

N° 352 rectifié

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

Enregistré à la Présidence du Sénat le 13 février 2013

PROPOSITION DE LOI

visant à améliorer l'accès aux soins des plus démunis,

PRESENTEE

Par Mme Aline ARCHIMBAUD, MM. Jean DESESSARD, Jean-Vincent PLACÉ, Mmes Leila AÏCHI, Kalliopi ANGO ELA, Esther BENBASSA, Marie-Christine BLANDIN, Corinne BOUCHOUX, MM. Ronan DANTEC, André GATTOLIN, Joël LABBÉ et Mme Hélène LIPIETZ,

Sénateurs

(Envoyée à la commission des affaires sociales, sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

EXPOSÉ DES MOTIFS

Madame, Monsieur,

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (CMU) a permis à toute personne résidant en France de manière régulière et ininterrompue de disposer d'un régime d'assurance maladie, et pour celles disposant d'un très faible revenu, de bénéficier d'une protection complémentaire et d'une dispense d'avance de soins.

La couverture maladie universelle permet ainsi aux personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à un plafond de 9 356 euros, soit 780 euros par mois, de bénéficier d'une assurance maladie gratuite permettant la prise en charge d'une partie de leurs frais de santé. Elles sont remboursées par l'assurance maladie de la part obligatoire, sur la base des tarifs conventionnés. Restent à leur charge la part complémentaire et les franchises médicales : pour une consultation chez un médecin généraliste de secteur I, dans le cadre du parcours de soins, le reste à charge est de 7,90 euros.

Pour les personnes dont les revenus annuels sont inférieurs à 7 934 euros, soit 661 euros par mois, la couverture médicale universelle complémentaire (CMU-C) permet de surcroît de bénéficier d'une prise en charge totale de leurs soins de santé. La part obligatoire, la part complémentaire ainsi que les franchises médicales sont donc prises en charge dans leur intégralité. En outre, aucun dépassement d'honoraires ne peut être facturé, sauf en cas d'exigence particulière du bénéficiaire.

Quant aux personnes dont les revenus annuels ne dépassent pas 10 710 euros (soit 35 % du seuil d'accès à la CMU-C, ce qui représente 892 euros par mois) et qui remplissent les autres conditions d'accès à la CMU-C (résidence stable et régulière, composition du foyer, ressources prises en compte...), elles sont éligibles à l'aide pour l'acquisition d'une assurance complémentaire santé (ACS). Celle-ci consiste en une réduction forfaitaire sur le montant de la cotisation (ou prime) annuelle à payer à un organisme complémentaire de santé (par exemple, une

mutuelle). Ce montant forfaitaire est de 100 euros pour une personne âgée de moins de 16 ans et atteint 500 euros pour les personnes âgées de plus de 60 ans.

Parallèlement, l'aide médicale de l'État (AME) est un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins médicaux et d'hospitalisation en cas de maladie ou de maternité dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, sans avoir à avancer les frais, sous réserve de remplir certaines conditions (résider en France de manière stable et ininterrompue depuis plus de 3 mois). Ne peuvent pas être couverts par l'AME les frais de cures thermales ni les frais relatifs à l'assistance médicale à la procréation.

Cependant, près de quatorze ans après l'entrée en vigueur de la loi créant la CMU, l'accès aux soins reste difficile, voire s'est détérioré en même temps que s'approfondissaient les difficultés sociales.

Tout d'abord, les refus de soins illégaux fondés sur le seul fait que le patient est bénéficiaire de la CMU, de la CMU-C ou de l'aide médicale d'État persistent. Certains professionnels de la santé n'hésitent en effet pas à contourner la loi, voire même à ne pas la respecter. A titre d'exemple, le refus de soins a été estimé à 25,5 % à Paris en 2009¹. L'enquête réalisée par l'équipe de Médecins du Monde de Nice en 2008-2009 révèle que 25,5 % des gynécologues, 18 % des médecins généralistes et 48 % des dentistes interrogés ont fait part du refus de soigner les patients bénéficiaires de la CMU, de la CMU-C ou de l'AME². De manière plus générale, le conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale relève, en juillet 2011, la « persistance des refus de soins de certains professionnels de santé sur lesquels une observation attentive doit être renforcée avec des moyens d'évaluation adéquats et des réponses appropriées efficaces »³.

