

N° 84

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2023-2024

Enregistré à la Présidence du Sénat le 8 novembre 2023

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de **financement de la sécurité sociale**, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, pour **2024**,*

Par Mme Élisabeth DOINEAU,

Rapporteure générale,

Mmes Corinne IMBERT, Pascale GRUNY, M. Olivier HENNO,
Mmes Marie-Pierre RICHER et Chantal DESEYNE,

Rapporteuses et Rapporteurs

Sénatrices et Sénateurs

Tome II Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteure générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Xavier Iacovelli, Mmes Cathy Apourceau-Poly, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mmes Marie-Do Aeschlimann, Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, M. Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, Monique Lubin, Brigitte Micouveau, M. Alain Milon, Mmes Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, M. François Patriat, Mmes Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris, MM. Dominique Théophile, Jean-Marie Vanlerenberghe.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (16^{ème} législ.) : 1682, 1784, 1785 et T.A. 176

Sénat : 77 et 80 (2023-2024)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	9
• <i>Article liminaire</i>	9
 PREMIÈRE PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023...15	
• <i>Article 1^{er}</i> Rectification des tableaux d'équilibre.....	15
• <i>Article 2</i> Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam	22
• <i>Article 3</i> Rectification des contributions des branches maladie et autonomie au FMIS et de la branche autonomie aux agences régionales de santé	29
• <i>Article 4</i> Révision à la hausse du montant M 2023.....	32
 DEUXIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024...43	
 TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE.....43	
 CHAPITRE I^{ER} - RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX COTISATIONS	43
• <i>Article 5</i> Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier.....	43
• <i>Article 6</i> Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par leurs utilisateurs.....	68
• <i>Article 7</i> Annuler la participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude	78
• <i>Article 7 bis (nouveau)</i> Extension du bénéfice de l'exonération de taxe sur les salaires aux établissements publics de coopération environnementale (EPCE).....	82
• <i>Article 7 ter (nouveau)</i> Création d'un délit de facilitation de la fraude sociale	84
• <i>Article 7 quater (nouveau)</i> Exemption des gratifications de stage des lycéens professionnels de l'assiette des contributions et cotisations sociales.....	88
• <i>Article 7 quinquies (nouveau)</i> Communication par l'Assurance maladie des informations relatives à la fraude des professionnels de santé aux ordres professionnels	92
 CHAPITRE II - SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT SOCIAL ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.....94	
• <i>Article 8</i> Simplification de l'organisation du recouvrement	94
• <i>Article 8 bis (nouveau)</i> Limitation des conséquences résultant de l'adhésion au régime de l'assujetti unique en matière de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur le montant dû de taxe sur les salaires (TS).....	113
• <i>Article 9</i> Simplification du schéma de financement du système de retraite	116
• <i>Article 10</i> Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État (« article tuyau »).....	135

• <i>Article 10 bis (nouveau)</i> Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous condition de revenus.....	151
• <i>Article 10 ter (nouveau)</i> Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants	154
• <i>Article 10 quater (nouveau)</i> Adaptation du titre emploi simplifié agricole à l'environnement DSN.....	170
• <i>Article 10 quinquies (nouveau)</i> Réforme des « bandeau maladie » et « bandeau famille ».....	174
• <i>Article 10 sexies (nouveau)</i> Précision du nouveau régime social des indemnités de rupture conventionnelle versées aux salariés et agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire.....	181
• <i>Article 10 septies (nouveau)</i> Sécurisation de l'affiliation des commissaires aux comptes au régime de retraite des professions libérales	184
• <i>Article 10 octies (nouveau)</i> Prolongation et extension de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations des travailleurs indépendants.....	186
• <i>Article 10 nonies (nouveau)</i> Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins	190
• <i>Article 10 decies (nouveau)</i> Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du régime social des indépendants.....	193

CHAPITRE III - AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DE LA RÉGULATION MACROÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ.....196

• <i>Article 11</i> Révision des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé	196
• <i>Article 11 bis (nouveau)</i> Suppression de dispositions dérogatoires favorisant les médicaments dérivés du sang issus d'un prélèvement « éthique »	209
• <i>Article 11 ter (nouveau)</i> Modification de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux	214
• <i>Article 11 quater (nouveau)</i> Prolongation du droit d'option des pédicures-podologues pour l'affiliation à la sécurité sociale des travailleurs indépendants	216

TITRE II - CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE219

• <i>Article 12</i> Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4	219
• <i>Article 13</i> Tableaux d'équilibre pour 2024	221
• <i>Article 14</i> Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV	223
• <i>Article 15</i> Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes.....	225
• <i>Article 16</i> Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe A).....	228

TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024	233
--	------------

TITRE I^{ER} - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	233
---	------------

CHAPITRE I^{ER} - POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS	233
---	------------

• Article 17 Campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) et harmonisation des conditions de prise en charge de certains vaccins	233
• Article 18 Prise en charge des préservatifs pour les moins de 26 ans	243
• Article 19 Lutte contre la précarité menstruelle	247
• Article 20 Mise en œuvre des rendez-vous de prévention	255
• Article 20 bis (nouveau) Modification de certaines règles relatives au régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle	261
• Article 20 ter (nouveau) Dépistage systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte	267
• Article 21 Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux	270
• Article 22 Inscription dans le droit commun des expérimentations article 51	280
• Article 22 bis (nouveau) Inscription de la prévention comme un objectif du dispositif d'innovation en santé	291
• Article 22 ter (nouveau) Autorisation des professionnels de santé, travaillant dans les établissements scolaires, à adresser des élèves au dispositif MonSoutienPsy	296
• Article 22 quater (nouveau) Financement par forfaits de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie	299
• Article 23 Réforme des financements MCO des établissements de santé	305
• Article 24 Intégrer les chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires	336
• Article 25 Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique	342
• Article 26 Ouverture, pour les médecins du travail, de la possibilité de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail certains actes pour le renouvellement de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé	349
• Article 26 bis (nouveau) Possibilité pour les SAS de mettre en place des solutions spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie	354
• Article 26 ter (nouveau) Correction d'une erreur rédactionnelle dans l'article 33 de la LFSS pour 2023 (facturation des vaccinations en laboratoire de biologie médicale)	357
• Article 26 quater (nouveau) Report de l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale	358
• Article 26 quinquies (nouveau) Extension à Mayotte des dispositions relatives aux relations conventionnelles avec les centres de santé	361
• Article 26 sexies (nouveau) Mise en place par l'agence régionale de santé d'un parcours « dépression post-partum »	363

CHAPITRE II - GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL .367

- *Article additionnel avant l'article 27* Responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous367
- *Article additionnel avant l'article 27* Avis préalable des commissions des affaires sociales sur les projets de textes réglementaires modifiant le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire370
- *Article additionnel avant l'article 27* Améliorer la prise en compte de l'effet financier des conventions professionnelles375
- *Article additionnel avant l'article 27* Renforcer les incitations des professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé et à la maîtrise des dépenses378
- *Article 27* Détecter plus efficacement les arrêts de travail injustifiés par un contrôle accru des prescripteurs et des assurés381
- *Article 27 bis (nouveau)* Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse391
- *Article 28* Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou appel téléphonique398
- *Article 29* Réduction de l'impact environnemental des dispositifs médicaux409
- *Article 29 bis (nouveau)* Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance416
- *Article 29 ter (nouveau)* Suppression des obligations déclaratives des exploitants non fabricants de produits de la liste des produits et prestations, lorsqu'exploitant et fabricant appartiennent au même groupe423
- *Article 30* Inciter au recours aux transports partagés425

CHAPITRE III - GARANTIR ET SÉCURISER L'ACCÈS DES FRANÇAIS AUX MÉDICAMENTS DU QUOTIDIEN ET AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS430

- *Article 31* Réforme du financement de l'établissement français du sang (EFS)430
- *Article 32* Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc439
- *Article 33* Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement447
- *Article 34* Faciliter l'inscription à la nomenclature d'un acte associé à l'utilisation d'un dispositif médical à usage collectif458
- *Article 34 bis (nouveau)* Recueil des données d'efficacité visant à évaluer la performance des médicaments de thérapie innovante (MTI)464
- *Article 35* Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé467
- *Article 36* Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures483
- *Article 36 bis (nouveau)* Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical493

CHAPITRE IV - RENFORCER LES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE 500

- *Article 37* Régime adapté de financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes500
- *Article 37 bis (nouveau)* Création d'un droit renouvelable à l'allocation journalière du proche aidant512
- *Article 37 ter (nouveau)* Prolongation de l'expérimentation du « relayage » à domicile et des séjours de répit aidant-aidé515

• Article 37 quater (nouveau) Mécanisme de remboursement entre institutions au titre des prestations servies pour le compte d'un autre État membre de l'Union européenne	520
• Article 38 Création d'un service de repérage et d'orientation précoce pour toutes les situations de handicap	522
• Article additionnel après l'article 38 Expérimentation d'un dispositif de transition pour les jeunes en situation de handicap	531
• Article 38 bis (nouveau) Prise en charge renforcée de certains produits et prestations	533

CHAPITRE V - MODERNISER L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE.....536

• Article 39 Explication du caractère dual et refonte du mode de calcul de la rente AT-MP	536
• Article 39 bis (nouveau) Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante versés par l'Établissement national des invalides de la marine (Enim)	550
• Article 39 ter (nouveau) Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) pour détecter les personnes qui sont susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation	559

CHAPITRE VI - POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE RETRAITES.....564

• Article 40 Adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon	564
• Article 40 bis (nouveau) Allongement du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable aux fonctionnaires.....	574
• Article 40 ter (nouveau) Prise en compte des services actifs accomplis par un fonctionnaire avant sa titularisation pour l'ouverture du droit à un départ en retraite anticipée	576
• Article 40 quater (nouveau) Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés et les mandataires sociaux.....	580
• Article 40 quinquies (nouveau) Rétablissement du conditionnement de la bonification du cinquième à 27 années de services accomplis en qualité d'agent de police	586
• Article 40 sexies (nouveau) Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels	588
• Article additionnel après l'article 40 sexies Renforcement du contrôle de l'existence des bénéficiaires de pensions de retraite résidant à l'étranger.....	592

TITRE II - DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES.....600

• Article 41 Dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux	600
• Article 42 Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	610
• Article 43 Ondam et sous-Ondam	617
• Article additionnel après l'article 43 Qualification de la rupture de l'équilibre voté concernant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	630

• <i>Article 43 bis (nouveau)</i> Prorogation en 2024 de la neutralisation du dispositif d'alerte de l'Ondam si le risque de dépassement provient de la crise sanitaire	633
• <i>Article 44</i> Dotation au Fiva, au Fcaata, transfert lié à la compensation de la sous-déclaration des AT-MP et au dispositif de retraite anticipée pour incapacité et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.....	637
• <i>Article 45</i> Objectif de dépenses de la branche AT-MP	647
• <i>Article 46</i> Objectif de dépenses de la branche vieillesse	655
• <i>Article 46 bis (nouveau)</i> Assouplissement de la prise du congé de paternité par les non-salariés agricoles	658
• <i>Article 46 ter (nouveau)</i> Ajustement des réformes du complément de libre choix du mode de garde (CMG).....	661
• <i>Article 46 quater (nouveau)</i> Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant	669
• <i>Article 47</i> Objectif de dépenses de la branche famille	671
• <i>Article 48</i> Objectif de dépenses de la branche autonomie	676
• <i>Article 49</i> Prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (FSV)	689
EXAMEN EN COMMISSION.....	693
LA LOI EN CONSTRUCTION	765

EXAMEN DES ARTICLES

Article liminaire

Cet article présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale.

Il a été supprimé par l'Assemblée nationale, bien qu'il s'agisse d'une disposition obligatoire des LFSS.

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction initiale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale

Dans son article liminaire, la loi de financement de l'année présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale.

L'intégration de cet article liminaire dans la LFSS a été souhaitée par le législateur organique.

En effet, si le Parlement, au moment de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, ne peut se prononcer, pour l'essentiel, que sur les mesures ayant un effet sur les régimes obligatoires de base (Robss), les organismes ou des organismes concourant à leur financement (FSV), à l'amortissement de leur dette (Cades) ou à la mise en réserve de recettes à leur profit (FRR), c'est bien le champ plus large des administrations de sécurité sociale (Asso) qui est considéré par l'Insee dans le calcul des comptes des administrations publiques (selon les concepts de la comptabilité nationale).

Au demeurant, l'État accorde sa garantie de droit ou de fait à plusieurs organismes et régimes situés en dehors du périmètre des Robss.

C'est pourquoi, à défaut d'élargir formellement le périmètre des LFSS, comme l'avait proposé le Sénat¹, le législateur organique a au moins souhaité que le Parlement dispose d'une vision financière globale des administrations de sécurité sociale au moment de l'examen des lois de financement, tant par la création de nouvelles annexes relatives à l'assurance chômage, aux régimes complémentaires de retraite et aux établissements de santé que par la création de cet article liminaire.

Sur le fond, les prévisions de cet article sont retracées dans le tableau ci-après.

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2023 et 2024 au sens de la comptabilité nationale

(en points de produit intérieur brut)

	2023	2024
Recettes	26,6	26,6
Dépenses	25,9	26,0
Solde	0,7	0,6

Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024

Prises dans leur ensemble, les Asso, dont les dépenses et les recettes représentent plus d'un quart du PIB, devraient donc présenter un excédent de 0,6 point de PIB en 2024, en légère diminution par rapport à l'excédent de 0,7 point de PIB attendu en 2023.

