pendant les périodes en cause à l'assurance personnelle instituée par la présente loi.  Dans ce cas, la cotisation d'assurance maladie maternité versée pour le compte de l'assuré au titre de l'assurance obligatoire vient en déduction de la cotisation due au titre de l'assurance personnelle en application des dispositions de l'article 5 ci-dessus.	Art. 9.  <i>(Alinéa sans modification.)</i>  Dans ce cas, les parts patronale et salariale de la cotisation d'assurance maladie-maternité versée pour le compte de l'assuré au titre des prestations en nature de l'assurance obligatoire vient en déduction...  ... ci-dessus et est transférée au régime de l'assurance personnelle dans des conditions fixées par décret.	Art. 9.  Les travailleurs...  ... à l'assurance personnelle et bénéficiaire sans délai des prestations auxquelles elle donne droit.
	Art. 10.  Les personnes qui sont affiliées au régime général au titre de l'assurance volontaire instituée par l'ordonnance n° 67-709 du 21 août 1967 sont placées de plein droit sous le régime de l'assurance personnelle. Ladite assurance volontaire gérée par le régime général est supprimée.  Les personnes qui, à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sont affiliées à titre volontaire aux autres régimes institués par l'ordon-	Art. 10.  <i>(Alinéa sans modification.)</i>  Les personnes...	Dans ce cas, ...  ... versées...  ... de l'assurance obligatoire viennent en déduction...  ... ci-dessus et sont transférées...  .. par décret
			Art. 10.  <i>(Alinéa sans modification.)</i>  Les personnes...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Textes adoptés par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	nance n° 67-709 du 21 août 1967 ou ayant exercé l'option prévue à l'article 7-2, premier alinéa, de ladite ordonnance, sont maintenues aux régimes dont elles relèvent respectivement. Elles pourront toutefois adhérer à tout moment au régime de l'assurance personnelle.	... ou ayant exercé soit l'option... ... ladite ordonnance, soit l'option prévue par l'article 3 de la loi 66-509 du 12 janvier 1966, modifiée par la loi 70-14 du 6 janvier 1970, sont maintenues... ... l'assurance personnelle.	... la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966... ... l'assurance personnelle.
	Art. 11.	Art. 11.	Art. 11.
<p>Art. L. 253. — Le droit aux prestations des assurances maladie, maternité et décès est supprimé à l'expiration d'un délai d'un mois suivant la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions exigées pour être assujéti à l'assurance obligatoire.</p>	<p>Dans l'article L. 253 du Code de la sécurité sociale, les mots :</p> <p>« un mois »,</p> <p>sont remplacés par les mots :</p> <p>« trois mois ».</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>  <p>(Alinéa sans modification.)</p>	<p>(Sans modification.)</p>
<p>Lorsque les prestations sont servies au moment où l'assuré cesse de remplir lesdites conditions, ces prestations sont supprimées à l'expiration du délai d'un mois visé à l'alinéa précédent. Les arrérages des pensions d'invalidité sont supprimés à l'expiration du trimestre d'arrérages au cours duquel le bénéficiaire a exercé une activité professionnelle non salariée.</p>	<p>Cette extension à trois mois s'applique également aux autres régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité.</p>		
<p>Lorsque l'ayant droit bénéficie des prestations au moment où il cesse de remplir les conditions prévues à l'article L. 285, ces prestations lui sont également suppri-</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale			
mées à l'expiration d'un délai <i>d'un mois</i> suivant la date à laquelle ces condi- tions cessent d'être remplies.			
Tout employeur est tenu de porter à la connaissance de la caisse primaire d'assu- rance maladie compétente tout embauchage ou tout li- cenciement de personnel et ce, dans les huit jours du début ou de la fin du travail d'un salarié au moyen d'un bulletin d'entrée ou de sor- tie dans les conditions fixées par arrêté du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.			
. . . . .			
	Art. 12.	Art. 12.	Art. 12.
	Il est ajouté à l'article L. 249 du Code de la sécu- rité sociale le paragraphe suivant :	<i>(Sans modification.)</i>	<i>(Alinéa sans modification.)</i>
Art. L. 249. — Pour avoir droit ou ouvrir droit :			
1° aux prestations prévues à l'article L. 283 a ;			
2° aux prestations prévues à l'article L. 283 b pendant les six premiers mois d'in- terruption de travail ;			
3° aux prestations des assu- rances maternité et décès, l'assuré social doit justifier d'un nombre minimum d'heu- res de travail salarié ou assi- milé au cours d'une période de référence. Il doit en outre justifier d'une durée minimum d'immatriculation pour pouvoir bénéficier de l'assurance maternité.			
Si l'arrêt de travail se pro- longe sans interruption su-			

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en première lecture

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

dès de six mois, l'assuré ne peut recevoir les prestations prévues par l'article L. 283 b au-delà de ce sixième mois que s'il justifie :

— d'une part, d'une durée minimum d'immatriculation ;

— d'autre part, d'un nombre minimum d'heures de travail au cours d'une période de référence.

Les différentes conditions d'application du présent article seront déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

*« Les personnes qui, pour l'ouverture du droit aux prestations ne peuvent justifier d'un nombre minimum d'heures de travail salarié au cours d'une période de référence, bénéficient des prestations précitées pour elles-mêmes et les membres de leur famille, lorsqu'elles justifient avoir cotisé, durant une période de référence, sur la base d'un salaire au moins égal à un montant fixé par référence au salaire minimum de croissance, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »*

Les dispositions du présent article seront étendues par décret en Conseil d'Etat aux assurés relevant du régime des assurances sociales agricoles.

*(Alinéa sans modification.)*

Les dispositions...