Un phénomène de non recours aux droits se développe par ailleurs, que ce soit par manque d'information ou en raison des démarches administratives longues et complexes à effectuer. Le non-recours à la

¹ Rapport du fonds CMU « Rapport n°4 d'évaluation de la loi CMU », juillet 2009, enquête diligentée par le Fonds CMU auprès de l'IRDES, testing réalisé entre décembre 2008 et janvier 2009 auprès de 868 praticiens.

² Rapport 2010 de l'observatoire de l'accès aux soins de la mission France, p.143, octobre 2011, enquête réalisée auprès de 58 gynécologues, 217 dentistes et 239 médecins généralistes.

³ « Accès aux soins des plus démunis : CMU, ACS, AME, dix ans après, revaloriser et simplifier les dispositifs pour réduire le non-recours maladie et améliorer l'accès aux soins des plus démunis », Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, juillet 2011.

CMU-C est par exemple estimé à 15 %. Pour ce qui est de l'ACS, si entre 2,6 et 3,7 millions de personnes y sont éligibles selon la DREES et l'INSEE, moins de 965 000 personnes seulement l'ont demandée et se la sont vue accorder⁴.

Les effets de seuil constituent une autre entrave à l'accès aux soins. Le plafond de revenus pour pouvoir bénéficier de la CMU-C est par exemple très bas. Ainsi, pour un bénéficiaire du RSA socle, et donc de la CMU-C, toute activité rémunérée, même de seulement quelques heures par mois, produit des effets de seuil importants en lui faisant dépasser le plafond de ressources. La personne voit ainsi sa demande de CMU-C rejetée, même si cette hausse de revenu n'est que temporaire. Ces quelques heures travaillées conduisent paradoxalement à l'appauvrir, en raison des coûts médicaux liés à l'impossibilité de pouvoir bénéficier de la CMU-C, et donc d'une prise en charge totale de ses dépenses de santé. Certes, il existe une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) mais cette dernière peut ne pas couvrir tous les frais. En outre, elle ne prend pas en charge les franchises médicales tandis que la dispense d'avance de frais ne concerne que la part obligatoire des dépenses.

Enfin, le renoncement aux soins se développe : un nombre croissant de personnes n'ayant plus les moyens de faire face aux frais médicaux ne vont se faire soigner qu'en cas d'urgence. Un sondage de l'IFOP⁵ de novembre 2012 a d'ailleurs fait le constat alarmant que 42 % des Français ont déjà renoncé à des soins chez un spécialiste en raison du coût élevé de la consultation. La conséquence de ces renoncements aux soins est qu'ils entraînent des pathologies plus lourdes, qui auraient pu être traitées plus facilement si elles avaient été prises en charge plus tôt, et conduisent donc à des frais ultérieurs plus élevés à rembourser pour l'assurance maladie. Les renoncements aux soins s'expliquent aussi par le fait que 4 millions de Français n'ont pas recours aujourd'hui à la complémentaire santé, dans la très grande majorité des cas du fait du coût qu'elle représente. Or selon l'INSEE⁶, la sécurité sociale ne prend en charge qu'en moyenne 75,8 % des dépenses de soins. Selon cette même étude, « l'assurance complémentaire peut être jugée comme non

⁴ « Références : la lettre du fonds de financement de la couverture maladie universelle », n°50, janvier 2013.

⁵ Sondage réalisé par l'IFOP en ligne, entre le 9 et le 11 octobre derniers, auprès d'un échantillon de 1.001 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

⁶ INSEE, « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 », mise à jour et publication en novembre 2012.

accessible financièrement pour 18,5 % de la population française et pour 10,3 % de la population non couverte par la CMU-C, dans la mesure où son achat les conduit à tomber en dessous du seuil de pauvreté ».

Face à ces défis, il appartient à l'évidence au Gouvernement de réfléchir à une réforme en profondeur du système de santé. L'avenant 8 à la convention médicale, signé le 25 octobre 2012, apporte d'ailleurs une première réponse à la précarité sanitaire en ce qu'il prévoit l'accès aux soins à tarifs opposables pour les patients disposant de l'attestation de droit à l'aide à « l'acquisition d'une complémentaire santé » et ce, quel que soit le médecin consulté y compris les médecins de secteur II non adhérents aux contrats d'accès aux soins. Cette disposition entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2013 sous réserve qu'au moins un tiers des médecins éligibles au contrat d'accès aux soins y aient adhéré.