Bien entendu ces recettes, dépenses et soldes sont les mêmes que ceux figurant dans le rapport annexé au projet de loi de programmation des finances publiques en cours de discussion.

¹ Voir notamment la proposition de loi organique n° 492 (2020-2021) tendant à renforcer le pilotage financier de la sécurité sociale et à garantir la soutenabilité des comptes sociaux de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et le rapport du Sénat n° 825 (2020-2021) sur la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Les administrations de sécurité sociale (Asso)

Les administrations de sécurité sociale regroupent les régimes d'assurance sociale et les organismes dépendant des assurances sociales (principalement les hôpitaux à financement public) (Odass).

Les régimes d'assurance sociale comprennent principalement :

- le régime général ;
- divers fonds : Fonds de solidarité vieillesse (FSV), mais aussi Fonds commun pour les accidents du travail (FCAT), Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), Service social d'allocation aux personnes âgées (Saspa), Fonds de compensation des organismes de sécurité sociale (FCOSS), *etc.* ;
- les autres régimes de base des salariés (régimes spéciaux d'entreprises et d'établissements publics, salariés agricoles, *etc.*) ;
- les régimes des non-salariés (dont la mutualité sociale agricole) ;
- l'Unédic ;
- les régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (Agirc-Arrco...) ;
- depuis un reclassement effectué en 2011 par l'Insee, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) et le Fonds de réserve des retraites (FRR), jusqu'alors considérés comme des organismes divers d'administration centrale (Odac).

Les organismes dépendant des assurances de sécurité sociale (Odass), qui dépendent des administrations de sécurité sociale, comprennent :

- les hôpitaux de l'assistance publique, ainsi que les hôpitaux privés financés par la dotation globale hospitalière (attribuée par les caisses de sécurité sociale) ;
- les œuvres sociales intégrées aux organismes de sécurité sociale (œuvres sociales de la Cnaf, écoles d'infirmiers) ;
- Pôle emploi (hors indemnisation du chômage).

Le tableau ci-après, tiré du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2024, donne la décomposition de ces chiffres ainsi que leur traduction en milliards d'euros¹.

¹ Le Sénat avait proposé, dans le cadre de l'examen de la loi organique, que telle soit la forme de l'article liminaire mais cette proposition n'a pas été retenue.

Solde, recettes et dépenses des administrations de sécurité sociale

(en milliards d'euros)

	2023	2024
Asso	20,8	17,3
Recettes	750,9	778,6
Dépenses	730,1	761,3
Régime général + Fonds de solidarité vieillesse	- 7,8	- 8,7
Recettes	508,7	530,7
Dépenses	516,5	539,4
Unédic	2,8	3,7
Recettes	43,7	44,9
Dépenses	40,9	41,2
Régimes complémentaires	8,2	7,4
Recettes	109,4	113,3
Dépenses	101,2	105,9
Cades	18,4	16,3
Recettes	21,4	19,6
Dépenses	3,1	3,3
FRR	- 1,6	- 1,6
Recettes	0,7	0,7
Dépenses	2,3	2,3
Organismes divers de sécurité sociale	0,5	0,9
Recettes	122,7	126,4
Dépenses	122,2	125,5

Source : Rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2024

Notes de lecture :

- Ces soldes, recettes et dépenses, sont présentés en comptabilité nationale.
- Les recettes et dépenses des Asso sont présentées ici après consolidation (c'est-à-dire retraitées des transferts entre caisses, sans impact sur le solde). Toutefois, ce n'est pas le cas des régimes ou groupes de régimes, dont le solde est affecté par les transferts internes aux Asso. En conséquence, la somme des recettes et des dépenses des sous-ensembles ne correspond pas au total des Asso.
- De même, les recettes et dépenses du RG+FSV ne sont pas consolidées (des transferts internes entre caisses du RG et FSV), contrairement, par exemple, à la CCSS. Ce retraitement, ou son absence, n'a cependant là non plus aucun effet sur le solde total RG+FSV.

Cette décomposition montre bien que l'essentiel des quelque 17,3 milliards d'euros d'excédents prévus pour les Asso en 2024 provient de l'amortissement de la dette sociale auquel procède la Cades, qui est enregistré comme un excédent. De même, la diminution (de 3,5 milliards d'euros) entre 2023 et 2024 de l'excédent anticipé pour les Asso proviendrait essentiellement de la Cades (dont l'excédent, particulièrement élevé en 2022 du fait de recettes majorées par l'inflation, serait réduit par le transfert à la CNSA, à compter du 1^{er} janvier 2024, de 0,15 point de CSG, soit 2,6 milliards d'euros¹, et par l'augmentation des charges d'intérêt découlant de la hausse des taux).

Cette décomposition montre également la **situation favorable attendue pour l'assurance chômage** (excédents de 2,8 milliards d'euros en 2023 et 3,7 milliards d'euros en 2024), après les années 2020 et 2021 particulièrement difficiles, notamment du fait de la prise en charge par le régime à hauteur d'un tiers des dépenses d'activité partielle. Selon les prévisions publiées en septembre 2023 par l'Unédic², la dette du régime, qui a atteint 63,6 milliards d'euros fin 2021, devrait poursuivre sa décroissance entamée en 2022, pour ne représenter « que » 51,2 milliards d'euros à la fin de l'année 2024.

S'agissant des **régimes de retraite complémentaires** légalement obligatoires, ils verraient leur excédent passer de 8,2 milliards d'euros en 2023 à 7,4 milliards d'euros en 2024, les recettes augmentant moins rapidement que les dépenses. En effet, la diminution de l'inflation en 2024 aurait un impact défavorable sur les recettes, alors que son niveau élevé en 2023 majorerait les dépenses de 2024, sous l'effet notamment de la revalorisation de 4,9 % des prestations de l'Agirc-Arrco au 1^{er} novembre 2023.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé cet article.

III - La position de la commission

Comme indiqué dans le tome I du présent rapport, les prévisions du Gouvernement pour 2024 paraissent optimistes.

On rappelle toutefois que le présent article est purement prévisionnel.

¹ Conformément à l'article 3 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

² Reposant sur des hypothèses macroéconomiques moins favorables.

Par ailleurs, l'article liminaire est une disposition obligatoire des LFSS (article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale). Son absence susciterait un risque d'inconstitutionnalité de l'ensemble du PLFSS.

C'est pourquoi la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure générale, un **amendement n° 185** visant à rétablir cet article dans sa version initiale.

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction initiale.

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023

Article 1^{er}

Rectification des tableaux d'équilibre

Cet article a pour objet de rectifier pour 2023, exercice en cours, les tableaux d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base, ainsi que le tableau d'équilibre du Fonds de solidarité vieillesse.

Il a été supprimé par l'Assemblée nationale, bien qu'il s'agisse d'une disposition obligatoire des LFSS.

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction initiale.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale (extrait)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de l'année :

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

2° Rectifie les objectifs de dépenses, par branche, de ces régimes (...);

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

A. La rectification des tableaux d'équilibre

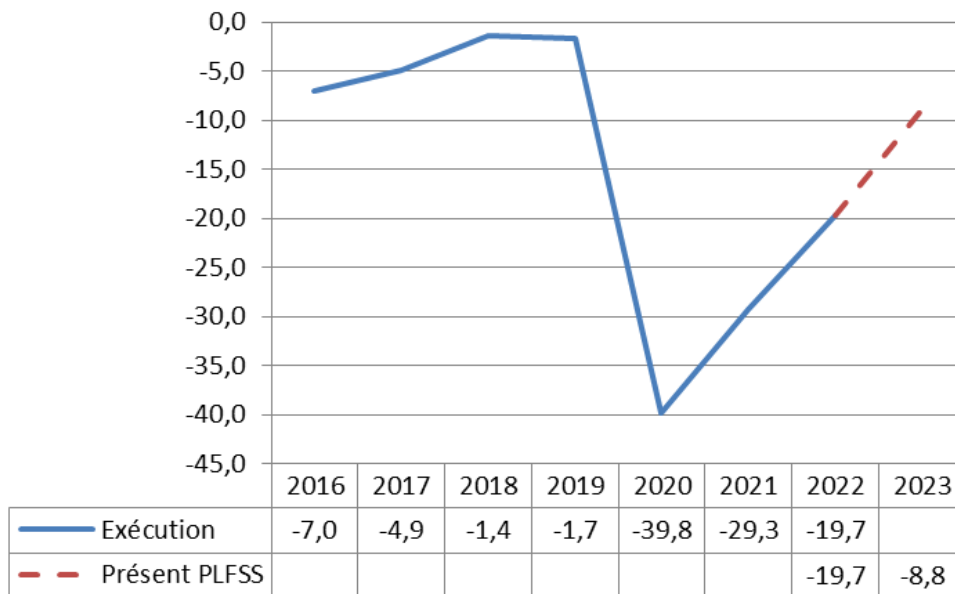
Le présent article propose deux tableaux, le premier pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), le deuxième pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Depuis la LFSS 2023, cette partie rectificative ne comporte plus de tableau spécifique au régime général de sécurité sociale, conformément au nouveau cadre organique qui focalise les votes du Parlement sur l'ensemble des régimes obligatoires de base.

Le déficit des Robss et du FSV passerait de 19,7 milliards d'euros en 2022 à 8,8 milliards d'euros en 2023.

Solde des Robss et du FSV (exécution et présent PLFSS)

(en milliards d'euros)



Remarque : comme indiqué dans le rapport de la rapporteure générale sur le Placss 2022, les soldes pour 2020 et 2021 doivent être respectivement majoré et minoré de 5 milliards d'euros, conformément au montant figurant dans la LFSS 2023 (correction apportée par le Sénat pour prendre en compte le refus de la Cour des comptes de certifier les comptes 2021 de la branche recouvrement, en raison d'une erreur sur l'exercice d'imputation de cotisations des indépendants). Le Gouvernement refusant de prendre en compte cette modification dans les textes ultérieurs, on retient dans le présent rapport les montants erronés figurant dans les documents annexés au présent PLFSS pour ne pas compliquer la comparaison des tableaux et graphiques.

Source : LFSS des années concernées, présent PLFSS

1. Un déficit 2023 provenant de la branche maladie et dans une moindre mesure de la branche vieillesse

Le déficit correspondrait très majoritairement à celui de la branche maladie, celui de la branche vieillesse, bien qu'en augmentation, demeurant nettement moins élevé.

La branche autonomie passerait ponctuellement en déficit.

Prévisions de solde des différentes branches par le présent PLFSS

(en milliards d'euros)

	2022	2023
Maladie	- 21,0	- 9,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,7	1,9
Vieillesse	- 3,9	- 1,9
Famille	1,9	1
Autonomie	0,2	- 1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	- 21,0	- 9,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	- 19,7	- 8,8

Source : PLFSS 2024

2. Par rapport à la LFSS 2023, une révision à la hausse du déficit de 1,7 milliard d'euros, résultant d'une révision à la hausse des recettes de 7,3 milliards d'euros et des dépenses (essentiellement de santé) de 9 milliards d'euros

Le tableau suivant détaille, par branche, l'évolution des prévisions de soldes pour 2023.

La prévision de déficit des Robss et du FSV pour 2023, de 7,1 milliards d'euros selon la LFSS 2023, a été portée à 8,2 milliards d'euros par la LFRSS 2023 et est désormais de 8,8 milliards d'euros.

Paradoxalement, la révision des prévisions effectuée par la LFRSS 2023 (déficit des Robss et du FSV revu à la hausse de 1,1 milliard d'euros), qui réformait les retraites, ne concerne que marginalement la branche vieillesse (dont la prévision de déficit a été revue à la hausse de seulement 0,2 milliard d'euros, du fait de dépenses supplémentaires partiellement compensées par des recettes supplémentaires), la principale révision concernant la branche maladie (déficit revu à la hausse de 0,8 milliard d'euros¹). En effet, comme indiqué dans l'annexe B de la LFSS 2023, les prévisions prenaient en compte « l'objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite ». Par ailleurs, le coût de la hausse du minimum contributif prenait le pas à court terme sur les premières économies attendues par l'application des mesures d'âge à compter du 1^{er} septembre 2023.

¹ Il s'agissait en particulier de la prolongation des mesures d'urgence concernant la rémunération du temps de travail de nuit dans les établissements de santé, qui devaient initialement prendre fin au 31 mars 2023. Les prévisions de dépenses de médecine de ville ont en outre été revues à la hausse.

La LFRSS 2023 ayant anticipé l'essentiel des révisions, le présent PLFSS ne revoit à la hausse le déficit des Robss et du FSV que de 0,6 milliard d'euros. Ce résultat provient d'évolutions contrastées : la branche maladie verrait son déficit encore accru de 1,6 milliard d'euros, alors que la branche vieillesse, dont le déficit avait été revu en légère hausse par la LFRSS 2023, verrait son déficit réduit de 1,9 milliard d'euros, du fait de recettes nettement supérieures aux prévisions.

Au total, par rapport à la LFSS 2023, le déficit des Robss et du FSV serait revu à la hausse pour environ 1,7 milliard d'euros, du fait essentiellement d'une révision à la hausse de 2,4 milliards d'euros du déficit de la branche maladie (à laquelle on pouvait s'attendre, du fait de la sous-estimation manifeste de l'Ondam, soulignée par la commission dans son rapport sur le PLFSS 2023) et d'une révision à la baisse de 1,7 milliard d'euros du déficit de la branche vieillesse (un supplément de dépenses de 1,7 milliard d'euros ayant été plus que compensé par un supplément de recettes de 3,4 milliards d'euros).