... sociales agricoles et, en tant que de besoin, aux assurés relevant des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 du Code de la sécurité sociale.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale			
	Art. 13.	Art. 13.	Art. 13.
	<p>La personne qui vit maritalement avec un assuré social, et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente, a, à condition d'en apporter la preuve, la qualité d'ayant droit de l'assuré pour l'ouverture du droit aux prestations en nature des assurances maladie et maternité.</p>	<i>(Sans modification.)</i>	<i>(Sans modification.)</i>
	TITRE II	TITRE II	TITRE II
	ASSURANCE VIEILLESSE	ASSURANCE VIEILLESSE	ASSURANCE VIEILLESSE
	Art. 14.	Art. 14.	Art. 14.
	<p>L'article L. 648 du Code de la sécurité sociale est complété par les dispositions suivantes :</p>	<i>(Sans modification.)</i>	<i>(Sans modification.)</i>
<p><i>Art. L. 648.</i> — Les professions libérales groupent les personnes exerçant l'une des professions ci-après ou dont la dernière activité professionnelle a consisté dans l'exercice de l'une de ces professions :</p>			
<p>— médecin, dentiste, sage-femme, pharmacien, architecte, expert comptable, vétérinaire ;</p>			
<p>— notaire, avoué, huissier, commissaire-priseur, agent de change, syndic ou administrateur et liquidateur judiciaire, agréé, courtier, juré d'assurances, greffier, expert devant les tribunaux, courtier en valeurs, arbitre de</p>			

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté  
par l'Assemblée nationale  
en première lecture

Propositions de la Commission

Code de la sécurité sociale

vant le tribunal de commerce, artiste non mentionné à l'article L. 613-1, ingénieur-conseil, auxiliaire médical, agent général d'assurances.

« — et, d'une manière générale, toute personne autre que les avocats, exerçant une activité professionnelle non salariée et qui n'est pas assimilée à une activité salariée pour l'application du Livre III du présent Code, lorsque cette activité ne relève pas d'une autre organisation autonome en vertu des articles L. 646, L. 647, L. 649 ou d'un décret pris en application de l'article L. 651. »

Art. 15.

Les modalités d'application de la présente loi sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Art. 15.

(Alinéa sans modification.)

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 1978 et jusqu'à l'établissement du régime définitif de l'assurance personnelle par ce décret, quiconque entre dans le champ d'application de ce régime peut adhérer à titre transitoire à l'assurance volontaire gérée par le régime général et a droit, pour lui-même et ses ayants droit, aux prestations en nature servies par ce régime, à condition de lui verser une cotisation forfaitaire qui sera régularisée après la publication du décret en Conseil d'Etat prévu au premier alinéa.

Art. 15.

(Alinéa sans modification.)

« A compter...

... et a droit sans délai, pour lui-même...

... prévu au premier alinéa.



Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Art. 16.  Des décrets d'application adapteront, en tant que de besoin, aux départements d'outre-mer, les dispositions de la présente loi.	« Le régime général enregistre les adhésions et inscrit les opérations de recettes et de dépenses à un compte distinct.  « L'Etat et les organismes des régimes obligatoires d'assurance maladie-maternité doivent informer les intéressés de la faculté dont ils disposent d'adhérer à ce régime à compter du 1 <sup>er</sup> janvier 1978. »	(Alinéa sans modification.)  (Alinéa sans modification.)
		Art. 16.  (Sans modification.)	Art. 16.  (Sans modification.)



Sous le bénéfice des observations contenues dans le présent rapport, votre commission des Affaires sociales vous demande de *modifier* le projet de loi voté par l'Assemblée nationale en *adoptant les amendements suivants* :

## AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

### *Article premier.*

**Amendement :** Au premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 1 du Code de la sécurité sociale, supprimer les mots :

... et interprofessionnelle

---

### *Article 5.*

**Amendement :** Au cinquième alinéa de cet article, supprimer les mots :

... au sens de l'article L. 510 du Code de la sécurité sociale

**Amendement :** Ajouter à la fin de l'avant-dernier alinéa de cet article la phrase suivante :

... ; les dépenses occasionnées par cette prise en charge sont inscrites au groupe II de l'Aide sociale.

---

### *Article 6.*

**Amendement :** Rédiger comme suit la fin de cet article :

... compte tenu du nombre de leurs cotisants et de leurs bénéficiaires et du montant des prestations en nature qu'ils versent.

---

### *Article 7.*

**Amendement :** Rédiger comme suit le début de cet article :

L'affiliation à l'assurance personnelle ne prend fin que dans l'un des cas suivants :

— si l'intéressé devient assuré... (*Le reste de l'article sans changement.*)

---

*Article 9.*

**Amendement :** Rédiger comme suit la fin du premier alinéa de cet article :

... à l'assurance personnelle et bénéficié sans délai des prestations auxquelles elle donne droit.

**Amendement :** Rédiger comme suit le deuxième alinéa de cet article :

Dans ce cas, les parts patronale et salariale de la cotisation d'assurance maladie-maternité versées pour le compte de l'assuré au titre des prestations en nature de l'assurance obligatoire viennent en déduction de la cotisation due au titre de l'assurance personnelle et sont transférées... (*Le reste sans changement.*)

---

*Article 10.*

**Amendement :** Au deuxième alinéa de cet article, remplacer les mots :

... loi 66-509 du 12 janvier 1966...

par les mots :

... loi 66-509 du 12 janvier 1966...

---

*Article 12.*

**Amendement :** Compléter comme suit la fin du troisième alinéa de cet article :

... et, en tant que de besoin, aux assurés relevant des régimes spéciaux visés à l'article L. 3 du Code de la sécurité sociale.

---

*Article 15.*

**Amendement :** Au deuxième alinéa de cet article, entre les mots :

... et a droit...

et les mots :

..., pour lui-même...

insérer les mots :

... sans délai...