Dans le même état d'esprit, le plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale présenté le 21 janvier 2013 propose d'une part, le relèvement du plafond de la CMU-C afin de couvrir tous les Français vivant sous le seuil de pauvreté, soit 964 euros par mois et, d'autre part, une augmentation de 7 % du plafond de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

La présente proposition de loi n'a pas l'intention de se substituer à l'action du Gouvernement, mais vise plutôt à la conforter et à la renforcer, afin d'améliorer l'accès aux soins en France. Sachant par ailleurs qu'une seule proposition de loi ne suffira pas à régler tous les problèmes d'accès aux soins, son auteure a choisi de se préoccuper en priorité des patients les plus démunis, même si plusieurs dispositions du texte faciliteront de fait les démarches de tous les assurés sociaux.

Les articles 1^{er} et 2 visent à mieux sanctionner les refus de soins illégaux fondés sur le seul fait que le patient est bénéficiaire de la CMU, de la CMU-C ou de l'aide médicale d'État ou encore sur d'autres raisons discriminatoires : la séropositivité, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine ou la religion par exemple.

L'**article 1^{er}** poursuit deux objectifs. D'une part, il assimile à un refus de soins le fait de proposer à un patient un rendez-vous dans un délai manifestement excessif par rapport aux délais moyens des rendez-vous accordés aux autres patients du cabinet. Il propose la même assimilation pour le fait de négliger volontairement la transmission et le retour d'informations sur la santé du patient par le spécialiste ou l'hôpital au confrère à l'origine de la consultation ou de la demande

d'hospitalisation. Dans cette hypothèse en effet, le patient ne pourra bénéficier d'aucun suivi, limitant ainsi très fortement l'efficacité de la consultation ou de l'hospitalisation demandée entraînant donc une perte de chance de guérison.

D'autre part, il donne une base légale au « testing » pour prouver le refus de soins. Mais, aujourd'hui, l'analyse des différentes études sur les « testing » ayant pour objet de démontrer un refus de soins illégal établit qu'en fonction de la question posée le pourcentage de refus peut fortement varier. Afin d'éviter toute ambiguïté et de pouvoir utiliser la force probante d'un « testing » dans une éventuelle procédure de sanction, il apparaît nécessaire de prévoir un cahier des charges précis qui pourrait être défini par décret en Conseil d'État, en concertation avec les représentants des professionnels et des usagers du système de santé.

L'**article 2** ouvre la possibilité pour un patient qui s'estime victime d'un refus de soins illégal, et ceci quels qu'en soit la raison ou le motif discriminatoire, d'être accompagné ou représenté par une association tout au long du processus, de la phase de conciliation à l'étape judiciaire le cas échéant. Cette mesure bénéficiera spécialement aux patients les plus démunis, non préparés pour engager une procédure de notification de refus de soins, et souvent découragés par la complexité apparente des formalités à accomplir. Or, comme cela a été signalé par l'Ordre national des médecins, la conciliation a souvent des vertus pédagogiques tant pour le patient que pour le médecin. Pourtant, aujourd'hui, certaines branches départementales des ordres des professionnels de santé refusent la présence des associations lors de ce processus, au motif que la loi ne le permet pas.

Les articles 3 et 4 visent à apporter une solution aux graves difficultés administratives rencontrées à la fois par les bénéficiaires des prestations sociales et par les professionnels de santé.

L'**article 3** rétablit le « principe déclaratif » en permettant l'ouverture des droits dès le dépôt de la demande. En effet, cette dernière n'intervient actuellement qu'une fois le dossier validé. Or force est de constater que les délais peuvent être très longs : de trois mois au minimum, ils peuvent atteindre près de cinq mois dans certains cas. La caisse d'assurance maladie pourra toutefois demander le remboursement des sommes indûment versées, s'il s'avère après examen du dossier, que le demandeur n'était pas éligible.

L'**article 4** prend en compte le fait que l'ouverture des droits à la CMU et la CMU-C est seulement valable un an et nécessite un renouvellement annuel. Dès lors, il est proposé d'instaurer une obligation d'information des bénéficiaires deux mois avant l'expiration des droits.

Les articles 5, 6, 7 et 8 visent finalement à améliorer l'accès aux soins de l'ensemble des assurés sociaux.