En montant, les recettes et les dépenses ont été revues à la hausse de respectivement 7,3 milliards d'euros et 9,0 milliards d'euros entre la LFSS 2023 et le PLFSS 2024. La révision à la hausse des recettes serait à peu près également répartie entre les branches vieillesse et maladie, mais l'augmentation des dépenses concernerait très majoritairement la branche maladie (+ 5,4 milliards d'euros, contre + 1,7 milliard d'euros pour la branche vieillesse).

L'Ondam 2023, de 244,1 milliards d'euros selon la LFSS 2023, a été revu à la hausse à 244,8 milliards d'euros par la LFRSS 2023, et est estimé à 247,6 milliards d'euros en 2023 (ce qui représente un dépassement de 3,5 milliards d'euros par rapport à la LFSS 2023), comme cela sera détaillé *infra* au sein du commentaire de l'article 2.

Prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss et du FSV pour 2023

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
LFSS 2023			
Maladie	231,2	238,3	- 7,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	17	14,8	2,2
Vieillesse	269,7	273,3	- 3,6
Famille	56,7	55,3	1,3
Autonomie	36,2	37,4	- 1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	593,2	601,6	- 8,4
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	594,8	601,9	- 7,1

	Recettes	Dépenses	Solde
LFSS 2023			
Maladie	231,2	239,1	- 7,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	17	14,8	2,2
Vieillesse	269,8	273,7	- 3,8
Famille	56,7	55,3	1,3
Autonomie	36,3	37,5	- 1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	593,3	602,8	- 9,5
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	595	603,2	- 8,2
PLFSS 2024			
Maladie	234,1	243,7	- 9,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,2	15,3	1,9
Vieillesse	273,1	275	- 1,9
Famille	57	56	1
Autonomie	36,8	37,9	- 1,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	600,9	610,5	- 9,6
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	602,1	610,9	- 8,8
LFSS 2023 moins LFSS 2023			
<i>Maladie</i>	<i>0</i>	<i>0,8</i>	<i>- 0,8</i>
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Vieillesse</i>	<i>0,1</i>	<i>0,4</i>	<i>- 0,2</i>
<i>Famille</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>0</i>
<i>Autonomie</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>	<i>- 0,1</i>
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	<i>0,1</i>	<i>1,2</i>	<i>- 1,1</i>
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse</i>	<i>0,2</i>	<i>1,3</i>	<i>- 1,1</i>
PLFSS 2024 moins LFSS 2023			
<i>Maladie</i>	<i>2,9</i>	<i>4,6</i>	<i>- 1,6</i>
<i>Accidents du travail et maladies professionnelles</i>	<i>0,2</i>	<i>0,5</i>	<i>- 0,3</i>
<i>Vieillesse</i>	<i>3,3</i>	<i>1,3</i>	<i>1,9</i>
<i>Famille</i>	<i>0,3</i>	<i>0,7</i>	<i>- 0,3</i>
<i>Autonomie</i>	<i>0,5</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches)</i>	<i>7,6</i>	<i>7,7</i>	<i>- 0,1</i>
<i>Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse</i>	<i>7,1</i>	<i>7,7</i>	<i>- 0,6</i>

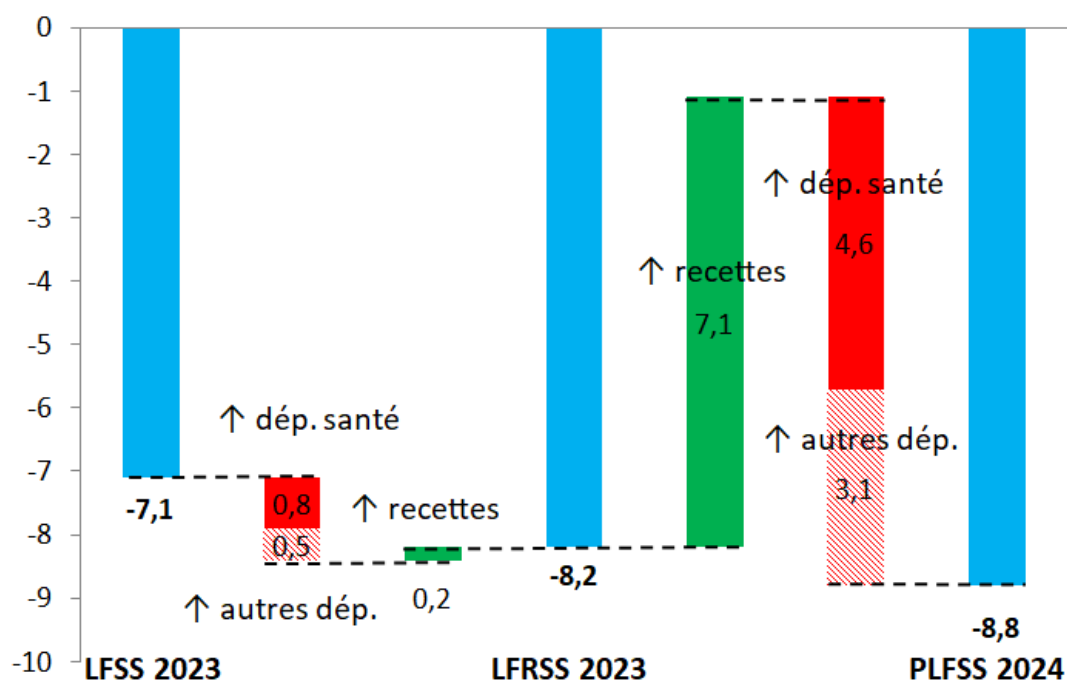
	Recettes	Dépenses	Solde
<i>PLFSS 2024 moins LFSS 2023</i>			
Maladie	2,9	5,4	- 2,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	0,2	0,5	- 0,3
Vieillesse	3,4	1,7	1,7
Famille	0,3	0,7	- 0,3
Autonomie	0,6	0,5	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	7,7	8,9	- 1,2
Toutes branches (hors transferts entre branches), y compris Fonds de solidarité vieillesse	7,3	9	- 1,7

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les textes indiqués

Le graphique ci-après synthétise les principaux facteurs d'évolution depuis la LFSS 2023.

Facteurs d'évolution du solde rectifié des Robss et du FSV en 2023 par rapport à la LFSS 2023

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

B. La rectification de l'objectif d'amortissement de la Cades

Le présent article révisé légèrement l'**objectif d'amortissement de la dette sociale** par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) fixé par la LFSS_2023. Cet objectif s'établirait à **18,3 milliards d'euros**, au lieu de 17,7 milliards d'euros en LFSS_2023, grâce au dynamisme des recettes de la caisse.

C. La confirmation de l'absence de recettes affectées au FRR ou mises à disposition du FSV

Comme prévu par la LFSS 2023, les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles, de même que les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a supprimé cet article.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales ne dispose pas de données d'exécution suffisamment récentes¹ lui permettant d'apprécier le réalisme des prévisions pour 2023.

Toutefois ces prévisions sont cohérentes avec l'évolution spontanée des recettes et des dépenses habituellement constatée, le fort impact de la revalorisation de certaines prestations du fait de l'inflation de 2022 et la quasi-disparition des dépenses directement liées à la covid-19 (qui passeraient de 11,7 milliards d'euros en 2022 à moins d'1 milliard d'euros en 2023).

Le présent article est une disposition obligatoire des LFSS (article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale). Son absence susciterait un risque d'inconstitutionnalité de l'ensemble du PLFSS.

C'est pourquoi la commission a adopté, à l'initiative de la rapporteure générale, un **amendement n° 186** de rétablissement du présent article dans sa version initiale.

La commission propose de rétablir cet article dans sa rédaction initiale.

¹ Les comptes mensuels de la sécurité sociale transmis le 5 octobre 2023 à la rapporteure générale (et mis en ligne par la DSS) indiquent la situation à la fin du deuxième trimestre 2023.

Article 2 Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam

Cet article fixe le montant rectifié de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2023, ainsi que ceux des sous-objectifs qui le composent.

La commission propose de rétablir cet article obligatoire du PLFSS, cependant dans une version modifiée, la commission émettant des réserves substantielles sur la construction de l'Ondam présenté.

I - Le dispositif proposé

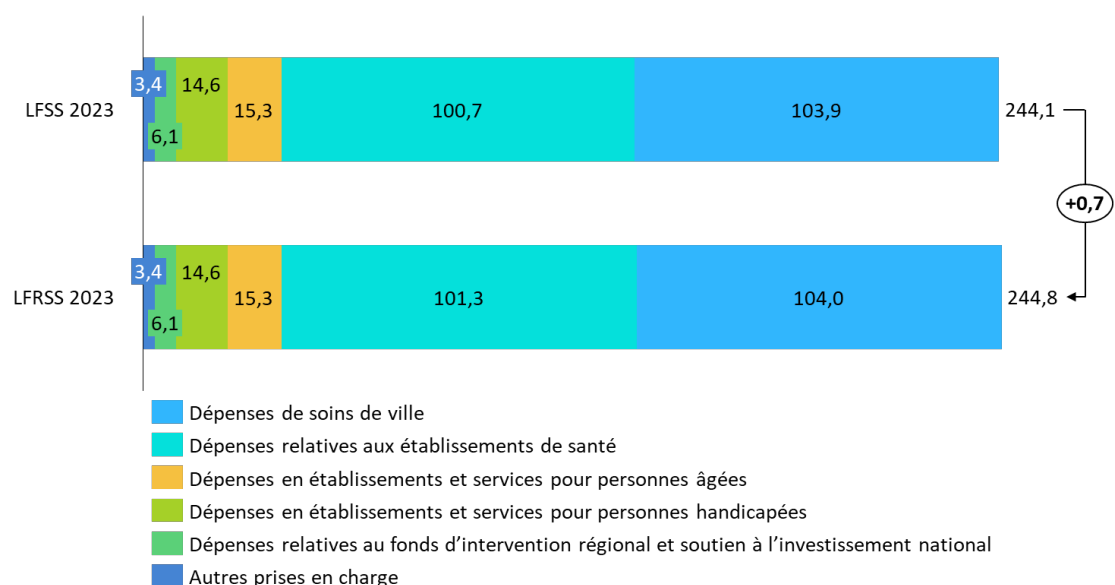
A. Un Ondam 2023 déjà révisé en début d'exercice à hauteur de 700 millions d'euros

La loi de financement pour 2023 a fixé l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie à **244,1 milliards d'euros pour l'année 2023.**

Dans le cadre du projet de loi de financement rectificative (PLFRSS) pour 2023, le Gouvernement a proposé une révision de l'Ondam pour l'année en cours, à **244,8 milliards d'euros.**

Comparaison des prévisions votée et révisée de l'Ondam pour 2023

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données LFSS 2023 et LFRSS 2023

Comme le précisait alors le Gouvernement¹, ce rehaussement avait pour but de financer jusqu'à la fin de l'année **la prolongation des mesures d'urgence concernant la rémunération du temps de travail de nuit dans les établissements de santé** qui devaient initialement prendre fin au 31 mars 2023. En outre, cette révision devait permettre de tenir compte des prévisions de dépenses supplémentaires sur les soins de ville en 2023.

L'enveloppe de 700 millions d'euros supplémentaires était répartie pour **600 millions d'euros sur l'enveloppe relative aux établissements de santé**, pour 100 millions d'euros sur l'enveloppe relative aux soins de ville.

B. Une rectification de 2,8 milliards d'euros proposée dans le cadre de ce PLFSS pour 2024

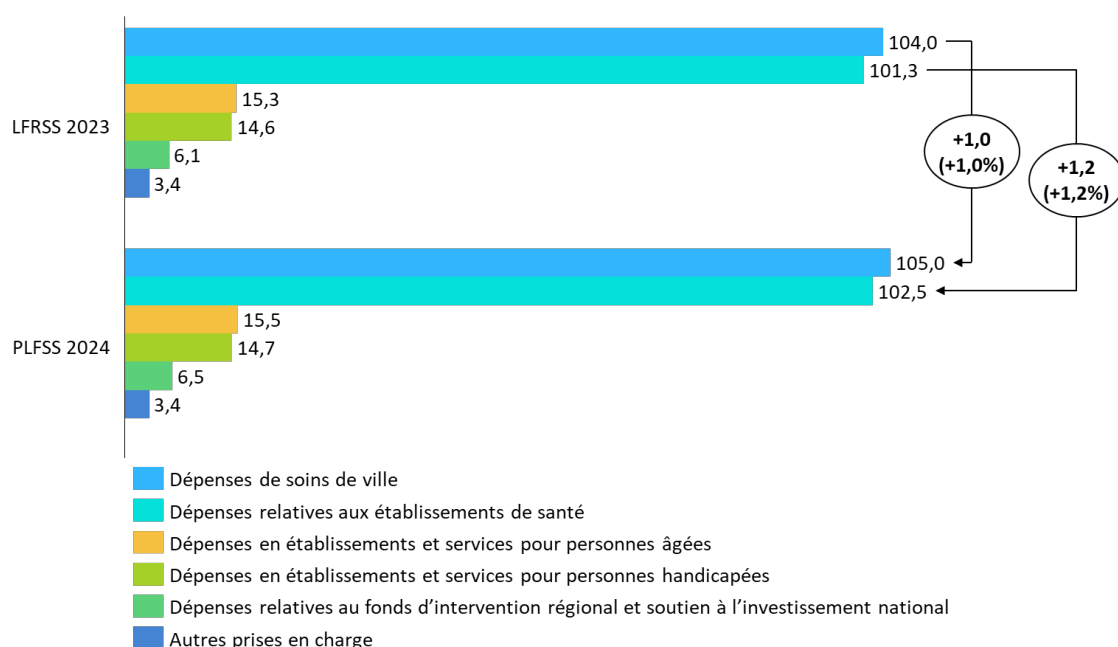
1. Un rehaussement de l'Ondam de plus de 1,1 %

Conformément à l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, l'article 2 rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

- Le Gouvernement présente dans le PLFSS 2024 une **rectification de l'Ondam à hauteur de 2,8 milliards d'euros** par rapport à l'actualisation apportée en loi de financement rectificative au début de l'année 2023, et **3,5 milliards d'euros par rapport à la LFSS 2023**.

Comparaison des prévisions votée et révisée de l'Ondam pour 2023

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données LFRSS 2023 et PLFSS 2024

¹ Amendement n° 4724, lors de l'examen du PLFRSS au Sénat en première lecture.

**Comparaison des prévisions votées et actualisée
de l'Ondam et des sous-objectifs pour 2023**

(en milliards d'euros et en %)

	LFSS 2023	LFRSS 2023	Révision en PLFSS 2024	Écart du PLFSS 2024 à la LFSS	Écart du PLFSS 2024 à la LFRSS
Dépenses de soins de ville	103,9	104	105	1,1 %	1,0 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	100,7	101,3	102,5	1,8 %	1,2 %
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	15,3	15,3	15,5	1,3 %	1,3 %
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	14,6	14,6	14,7	0,7 %	0,7 %
Dépenses relatives au FIR et soutien à l'investissement	6,1	6,1	6,5	6,6 %	6,6 %
Autres prises en charge	3,4	3,4	3,4	0,0 %	0,0 %
Ondam	244,1	244,8	247,6	1,4 %	1,1 %

Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données LFSS et LFRSS2023, et PLFSS 2024

2. Une prévision de dépenses relatives à la covid-19 respectée

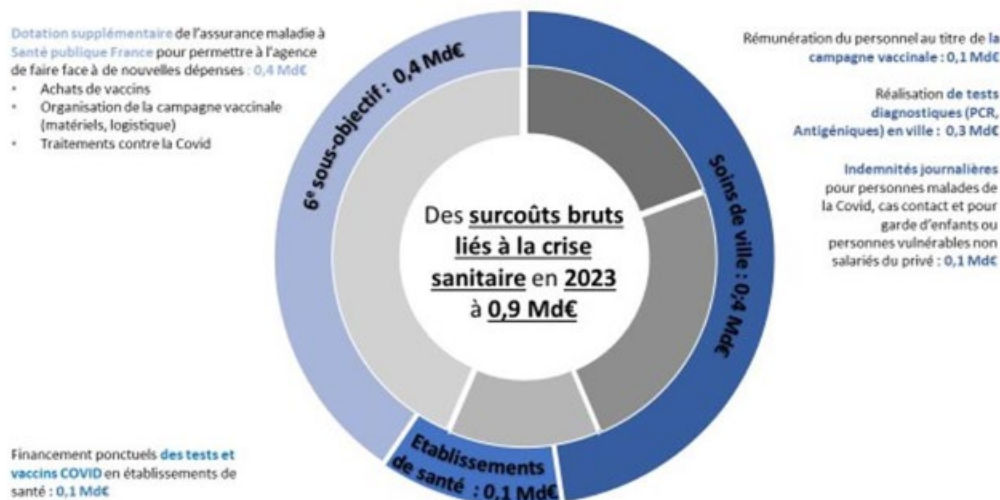
Pour la première fois depuis quatre ans, l'écart à la prévision n'est cette année pas dû à la crise sanitaire. En effet, les surcoûts bruts liés à la crise sanitaire s'élèveraient à 0,9 milliard d'euros, soit un montant inférieur à la provision d'1,0 milliard d'euros.

À titre indicatif, comme le présente l'annexe 5 du PLFSS, relative à l'Ondam, les surcoûts covid-19 se sont principalement répartis entre :

- les soins de ville, pour 400 millions d'euros, notamment au titre des tests diagnostiques. Le nombre de tests a fortement baissé au cours de l'année 2023, passant de 700 000 tests par semaine en moyenne en janvier à moins de 200 000 en mai, loin de la volumétrie moyenne de 2022, à 2,6 millions de tests par semaine. En outre, un ticket modérateur a été prévu depuis mai 2023 ;

- une dotation à Santé publique France pour le même montant, en vue de couvrir les achats de vaccins et traitements contre la covid-19 ainsi que l'organisation de la campagne vaccinale.

Graphique 4 • Synthèse des surcoûts covid en 2023 par sous-objectif



Source : Annexe 5 au PLFSS 2024

3. Une hausse liée à la couverture des charges liées à l'inflation et à une dynamique des soins de ville

L'écart à la prévision révisée en LFRSS 2023 tient à deux facteurs principaux que sont les **mesures liées à l'inflation** et l'évolution principalement des **soins de ville**. Comme le notait le comité d'alerte dans son avis d'octobre 2023, « hors dépenses de crise sanitaire et mesures du "Séjour de la santé", la nette augmentation du taux de croissance annuel moyen des dépenses de l'Ondam entre les périodes 2021-2023 (+ 4,9 %) et 2019-2021 (+ 2,5 %) traduit les effets de l'accélération de l'inflation et du rythme des dépenses de soins de ville ».

- L'écart à la prévision révisée en LFRSS 2023 lié aux mesures tenant compte du contexte d'inflation s'élèverait à 1,6 milliard d'euros.

Il s'agit ici de la revalorisation du point d'indice et des **primes de soutien au pouvoir d'achat**. Ces mesures sont financées intégralement par l'assurance maladie pour le secteur sanitaire. Pour le secteur médico-social, la branche autonomie contribue à hauteur de 0,3 milliard d'euros.

- Cependant, hors impact de la crise et mesures liées à l'inflation, 1,3 milliard d'euros de dépenses supplémentaires résultent bien de l'évolution de dépenses, principalement en ville.

Les dépenses de soins de ville seraient supérieures d'1,1 milliard d'euros à la prévision. Ce dépassement résulte principalement d'une dynamique plus forte qu'anticipé en construction et des éléments conjoncturels à la fin de l'été 2023, à hauteur de 0,9 milliard d'euros, avec cependant, selon l'annexe 5, une forte incertitude sur la fin de l'année.

En outre, le Gouvernement signale un effet base défavorable en 2022, à hauteur de 0,2 milliard d'euros. Enfin, l'inflation pèse sur le niveau des indemnités journalières.

Le comité d'alerte invite à ce titre dans son avis précité d'octobre 2023 à une vigilance particulière sur la dynamique des soins de ville : *« Alors que la construction initiale intégrait déjà des progressions importantes sur les dépenses de soins de ville, un tel dépassement en cours d'année sur autant de postes du sous-objectif nécessite une vigilance renforcée d'ici la fin de l'exercice pour éviter que les dépenses effectives ne dépassent l'objectif 2023 rectifié et ne créent, une nouvelle fois, dès le début de l'exercice suivant un handicap de gestion (effet base négatif). »*

Parallèlement, hors couverture des mesures nouvelles liées à l'inflation, **les dépenses relatives aux établissements de santé sont conformes à la prévision initiale**, celles relatives au secteur médico-social inférieures de 0,1 milliard d'euros.

Enfin, on peut souligner le **dépassement sensible des crédits liés au fonds d'intervention régional (FIR)**, à hauteur de 0,3 milliard d'euros, principalement en soutien aux établissements médico-sociaux (fonds d'urgence).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Par le vote des amendements identiques des députés Jérôme Guedj, Sébastien Peytavie, Pierre Dharréville, Joëlle Mélin et Frédéric Mathieu et plusieurs de leurs collègues, **l'Assemblée nationale a supprimé cet article.**

III - La position de la commission

A. Une trajectoire incohérente avec la situation des établissements de santé

Si les dépenses apparaissent maîtrisées pour le sous-objectif relatif aux établissements de santé, ce respect de l'Ondam apparaît en décalage avec la situation réelle des établissements.

Le **redémarrage de l'activité**, bienvenu, ne permet pas de couvrir réellement l'augmentation des **charges, principalement issue de l'inflation.**

Ainsi, comme le soulignait d'ailleurs également le comité d'alerte, la **situation financière** des établissements de santé apparaît **particulièrement préoccupante**, puisque le déficit des établissements publics de santé augmente fortement en 2022 malgré le mécanisme de garantie de financement.

• Selon l'annexe 6, **le déficit des hôpitaux publics atteindrait près de 980 millions d'euros pour l'année 2022**, contre 381 millions en 2021, **quand 60 % des Ehpad publics sont en déficit**¹.

Les fédérations d'établissements du public comme du privé ont interpellé le Gouvernement sur une **insuffisante couverture de l'inflation**.

Devant la commission des affaires sociales du Sénat², le ministre de la santé et de la prévention a indiqué que « *le Gouvernement ne laissera pas les hôpitaux publics ou privés basculer "dans le rouge" du fait de l'inflation sur le terrain* », évoquant des **mesures en fin d'exercice et une probable circulaire tarifaire**.

Cependant, il ressort des auditions menées par la commission que l'effort annoncé pour la fin de l'année pourrait **ne provenir que de dégels de crédits, à enveloppe inchangée pour l'Ondam établissements de santé**. Or, cette modalité de « rallonge » ne satisfait pas les établissements, lesquels estiment ne recevoir de cette manière que l'enveloppe budgétée et non des crédits supplémentaires. Surtout, les fédérations redoutent, par un tel dégel non abondé de nouveaux crédits, **un effet de base défavorable sur la construction de l'Ondam 2024**.

Malgré une **reprise notable de l'activité**, les fédérations hospitalières estimaient à la rentrée un **besoin estimé à 1,5 milliard d'euros**. À la fin du mois d'octobre 2023, la fédération hospitalière de France appelait à un **abondement nécessaire à hauteur d'1 milliard d'euros supplémentaire pour les hôpitaux publics**, lequel devrait être selon elle reconductible pour 2024. La FHF mettait particulièrement en avant **le bond des dépenses d'électricité** avec un effet de rattrapage en 2023 de la part des fournisseurs.

Si la direction générale de l'offre de soins³ indiquait mobiliser également, « *comme chaque année, en lien avec les agences régionales de santé, des montants importants qui existent déjà dans l'Ondam pour accompagner les établissements qui connaissent les situations financières les plus dégradées* » et considérait que « *le sujet de l'inflation est pris en compte dans l'Ondam 2023* », elle signalait cependant à la commission que « *plusieurs études convergentes estiment que l'inflation pourrait être supérieure, cette année, à ces montants pris en compte dans la construction de l'ondam* », sans pouvoir préciser les modalités de couverture des charges supplémentaires.

• La commission regrette fortement **le caractère particulièrement flou de l'approche gouvernementale à destination des établissements de santé, publics comme privés, à moins de deux mois de la clôture de l'exercice 2023**, ce alors que les projections des différentes fédérations, semblent montrer des résultats préoccupants et concordants.

¹ Selon les estimations de la fédération hospitalière de France, pour 2022, le déficit des hôpitaux publics serait d'1 milliard d'euros quand 80 % des Ehpad publics seraient en déficit.

² Audition du 26 octobre 2023.

³ Réponses au questionnaire adressé par la commission.

Il apparaît **particulièrement difficile de considérer que, « dans le même temps », le législateur poursuit un objectif de soutien à l'investissement et au désendettement des hôpitaux** avec une enveloppe de 13 milliards d'euros portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) mais **ne couvre pas les charges effectives des établissements, laissant se constituer de nouveaux déficits** et donc germer une future dette.

À ce titre, la commission s'est fortement interrogée sur la sincérité de l'Ondam 2023 révisé au regard des besoins de financement du système de santé et, partant, sur le rétablissement de cet article.

B. En responsabilité, un rétablissement nécessaire mais non suffisant de l'Ondam 2023 révisé

Ne pouvant avoir l'initiative d'un rehaussement de l'Ondam au regard de l'article 40 de la Constitution, la commission n'a **en théorie qu'une option de rejet pour solliciter une révision à la hausse** par le Gouvernement.

Cependant, un tel rejet de la trajectoire de l'Ondam conduirait en l'espèce dans ce texte à une **suppression conforme** de l'article 2 qui ne pourrait alors normalement plus être remis en discussion dans la suite de la navette parlementaire.

Or, l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale **prévoit que la loi de financement de l'année rectifie l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année en cours**, et ce de manière impérative. L'article L.O. 111-3-3 figure d'ailleurs expressément dans un paragraphe du code de la sécurité sociale qui énumère les « dispositions obligatoires » de la LFSS de l'année.

La commission estime qu'une suppression conforme de cet article entraînerait un **risque particulièrement sérieux de contrariété à la Constitution**.

En outre, **maintenir l'Ondam 2023 inchangé**, sans priver la sécurité sociale de sa capacité à dépenser effectivement les crédits souhaités par le Gouvernement, **ne semble pas réaliste et contribuer davantage au bon pilotage des dépenses d'assurance maladie**.