L'**article 5** comprend deux dispositions. D'une part, il met en place une obligation pour les régimes d'assurance maladie d'informer les patients de la nécessité de déclarer à nouveau un médecin traitant, lors d'un changement de caisse d'assurance maladie. En effet, le renouvellement de cette démarche est obligatoire lors de tout changement de caisse d'assurance maladie, que ce soit en raison d'une cessation ou d'un changement d'activité entraînant un changement de régime d'assurance maladie, ou encore lors d'un déménagement entraînant le transfert du dossier à une nouvelle caisse primaire d'assurance maladie. Or cette obligation est très mal connue et conduit de nombreux patients à découvrir au moment du remboursement que leurs soins ne s'inscrivent plus dans le parcours de soins. Dès lors, ils bénéficient d'un remboursement de seulement 30 % des dépenses médicales. D'autre part, il vise à dispenser une information claire et facilement accessible relative au fonctionnement du parcours de soin et à l'obligation de déclarer un médecin traitant.

L'**article 6** vise à dispenser une information claire et facilement accessible relative aux conditions d'éligibilité à l'aide médicale d'État, à la CMU, à la CMU-C et à l'ACS, ainsi que les démarches administratives à effectuer.

L'**article 7** met en place une commission départementale d'accès aux soins composée de parlementaires et d'élus locaux, de professionnels de santé et de représentants des patients et usagers de la santé. Elle serait compétente notamment en matière de refus de soins, de difficultés administratives concrètes, de renonciation aux soins et de difficulté pour certains patients de trouver un médecin qui accepte d'être leur médecin traitant.

Compte tenu de la montée de l'instabilité professionnelle de nombreuses personnes alternant contrats précaires et périodes de chômage, de l'augmentation des renoncements aux soins et de la

persistance des dépassements d'honoraires, l'**article 8** vise à élargir le dispositif prévu à l'article 1^{er} de l'avenant 8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie lequel garantit des tarifs opposables pour les personnes disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Il s'agirait désormais de permettre à l'ensemble des personnes dont les ressources annuelles sont égales ou inférieures au salaire minimal interprofessionnel de croissance, calculé sur les bases de 35 heures de travail hebdomadaire, de pouvoir bénéficier des tarifs opposables, lorsque la consultation s'inscrit dans le parcours de soins, et ceci, même s'ils consultent un médecin de secteur II. La prise en compte de l'ensemble des ressources du foyer s'effectuerait selon les mêmes modalités que pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

L'**article 9** présente un gage permettant de compenser les éventuelles conséquences financières de la présente proposition de loi.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}

- ① Après le troisième alinéa de l'article L. 1110-3 du code de la santé publique sont insérés quatre alinéas ainsi rédigés :
- ② « Sont assimilés à un refus de soins illégitime :
- ③ « 1° Le fait de proposer un rendez-vous dans un délai manifestement excessif ;
- ④ « 2° Le fait pour un professionnel de la santé de négliger de communiquer les informations relatives à la santé du patient au professionnel de la santé qui est à l'origine de la demande de consultation ou d'hospitalisation.
- ⑤ « Les dispositions du troisième alinéa sont également applicables quand le refus de soins est commis à l'encontre d'une personne ayant sollicité les soins dans le but de démontrer l'existence du refus discriminatoire. Les modalités et conditions de cette sollicitation sont précisées par un cahier des charges défini par décret en Conseil d'État après consultation notamment de représentants des professionnels de santé et des patients. »

Article 2

- ① Après le sixième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l'objet statutaire comporte l'aide aux plus démunis ou l'accès aux soins peut exercer les droits reconnus à une personne victime d'un refus de soins illégitime si elle justifie avoir reçu l'accord de la personne intéressée ou, si celle-ci est mineure, du titulaire de l'autorité parentale ou du représentant légal, lorsque cet accord peut être recueilli. »

Article 3

- ① Le quatrième alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase, les mots : « Lorsque la situation du demandeur l'exige, » sont supprimés ;

- ③ 2° Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « La caisse peut demander le remboursement des sommes indues. »

Article 4

Le dernier alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée : « Deux mois avant l'échéance, le bénéficiaire est informé de l'expiration de ses droits. »

Article 5

- ① L'article L. 162-5-3 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « En cas de changement d'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie, l'organisme de base doit, dans un délai d'un mois, informer l'assuré de la nécessité de déclarer à nouveau le nom du médecin traitant. Pendant ce délai ou en l'absence de cette information, la majoration de la participation prévue au cinquième alinéa du présent article ne peut être appliquée.
- ③ « Les organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie, en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, assurent une information claire et accessible sur les conditions d'application des premier et cinquième alinéas du présent article. »