Aussi malgré les fortes réserves formulées sur la construction de la révision inscrite, en responsabilité, **la commission propose de rétablir l'article 2 modifiant l'Ondam 2023**.

Cependant, **la commission a souhaité marquer sa préoccupation quant à un juste niveau de financement des établissements de santé**, alors même que le Gouvernement entend engager une réforme structurelle¹ du financement des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

¹ Article 23 du présent PLFSS.

C'est pourquoi le rétablissement proposé, **modifie la ventilation de l'Ondam, majorant de 200 millions d'euros le sous-objectif relatif aux établissements de santé**¹. Il appartiendra au Gouvernement de clarifier sa stratégie au cours de l'examen du texte.

La commission propose ainsi par l'amendement n° 187 de rétablir cet article ainsi modifié.

Article 3

Rectification des contributions des branches maladie et autonomie au FMIS et de la branche autonomie aux agences régionales de santé

Cet article propose de rectifier les dotations prévues en LFSS pour 2023 des branches maladie et autonomie au FMIS.

Il augmente de 100 millions d'euros la contribution de la branche autonomie au fonds d'intervention régionale (FIR) des agences régionales de santé pour financer un fonds d'urgence pour les établissements et services médico-sociaux en difficulté.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une révision des contributions des branches maladie et autonomie au FMIS

1. Une réduction de la dotation de la branche maladie

L'article 103 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023² avait fixé la contribution de la branche maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) à **1 163 millions d'euros** pour 2023.

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

À la suite des conclusions du Ségur de la santé en 2020, l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale a transformé le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, avec une vocation d'investissement plus transversale entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

¹ Suivant la logique des « amendements de crédits » dans le cadre du projet de loi de finances et en vue de respecter l'article 40 de la Constitution, il est impératif de maintenir de l'Ondam total inchangé. C'est pourquoi, sans appeler à une baisse des crédits du 6^e sous-objectif, cet amendement minore à due concurrence les crédits affectés aux « autres prises en charge ».

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Les ressources du fonds sont principalement constituées de dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie.

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations, les délégations de crédits étant opérées par le ministère des solidarités et de la santé.

Le I rectifie ce montant, le ramenant à 1 062 millions d'euros pour l'année en cours.

Le Gouvernement indique dans l'exposé des motifs du présent article que cette révision intervient pour tenir compte notamment d'une **actualisation du déploiement du Ségur numérique.**

2. Une légère baisse de la dotation de la branche autonomie

Le même article de la LFSS 2023 avait également fixé la contribution de la branche autonomie au FMIS, à hauteur de **88 millions d'euros** pour l'année 2023.

Le II réduit ce montant à 87 millions d'euros pour l'année en cours.

• **La dotation des deux branches** passe ainsi de 1 251 millions d'euros à **1 049 millions d'euros**. La révision globale opérée représente un **ajustement à la baisse de 102 millions d'euros pour l'année 2023.**

B. L'augmentation du montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS

La LFSS pour 2023 avait fixé à 178,4 millions d'euros (après 168,3 millions d'euros en 2022) le montant de la contribution attribuée par la branche autonomie aux ARS au titre de leurs actions en matière de prise en charge et d'accompagnement en direction des personnes âgées ou handicapées.

Le III rectifie à 278,4 millions d'euros ce montant pour 2023, soit une hausse de 100 millions d'euros, afin de financer la mise en œuvre exceptionnelle par les ARS d'un fonds d'urgence pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficulté.

La mise en place de ce fonds a été annoncée par la Première ministre le 26 juillet dernier à l'occasion de la remise du rapport de la députée Christine Pires-Beaune sur le reste à charge en Ehpad. Cette décision s'est traduite par la mise en place dans chaque département, à partir de septembre 2023, d'une commission départementale de suivi des Ehpad et des services à domicile en difficultés financières¹.

¹ *Instruction interministérielle n° DGCS/SD5B/DGFIP/DSS/CNSA/2023/145 du 21 septembre 2023 relative à la mise en place des commissions départementales de suivi des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) en difficultés financières.*

Comme l'a indiqué Virginie Magnant, directrice de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), lors de son audition devant la commission des affaires sociales, les enveloppes devaient être versées aux ARS fin octobre sous la forme d'un abondement du fonds d'intervention régional (FIR)¹.

Selon les informations fournies par la CNSA, cette mesure n'a pas d'impact sur le résultat prévisionnel de la branche car elle est financée par un prélèvement sur l'objectif global de dépenses (OGD) du même montant.

Il convient de rappeler qu'au-delà de ce fonds, les ARS peuvent toujours mobiliser leur dotation régionale limitative pour apporter un soutien ponctuel aux établissements. D'après la direction de la sécurité sociale (DSS), les ARS ont ainsi alloué près de 200 millions d'euros en 2022 au secteur des personnes âgées pour répondre à des situations exceptionnelles, accompagner les ESSMS en difficultés ou soutenir l'investissement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

1. Un suivi du FMIS à renforcer

La commission prend acte des ajustements proposés concernant les dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, justifié par le Gouvernement au regard du déploiement du volet numérique du Ségur de la santé.

Elle **regrette cependant l'information très sommaire** apportée par le Gouvernement quant à l'exécution des crédits du FMIS et à la mise en œuvre des investissements pourtant déterminants portés par le Ségur. En outre, la commission rappelle que le suivi de ces crédits est d'autant plus nécessaire qu'ils relèvent pour partie de la mise en œuvre du plan de relance européen.

2. Pour les Ehpad, un fonds d'urgence nécessaire mais non suffisant

Au 31 décembre 2022, 55 % des Ehpad, tous statuts confondus, étaient en déficit (60 % pour les seuls Ehpad publics)². Une enquête menée par la Fédération hospitalière de France (FHF) a mis en évidence la nette aggravation du niveau de déficit ainsi que le nombre croissant d'établissements faisant face à des difficultés de trésorerie de court terme.

¹ Voir le compte rendu de l'audition du 18 octobre 2023 annexé au présent rapport.

² cf. annexe 6 du PLFSS.

Ces difficultés se retrouvent tant dans que le secteur privé lucratif que dans le secteur privé non lucratif.

Le fonds d'urgence de 100 millions d'euros prévu par cet article concernera les Ehpad comme les services à domicile, quel que soit leur statut.

S'il est nécessaire et bienvenu, ce fonds est loin d'être à la hauteur des besoins et de répondre aux difficultés structurelles des établissements et services pour personnes âgées dépendantes. Selon les représentants du secteur, ces crédits ne pourront permettre d'intervenir que dans les situations les plus critiques sur le plan financier.

Le dispositif présente néanmoins l'intérêt de permettre, au moyen des commissions départementales mises en place pour répartir les crédits du fonds, la réalisation d'une cartographie globale de la situation des Ehpad et des services à domicile du pays, et de faire la part de leurs difficultés conjoncturelles et des problèmes structurels du secteur.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 4

Révision à la hausse du montant M 2023

Cet article vise à réviser le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des médicaments pour 2023 et à réduire, ainsi, le poids de cette fiscalité pesant sur le secteur du médicament au titre de l'année en cours.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le rendement de la clause de sauvegarde a très fortement augmenté ces dernières années

Malgré l'effectivité des mécanismes microéconomiques de régulation, négociés avec les industriels, les dépenses de médicaments sont apparues particulièrement dynamiques ces dernières années. Dans ce contexte, le rendement de la clause de sauvegarde, pourtant pensée comme un outil de régulation budgétaire de dernier recours, a très fortement augmenté.

1. Le dynamisme des dépenses de médicaments

• Portées par le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques et une grappe d'innovations récentes, les **ventes de médicaments ont connu une croissance soutenue ces dernières années.**

D'après le Comité économique des produits de santé (CEPS), le chiffre d'affaires global hors taxes des médicaments remboursables s'est ainsi établi, en 2021, à **30,4 milliards d'euros**. En hausse de près de 9 % par rapport à 2020¹, ce montant marque une accélération sensible du dynamisme des dépenses.

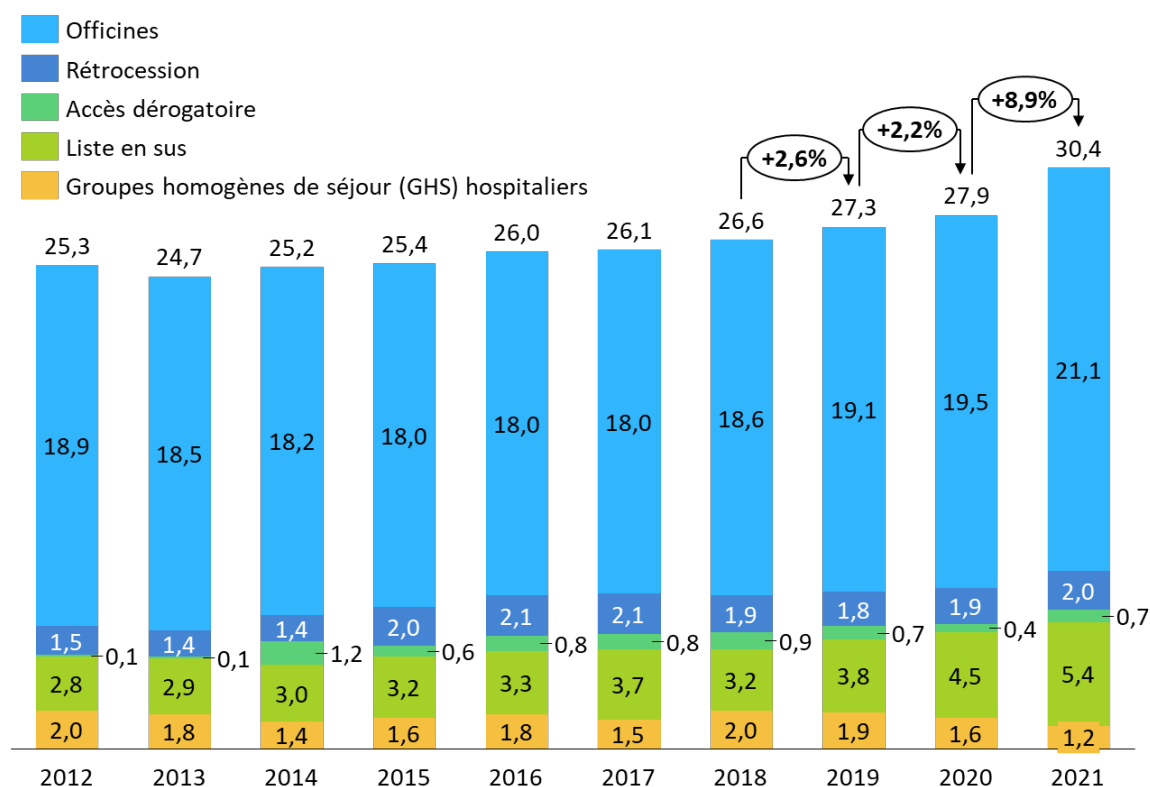
Une telle tendance apparaît dans les deux principales catégories de dépenses :

- les **médicaments délivrés en pharmacies d'officine**, dont les ventes progressent de 8,4 % entre 2020 et 2021, portées notamment par la commercialisation en ville de molécules innovantes à un prix élevé² ;

- les **médicaments figurant sur la « liste en sus » hospitalière**, réunissant les molécules les plus onéreuses financées indépendamment des « groupes homogènes de séjour » (GHS) de la tarification à l'activité, dont les ventes ont augmenté de 18,3 % sur la même période.

Évolution des ventes de médicaments remboursables (2012-2021)

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CEPS

¹ Comité économique des produits de santé, Rapport d'activité 2021, décembre 2022, pp. 13 et 14.

² Le CEPS décompose, chaque année, l'évolution observée des ventes en ville en trois effets distincts : l'effet prix correspondant à l'évolution des prix unitaires, l'effet boîtes correspondant à l'évolution du nombre de boîtes vendues et l'effet structure reflétant, le cas échéant, le déport des ventes vers les spécialités les plus onéreuses. L'effet structure explique l'essentiel de la progression des ventes en ville observée depuis 2018.

Dans un périmètre différent, incluant les médicaments rétrocedés comme les remises conventionnelles consenties par les industriels à l'assurance maladie, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux fait état d'une **augmentation de la consommation de médicaments en ambulatoire de 5,3 % entre 2021 et 2022**. Cette progression, constatée pour la deuxième année consécutive, contraste avec une baisse presque continue observée entre 2014 et 2020¹.

2. L'insuffisance des mécanismes de régulation microéconomique

Deux principaux outils de régulation microéconomique permettent au CEPS de maîtriser l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie, sans toutefois suffire à contenir le dynamisme observé ces dernières années.

- D'une part, le Comité procède à des **campagnes de baisse de prix** sur des produits d'ores et déjà inscrits au remboursement, selon des critères fixés par le code de la sécurité sociale² – ancienneté de l'inscription, prix net des médicaments à même visée thérapeutique, *etc.* – ou dans certaines situations prévues par l'accord-cadre conclu avec Les Entreprises du médicament (Leem)³.

Les économies attendues des baisses de prix sont, chaque année, précisées dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) et s'élèvent à plusieurs centaines de millions d'euros. D'après le CEPS, ces baisses de prix se sont traduites, entre 2016 et 2020, par près de 4,8 milliards d'euros d'économies cumulées.

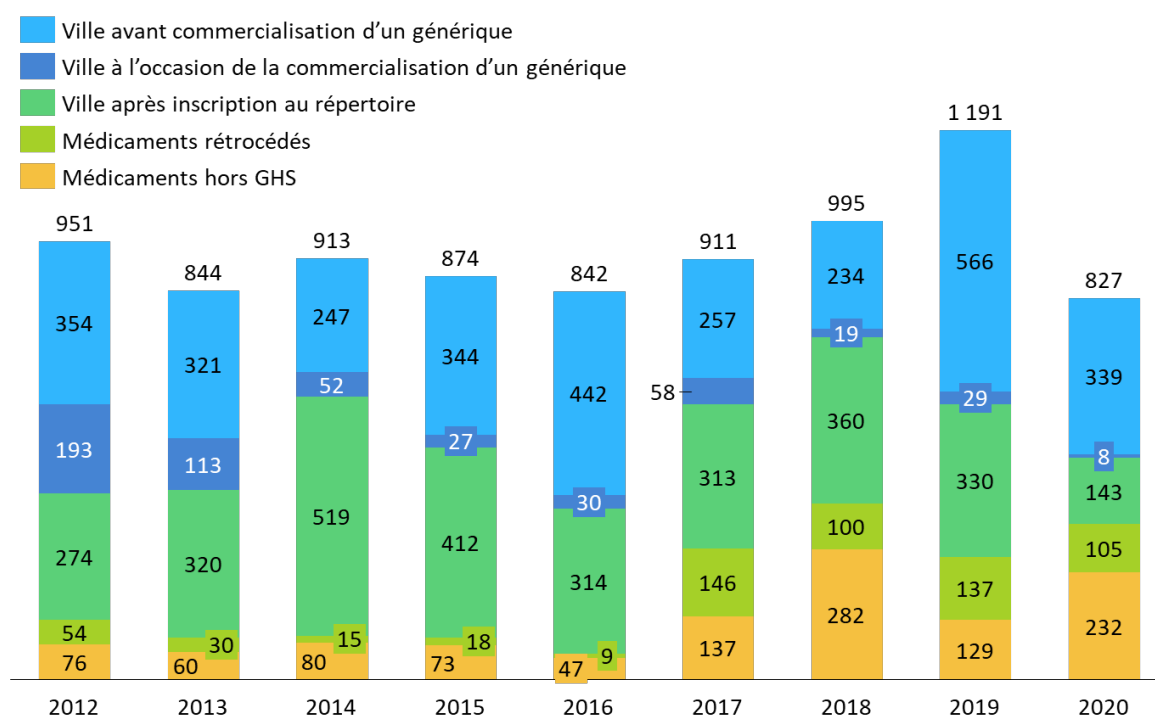
¹ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Les dépenses de santé en 2022. Résultats des comptes de la santé, 2023, p. 88.

² Article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

³ Accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé et Les Entreprises du médicament (Leem).

Économies permises par les baisses de prix (2012-2020)

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par le CEPS

- D'autre part, le CEPS négocie avec les entreprises des **remises**, remboursées par l'exploitant à l'assurance maladie sans venir pour autant réduire le prix facial affiché. Deux principaux types de remises peuvent être distingués :

- les **remises dites « produits »**¹, qui peuvent être subordonnées à la réalisation d'une ou plusieurs conditions – accord prix/volume, plafonnement de la dépense totale, etc. – ou, au contraire, inconditionnelles – remises « à la première boîte » ;

- les **remises associées aux procédures d'accès dérogatoires** : autorisations d'accès précoce² ou d'accès compassionnel³.

Soutenu, notamment, par l'arrivée sur le marché de thérapies innovantes et onéreuses, le montant des remises a très fortement crû ces dernières années : entre 2012 et 2021, celui des remises « produits » aurait, d'après les données publiées par le CEPS, presque été multiplié par dix.

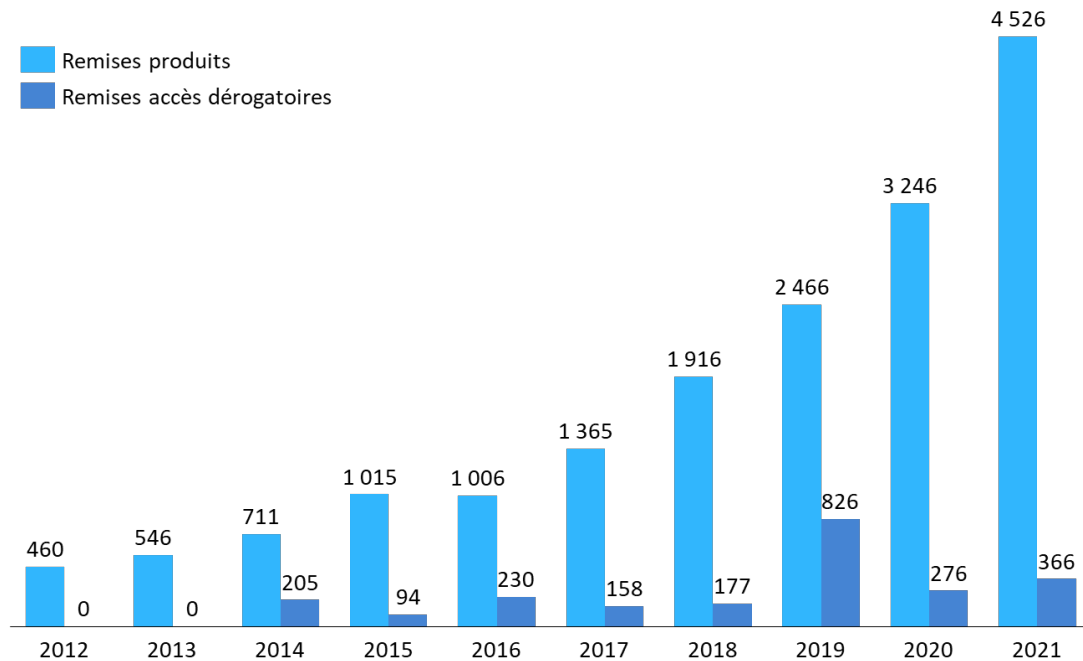
¹ Article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale.

Remises « produits » et « accès dérogatoires » brutes facturées (2012-2021)

(en millions d'euros)



Source : Commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, d'après des données publiées par le CEPS

- Malgré leur efficacité, ces outils de régulation apparaissent **insuffisants pour maîtriser la croissance importante des dépenses de médicaments** constatée ces dernières années.

Le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale fait ainsi état, après exclusion des dépenses en lien avec la crise sanitaire, d'un taux de croissance annuel moyen des dépenses brutes d'assurance maladie de produits de santé de **6,4 % entre 2019 et 2022**, avant application des remises et de la clause de sauvegarde. En tenant compte des remises négociées par le CEPS, ce taux s'établit à 3,4 %¹.

3. La progression de la clause de sauvegarde

- Introduite par la LFSS pour 1999², la clause de sauvegarde constitue un **mécanisme de régulation macroéconomique de dernier ressort**, destiné à inciter les entreprises du secteur à maintenir le volume de leur chiffre d'affaires en-deçà d'un seuil permettant le respect de l'Ondam voté.

¹ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2022. Prévisions 2023 et 2024, septembre 2023, p. 73.

² Article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Fréquemment modifiée ces dernières années, elle repose depuis la LFSS pour 2019¹ sur la définition d'un **seuil de dépenses de médicaments, appelé « montant M »**, visant les ventes en ville comme à l'hôpital de l'ensemble des entreprises du secteur². Lorsque le chiffre d'affaires des entreprises, minoré des remises consenties à l'assurance maladie, excède le montant M fixé en LFSS chaque année, un barème progressif est appliqué à la part en excès : 50 % entre M et 1,005 fois le montant M, 60 % entre 1,005 et 1,01 fois le montant M, 70 % au-delà³.

Depuis 2023, la contribution est ensuite répartie entre les entreprises redevables :

- à concurrence de 70 %, au *prorata* de leur chiffre d'affaires ;
- à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente⁴.

Pour chaque entreprise, elle ne peut toutefois excéder 10 % de son chiffre d'affaires réalisé en France au titre des médicaments concernés.

• Sous l'effet du dynamisme des dépenses de médicaments comme de l'insuffisance des mécanismes de régulation microéconomique, la clause de sauvegarde, conçue comme une corde de rappel budgétaire, a agi, ces dernières années, en **véritable dispositif fiscal**, au rendement comparable à celui des outils de régulation négociée traditionnellement mobilisés par le CEPS.

À l'exception de l'année 2020, la clause a, en effet, **systematiquement été déclenchée ces dernières années**. Depuis 2022, le Gouvernement tient d'ailleurs compte de cette évolution en **anticipant, désormais, un déclenchement du dispositif** et en estimant, en conséquence, un rendement attendu dans les annexes jointes aux PLFSS déposés⁵.

Surtout, **le produit de la clause de sauvegarde a très fortement augmenté ces dernières années**. Alors qu'il demeurait, depuis 2015, inférieur à 200 millions d'euros, il s'établirait à 680 millions d'euros pour 2021 et à 1,09 milliard d'euros pour 2022⁶.

¹ Article 21 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

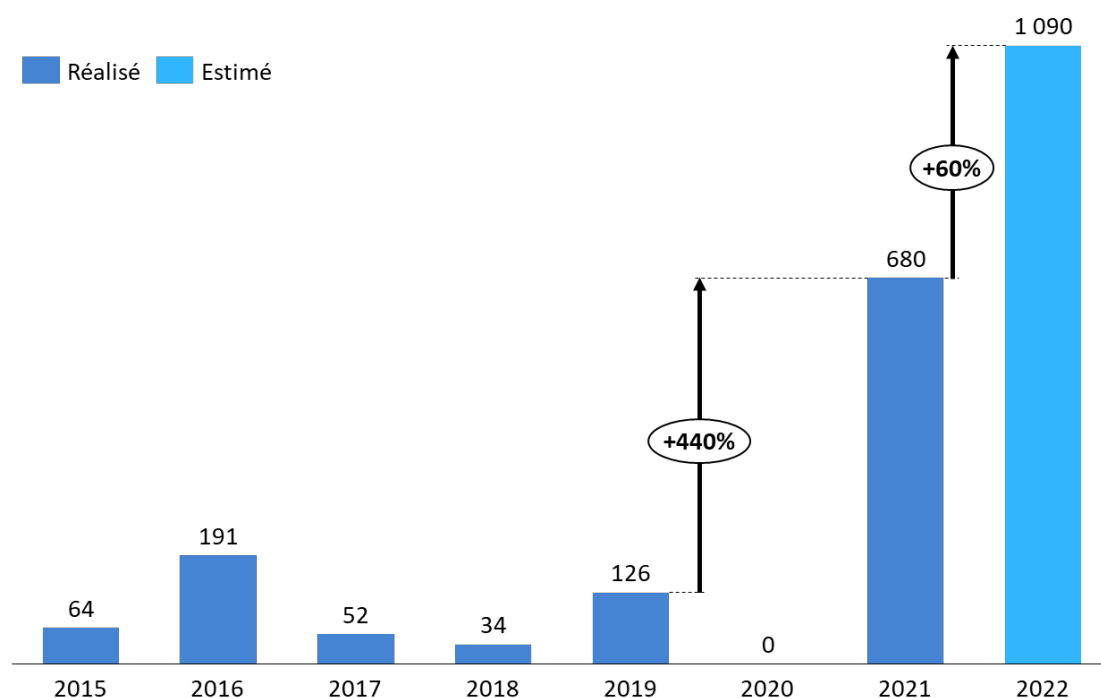
⁴ Ibid.

⁵ Études d'impact annexées aux PLFSS pour 2022 et pour 2023.

⁶ Annexe n° 3 « Ondam et dépenses de santé » jointe au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022.

Produit de la clause de sauvegarde des médicaments

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, sur la base de données publiées par le CEPS et transmises par la DSS.

- Le rapport précité à la commission des comptes de la sécurité sociale souligne l'importance prise par le dispositif, en indiquant que celui-ci suffit à **ramener le taux de croissance annuel moyen des dépenses de produits de santé, pour la période 2019-2022, de 3,4 % à 2,5 %**¹.

B. L'article 4 révisé à la hausse le montant M pour 2023 et vise ainsi à maîtriser le poids de la clause de sauvegarde au titre de l'année en cours

Tenant compte de l'importance prise par la clause de sauvegarde ces dernières années, l'article 4 vise à augmenter le seuil de déclenchement de cette dernière pour 2023 afin de maîtriser la contribution à la charge des entreprises au titre de la même année.

Pour ce faire, il modifie l'article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, afin de porter le montant M qu'elle fixe de 24,6 à 24,9 milliards d'euros.

¹ Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale. Résultats 2022. Prévisions 2023 et 2024, septembre 2023, p. 73.

Auditionné par la commission, le ministre de la santé et de la prévention a indiqué que la mesure avait pour objet de ramener le produit attendu de la clause de sauvegarde pour 2023 à 1,6 milliard d'euros¹. D'après le ministre de l'industrie, le produit de la clause aurait pu s'élever, sans cela, à 1,7 milliard d'euros pour 2023².

L'étude d'impact jointe au PLFSS précise, en cohérence avec les propos des ministres, que **la mesure conduit à réduire la recette attendue pour 2023 de 120 millions d'euros**. Elle indique également que cette révision a pour contrepartie un engagement des industriels sur des objectifs renforcés de baisse de prix (850 millions d'euros en 2024) et de maîtrise des volumes de vente (350 millions d'euros en 2024)³.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 4 a été adopté par l'Assemblée nationale, en séance publique, sans modification.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de la commission

- La commission a, plusieurs fois, formulé des **inquiétudes face à la croissance de la clause de sauvegarde**.