Article 6

- ① I. – L'article L. 252-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les organismes d'assurance maladie, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les services sanitaires et sociaux du département et les associations ou organismes à but non lucratif agréés à cet effet par décision du représentant de l'État, en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, assurent une information claire et accessible sur les conditions d'éligibilité à l'aide médicale d'État. »
- ③ II. – L'article L. 380-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :
- ④ « *Art. L. 380-5.* – Les organismes d'assurance maladie, en coordination avec l'ensemble des professionnels de santé, assurent une information claire et accessible sur les conditions d'éligibilité à la couverture maladie universelle. »
- ⑤ III. – Le chapitre I^{er} du livre VI du titre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 861-11 ainsi rédigé :

- ⑥ « *Art. L. 861-11.* – Les organismes prévus à l’article L. 861-4, en coordination avec l’ensemble des professionnels de santé, assurent une information claire et accessible sur les conditions d’éligibilité à la protection complémentaire en matière de santé prévue dans le présent chapitre. »
- ⑦ IV. – Le chapitre III du même livre est complété par un article L. 863-8 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art L. 863-8.* – Les caisses primaires d’assurance maladie, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises régies par le code des assurances, en coordination avec l’ensemble des professionnels de santé, assurent une information claire et accessible sur les conditions et modalités d’ouverture des droits au crédit d’impôt prévu dans le présent chapitre. »

Article 7

- ① Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :
- ② « *CHAPITRE VI*
- ③ « *Commissions départementales d’accès aux soins*
- ④ « *Art. 1423-3.* – I. – Dans chaque département, il est créé une commission départementale d’accès aux soins, composée :
- ⑤ « 1° Pour un tiers, des sénateurs et des députés ainsi que de représentants des collectivités territoriales du département ;
- ⑥ « 2° Pour un tiers, de représentants des professionnels de santé ;
- ⑦ « 3° Pour un tiers, de représentants des patients et des usagers de la santé.
- ⑧ « La commission départementale d’accès aux soins est composée d’un nombre égal de personnes de chaque sexe.
- ⑨ « II. – La commission départementale d’accès aux soins a pour mission d’étudier les difficultés d’accès aux soins dans le département, notamment :
- ⑩ « 1° L’ampleur et les motifs du non-recours, et notamment les difficultés administratives concrètes rencontrées par les patients et les professionnels de la santé ;
- ⑪ « 2° Le nombre et les motifs des refus de soins ;
- ⑫ « 3° Le nombre et les motifs des renoncements aux soins ;

- ⑬ « 4° Les difficultés de mise en œuvre du premier alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.
- ⑭ « Les professionnels de la santé, les personnels des établissements de santé, les caisses d'assurance maladie, les régimes complémentaires de santé sont tenus de répondre dans un délai raisonnable aux demandes d'information formulées par la commission.
- ⑮ « Chaque année, la commission départementale d'accès aux soins remet un rapport d'activité à l'agence régionale de santé concernée, ou le cas échéant à l'agence interrégionale de santé.
- ⑯ « Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 8

- ① Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VIII ainsi rédigé :

②

« TITRE VIII

③

« **PERSONNES DONT LES RESSOURCES ANNUELLES SONT ÉGALES OU INFÉRIEURES AU SALAIRE MINIMUM ANNUEL DE CROISSANCE**

④

« Art. L. 872-1. – Lorsqu'ils sont médecins traitants en application de l'article L. 162-3-5 ou lors d'une consultation sur prescription du médecin traitant, les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents et les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent pratiquent leurs actes aux tarifs opposables pour les patients dont les ressources annuelles sont égales ou inférieures au salaire minimal annuel de croissance sur les base de la durée légale hebdomadaire de travail.

⑤

« Art. L. 872-2. – L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination des droits ouverts par l'article L. 872-1, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception du revenu de solidarité active, de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'État fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. Les aides personnelles au logement sont prises en compte à concurrence d'un forfait, identique pour les premières demandes et les demandes de renouvellement. Ce forfait, fixé par décret en Conseil d'État, est

déterminé en pourcentage du montant forfaitaire mentionné au 2° de l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles.

- ⑥ « *Art. L. 872-3.* – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit prévu à l'article L. 872-1.
- ⑦ « Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.
- ⑧ « *Art. L. 872-4.* – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent chapitre. »

Article 9

- ① Les éventuelles conséquences financières résultant pour les organismes de sécurité sociale de la présente proposition de loi sont compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.
- ② La perte de recettes résultant pour l'État du paragraphe ci-dessus est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.