Lors de l'examen du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (PLACSS) pour 2022, elle avait souligné que l'importance prise par la clause de sauvegarde dans la régulation des dépenses renouvelait les interrogations, anciennes, à l'égard de ce dispositif.

Celui-ci apparaît, d'abord, **particulièrement imprévisible**. Le montant dû au titre de la clause de sauvegarde au titre de l'année n n'est connu des entreprises concernées qu'à la fin de l'année $n+1$ ⁴. Le législateur, lui, est contraint de débattre chaque année d'un seuil de déclenchement « M » sans être en mesure d'estimer précisément le rendement attendu du dispositif. À cet égard, la commission a relevé que le produit de la clause de sauvegarde s'est révélé, en 2021 comme en 2022, particulièrement éloigné de celui que le Gouvernement anticipait en étude d'impact⁵.

¹ Audition de M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, le 26 octobre 2023.

² Étienne Lefebvre, « Roland Lescure : "Nous devons agir sur les volumes de médicaments, pas seulement sur les prix" », Les Échos, 20 septembre 2023.

³ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 6.

⁴ En application de l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, celui-ci est communiqué à chaque entreprise, au plus tard, le 1^{er} octobre de l'année suivante.

⁵ Rapport n° 789 (2022-2023) de Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, déposé le 28 juin 2023, p. 44.

Bien que les modalités de répartition de la clause de sauvegarde entre industriels aient été modifiées par la LFSS pour 2023¹, afin de tenir compte de la croissance des entreprises concernées, le dispositif demeure toutefois **largement indiscriminé**. Si plusieurs mesures permettent, dans la fixation du prix des médicaments² comme dans la définition des remises tarifaires³, de tenir compte de la criticité thérapeutique d'un médicament ou de la sécurité d'approvisionnement du marché français, les critères légaux de la clause de sauvegarde ne permettent pas une telle prise en compte. **Le rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique** française relevait, à ce sujet, que la clause de sauvegarde « *ne permet pas d'adapter l'effort demandé à l'entreprise à la nature des médicaments qu'elle commercialise, aux priorités de santé publique ou à [sa] santé financière* »⁴.

- La commission a, par ailleurs, relevé que ces dispositions faisaient suite à la publication, en août 2023, du rapport de la **mission relative à la régulation des produits de santé** confiée par la Première ministre à six personnalités qualifiées⁵. Observant que la clause de sauvegarde « *a été conçue comme une sécurité financière* », la mission relève notamment que « *sa construction, sa répartition, ses lourdeurs administratives correspondent au fait que son montant a été prévu pour être limité* ».

Jugeant « *plus équitable et économiquement efficace de privilégier les négociations individuelles par laboratoires que de réguler par la clause de sauvegarde* », la mission a invité le Gouvernement à « *fixer un objectif de décroissance rapide de [cette dernière] pour retrouver un niveau de l'ordre de grandeur des montants historiques (soit moins de 500 millions d'euros) et [accepter] de négocier des baisses de prix plus importantes* »⁶.

- Consciente de ce contexte et renouvelant les constats qu'elle a plusieurs fois formulés sur ce dispositif, la commission a **favorablement accueilli ces dispositions visant à réduire le poids de la clause de sauvegarde des médicaments pour 2023**.

¹ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Voir, notamment, l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 65 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 pour permettre la prise en compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production dans la fixation du prix.

³ Voir, par exemple, les avoirs sur remises au titre du guichet du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) permis par l'article 29 de l'accord-cadre du 5 mars 2021 précité, visant les entreprises ayant réalisé des investissements dans l'Union européenne et notamment en France.

⁴ Rapport n° 828 (2022-2023), Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède, tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 265.

⁵ Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélien Epis de Fleurian, Magali Leo et Mathilde Lignot Leloup, Pour un "new deal" garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé », août 2023.

⁶ Ibid., pp. 63-64.

Elle a, toutefois, regretté le manque d'ambition de la mesure, qui ne permettra de limiter le produit de la clause de sauvegarde qu'à 1,6 milliard d'euros.

- À l'initiative de sa rapporteure générale, et compte tenu des difficultés rencontrées dans la liquidation de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2022 comme des craintes du secteur quant à un déclenchement important au titre de l'année 2023, la commission a adopté un **amendement n° 188** augmentant le seuil de déclenchement de la clause - ou « *montant Z* » - à 2,35 milliards d'euros pour l'année 2023. Elle souhaite également tenir compte, par là, de la croissance conjoncturelle du secteur faisant suite à une période de contraction du chiffre d'affaires consécutive à la crise sanitaire.

La commission appelle le Gouvernement à évaluer précisément, ces prochaines années, les effets d'un éventuel déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux sur les entreprises du secteur.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

RENFORCER LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE AUX COTISATIONS

Article 5

Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier

Cet article vise à limiter le risque de fraude dans le cadre du versement immédiat des aides aux services à la personne, à reporter le déploiement de l'avance des aides à la garde des jeunes enfants et aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH, et à simplifier la procédure d'abus de droit.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé : un encadrement plus strict et une révision du calendrier de déploiement du dispositif d’avance des aides aux services à la personne, ainsi qu’une simplification de la procédure d’abus de droit

A. Le Gouvernement souhaite apporter des ajustements au versement immédiat des aides aux services à la personne et à la procédure d’abus de droit

1. Le dispositif d’avance des aides sociales et fiscales aux services à la personne doit être adapté afin de lutter plus efficacement contre la fraude et de tenir compte de diverses contraintes techniques

a) Le versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne a fait l’objet d’une expérimentation à compter de 2020 (LFSS pour 2020)

Comme tout crédit d’impôt, le **crédit d’impôt pour l’emploi d’un salarié à domicile**¹ présente le désavantage de ne bénéficier effectivement aux particuliers recourant aux services à la personne que **six à dix-huit mois après le paiement de la prestation de services**, lors de l’émission de l’avis d’imposition.

Le crédit d’impôt pour l’emploi d’un salarié à domicile

Instauré en 1991², le crédit d’impôt pour l’emploi d’un salarié à domicile bénéficie aux contribuables domiciliés en France au titre :

- de l’emploi d’un salarié assurant la garde d’enfants, les services à domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales ou l’assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d’une aide personnelle à leur domicile ou d’une aide à la mobilité ;

- du recours à une association, une entreprise ou un organisme déclaré qui rend exclusivement de tels services ;

- du recours à un organisme à but non lucratif ayant pour objet l’aide à domicile et habilité au titre de l’aide sociale ou conventionné par un organisme de sécurité sociale.

Le crédit d’impôt est égal à **50 % des dépenses afférentes nettes des aides perçues au titre de l’emploi du salarié à domicile** (allocation personnalisée pour l’autonomie – APA, prestation de compensation du handicap – PCH, complément de libre choix du mode de garde – CMG³, etc.), dans la limite d’un plafond dépendant de la composition du foyer fiscal.

¹ Article 199 sexdecies du code général des impôts.

² Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 de finances rectificative pour 1991, article 17.

³ Article L. 531-5 du code de la sécurité sociale.

De même, l'**allocation personnalisée pour l'autonomie (APA)**¹ à domicile et la **prestation de compensation du handicap (PCH)**² ne sont perçues qu'**un mois après le paiement de la prestation** par le particulier employeur ou le prestataire de services.

Or, en empêchant d'afficher de façon contemporaine le coût restant réellement à la charge du particulier employeur, **ces délais favorisent le travail dissimulé** dans le secteur des services à la personne et, à tout le moins, n'incitent pas au recours à ces services.

Le législateur a donc approuvé l'expérimentation, à partir de 2020, du **versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne**³.

Ce mécanisme, dont la montée en charge se poursuit actuellement, permet aux personnes recourant aux services éligibles au crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile, **à l'exclusion, pour l'heure, de celles qui recourent à des services de garde d'enfants de moins de six ans et des bénéficiaires de l'APA et de la PCH**⁴, d'adhérer à un dispositif les **dispensant de faire l'avance d'une part de leurs charges directes** couvertes par les aides auxquelles elles sont éligibles.

Les droits au crédit d'impôt abondent ainsi le compte personnel de chaque bénéficiaire et sont déduits des sommes à prélever sur son compte bancaire au titre :

- soit de la **rémunération du salarié à domicile**, dans le cas des particuliers employeurs utilisant le dispositif *Cesu+*, qui leur permet de confier aux Urssaf le soin de prélever sur leur compte bancaire la somme correspondant à la rémunération brute de leur salarié à domicile et de verser à celui-ci son salaire net d'impôts et de prélèvements sociaux⁵ ;

- soit du **règlement des factures émises par le prestataire** de services à domicile.

Dans le premier cas, l'accord du salarié est requis. Celui-ci doit, à cet effet, créer un compte personnel et enregistrer son RIB en vue du versement de son salaire.

¹ Article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles.

² Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

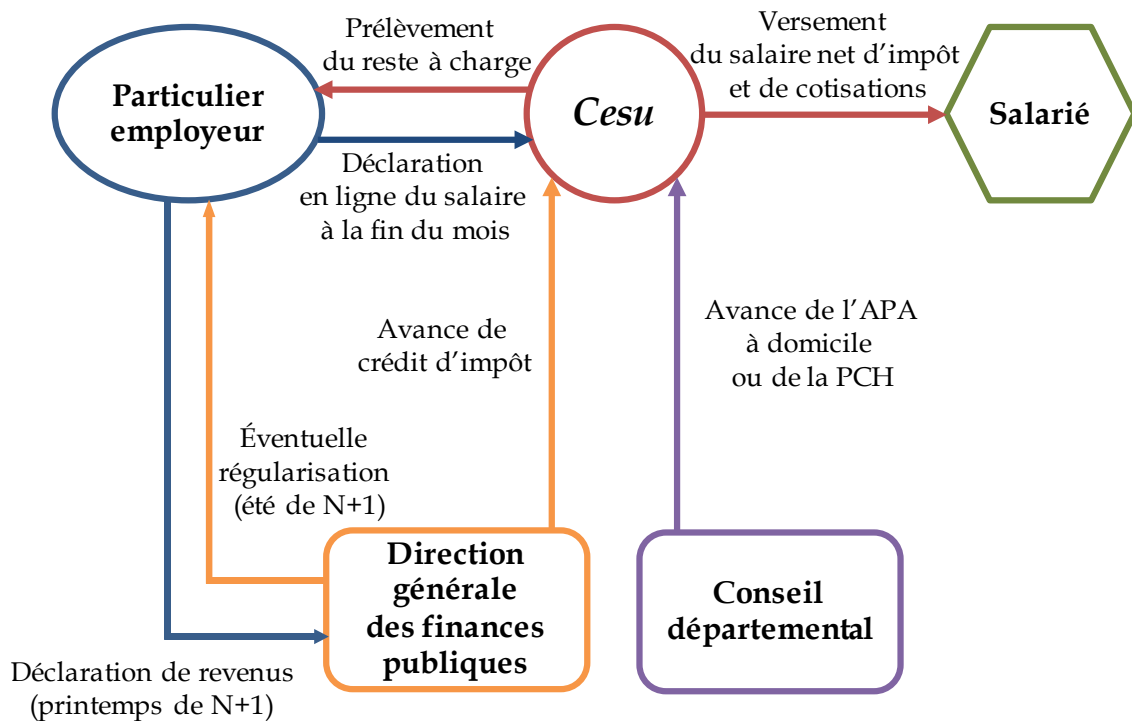
³ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 20.

⁴ Le crédit d'impôt étant subsidiaire aux autres aides et le dispositif ne pouvant gérer pour l'heure que des salaires ou factures éligibles au crédit d'impôt sans déduction préalable d'autres prises en charge, les bénéficiaires du CMG, de l'APA et de la PCH ne sont toujours pas éligibles à l'avance du crédit d'impôt.

⁵ Article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale.

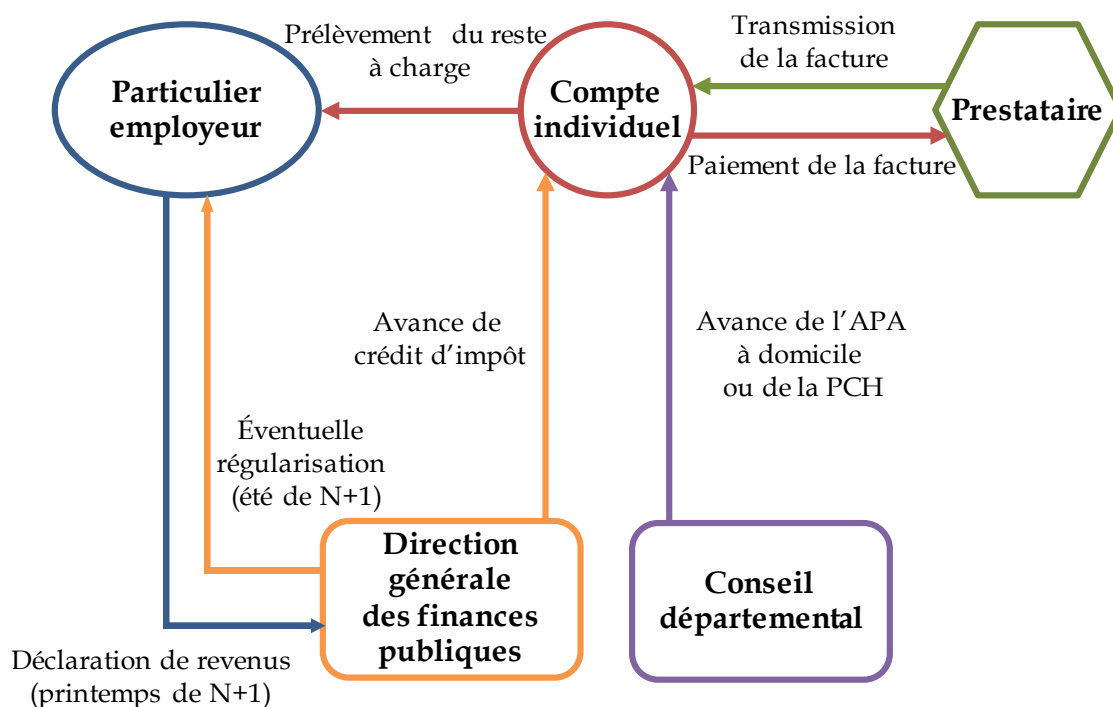
Dans le second, le compte personnel est créé par le prestataire de services sur la base des informations transmises par le particulier, ce dernier devant ensuite confirmer son inscription et l'appariement du prestataire à son compte. Les factures sont ainsi transmises directement sur le compte du client, par voie dématérialisée. Un courriel ou un SMS informe celui-ci de la réception d'une facture, à partir de laquelle il peut la valider ou la contester sous 48 heures ; à défaut d'action de sa part au terme de ce délai, la facture est présumée validée. Le reste à charge est alors prélevé sur le compte bancaire du particulier dans un délai de cinq jours.

Fonctionnement du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne au particulier employeur



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Fonctionnement du versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne au particulier client d'un prestataire de services



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

L'avance du crédit d'impôt revêt, dans tous les cas, un **caractère optionnel** et est conditionnée au choix du bénéficiaire des prestations de services à domicile.

b) L'avance du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile a été généralisée en 2022 (LFSS pour 2022)

(1) La contemporanéisation des aides sociales et fiscales aux services à la personne devait être progressivement mise en œuvre d'ici à 2024

En 2021, le législateur a approuvé la **généralisation progressive** du dispositif de versement immédiat des aides sociales et fiscales aux services à la personne¹, à commencer par l'avance du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile dès 2022.

Du fait de la complexité technique du dispositif, liée notamment aux interactions avec les conseils départementaux, **la mise en œuvre de l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH a été reportée à 2023.**

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 13.

À partir de 2024, le dispositif devait être étendu à la garde d'enfants. Le crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile ou le **crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants**¹ pourraient ainsi être avancés aux particuliers concernés en sus du **complément de libre choix du mode de garde (CMG)**², déjà déduit des sommes dues au titre de la rémunération du salarié pour les particuliers utilisateurs du service *Pajemploi*³.

Le crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants et le complément de libre choix du mode de garde

Le crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants est égal à **50 % des dépenses effectivement supportées par le contribuable concerné pour la garde hors du domicile des enfants âgés de moins de six ans** qu'il a à sa charge par un assistant maternel agréé ou un établissement de garde. Depuis 2023⁴, ces dépenses sont retenues **dans la limite de 3 500 euros par enfant à charge** et à 1 750 euros lorsque l'enfant est réputé à charge égale de l'un et l'autre de ses parents. Si le crédit d'impôt excède l'impôt dû, l'excédent est restitué au contribuable.

Le CMG est une prestation accordée au ménage ou à la personne qui **emploie un assistant maternel agréé ou un garde d'enfant à domicile**. Il comprend une part calculée en fonction du montant des cotisations et contributions sociales correspondant à la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant et une part calculée en fonction de la rémunération nette de cette dernière.

Le CMG est versé à la condition que le ménage ou la personne exerce une activité professionnelle, sauf lorsque la personne ou les deux membres du couple poursuivent des études, lorsque la personne ou les deux membres du couple sont signataires d'un contrat de service civique, lorsque la personne ou au moins l'un des membres du couple bénéficie de l'allocation aux personnes handicapées (AAH) ou de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et lorsque la personne est bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA) et inscrite dans une démarche d'insertion professionnelle.

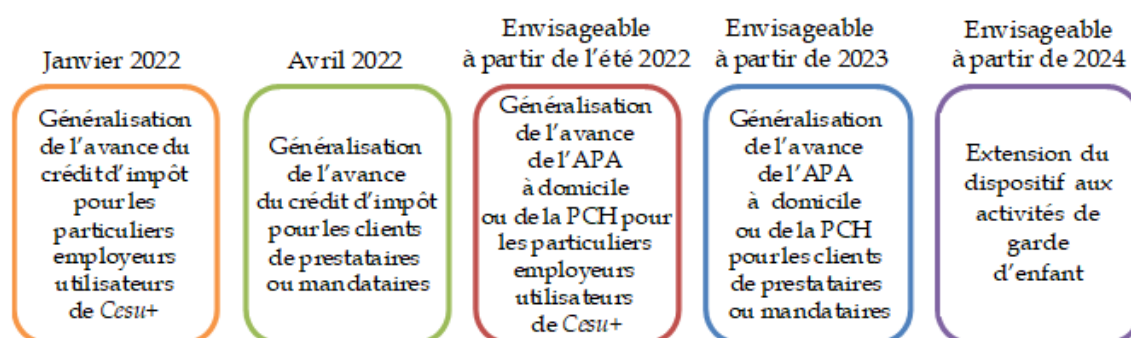
¹ Article 200 quater B du code général des impôts.

² Article L. 531-5 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, article 42 ; loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 36 ; articles L. 531-8 et L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Loi n° 2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023, article 20.

Calendrier initial de la généralisation du versement immédiat des aides fiscales et sociales aux services à la personne



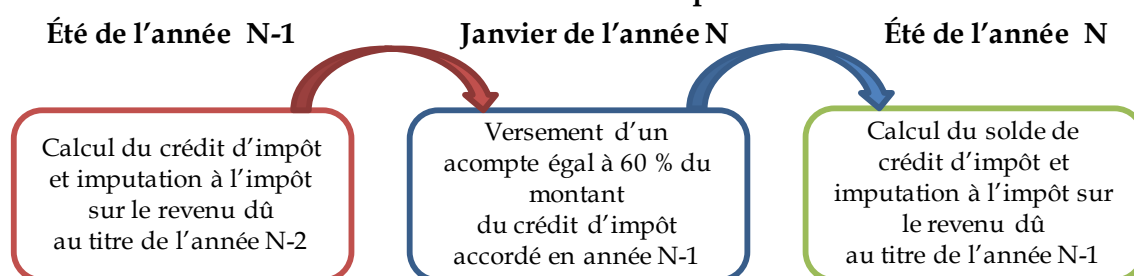
Source : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 par Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sénatrice, tome II (n° 99, 2022-2023)

Désormais, l'acompte d'une partie du crédit d'impôt versé chaque année en janvier est réduit du montant des avances versées au cours des huit premiers mois de l'année précédente¹. Si le montant des avances versées excède le montant du crédit d'impôt, aucun acompte n'est versé.

L'acompte du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile

Depuis 2019², les contribuables perçoivent, en janvier de l'année (N) de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année précédente (N-1), un acompte sur le montant du crédit d'impôt égal à 60 % du montant qui leur a été accordé en année N-1 lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'avant-dernière année (N-2). Le solde est régularisé lors de la liquidation de l'impôt afférent aux revenus de l'année N-1, au cours de l'été de l'année N³.

Modalités de versement du crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile depuis 2019



Source : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 par Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, sénatrice, tome II (n° 99, 2022-2023)

¹ Article 1665 bis du code général des impôts.

² Loi n° 2018-1317 du 28 décembre 2018 de finances pour 2019, article 12.

³ Article 1665 ter du code général des impôts.

En outre, depuis 2020¹, dans le cas où il cesserait d'avoir recours aux services à la personne ou dans celui où les dépenses afférentes diminueraient en année N par rapport à l'année N-1, le particulier peut demander à l'administration fiscale, avant le 1^{er} décembre de l'année N, à **percevoir en année N+1 un montant inférieur à celui qu'il a perçu en année N** au titre de l'année N-1.

(2) Le dispositif *Cesu+* a été adapté à cette nouvelle donne pour les particuliers employeurs et les clients de mandataires

Dans le cadre de la généralisation du versement immédiat du crédit d'impôt, le législateur a prévu que le prélèvement bancaire des sommes dues au titre de la rémunération du salarié à domicile réalisé par l'Urssaf dans le cadre du dispositif *Cesu+* tienne compte à la fois des sommes versées par le particulier employeur à son salarié, directement ou par l'intermédiaire d'un mandataire, et de l'avance du crédit d'impôt², le montant de cette aide étant régularisé lors de l'établissement de l'impôt sur le revenu.

Les plafonds annuels de l'avance du crédit d'impôt ont été fixés par décret³. Ceux-ci s'élèvent ainsi à 10 000 euros pour les invalides obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, pour les personnes ayant à leur charge une personne invalide placée dans une telle situation et vivant sous leur toit ou un enfant donnant droit au complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, et à **6 000 euros dans les autres cas**⁴.

En cas de défaut de paiement des sommes dues, **l'employeur est privé de la possibilité d'utiliser le dispositif tant qu'il est débiteur** et n'y est de nouveau admis qu'à compter de la période d'activité correspondant au mois suivant le constat par l'Urssaf de la régularisation de la situation⁵. Lorsqu'il est exclu du dispositif pour ce motif, la créance de la rémunération due au salarié est transférée à l'Urssaf.

En outre, sans préjudice des sanctions pénales applicables, **l'employeur ou le salarié qui déclare des prestations fictives est exclu du dispositif** pour une durée pouvant aller jusqu'à cinq années⁶. La possibilité de l'utiliser est rétablie sur demande de l'utilisateur à l'issue de la période d'exclusion, sous réserve du paiement de l'intégralité des sommes dues à l'Urssaf.

¹ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020, article 7.

² Article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2021-1935 du 30 décembre 2021 relatif aux aides constitutives d'un acompte de crédit d'impôt prévues à l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et à l'expérimentation prévue à l'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 1^{er}.

⁴ Article D. 133-13-11-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Articles L. 133-5-12 et D. 133-13-11 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article D. 133-13-11-2 du code de la sécurité sociale.

(3) Un dispositif spécifique a été dédié aux prestataires de services

Par ailleurs, un nouveau dispositif a été créé afin de permettre aux particuliers ayant recours à un prestataire de services :

- **d'autoriser le prestataire à déclarer à l'Urssaf les sommes dues au titre des prestations réalisées**, dont il est simultanément informé ;

- d'accepter ou de contester la déclaration effectuée par le prestataire auprès de l'Urssaf, celle-ci étant réputée acceptée en l'absence de contestation dans un délai de deux jours francs à compter de sa réception par le particulier ;

- d'autoriser l'Urssaf à prélever sur un compte bancaire les sommes dues au titre des prestations réalisées à l'issue d'un délai de deux jours francs, après prise en compte des aides sociales et fiscales dont bénéficie le particulier¹.

Le prestataire utilise quant à lui ce dispositif pour :

- enregistrer les particuliers qui en font la demande auprès de l'Urssaf pour leur permettre de bénéficier de ce service ;

- de **déclarer les informations relatives aux sommes dues par chaque particulier pour lequel il a réalisé des prestations** ;

- de **percevoir de l'Urssaf le montant dû par chaque particulier après déduction des sommes versées directement par lui**.

Les structures d'intermédiation entre un particulier et un prestataire, notamment les plateformes de mise en relation, peuvent, lorsqu'elles sont mandatées par le prestataire, effectuer pour son compte, **en qualité de tiers déclarant**, l'enregistrement du particulier auprès de l'Urssaf et la déclaration des informations relatives aux sommes dues par celui-ci².

Seuls peuvent adhérer au dispositif les prestataires de services :

- respectant les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation auxquelles sont astreints les organismes de services à la personne³ ;

- n'ayant pas fait l'objet d'un constat de l'infraction de travail illégal⁴ au cours des cinq années précédentes ;

- à jour de leurs obligations de déclaration et de paiement auprès des Urssaf et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS), ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de TVA ;

- approuvant la charte d'utilisation du service établie par l'Urssaf Caisse nationale⁵.

¹ Article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 133-11 du code de la sécurité sociale.

³ Articles L. 7232-1 à L. 7232-1-2 du code du travail.

⁴ Article L. 8211-1 du code du travail.

⁵ Article L. 133-8-5 du code de la sécurité sociale.

Sont exclus de la possibilité d'utiliser le dispositif :

- **le particulier, en cas de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues après acceptation de la prestation**, auquel cas le prestataire recouvre lui-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client. La possibilité d'utiliser le dispositif est rétablie dès que l'intégralité des sommes dues à l'Urssaf a été acquittée. Si une telle situation se produit trois fois au cours de la même année, le particulier est exclu du dispositif jusqu'au terme de cette année ;

- sans préjudice des sanctions pénales applicables, **le particulier ou le prestataire qui accepte ou déclare des prestations fictives**. La durée de l'exclusion ne peut excéder cinq années, la possibilité d'utiliser le service étant rétablie sur demande de l'utilisateur à l'issue de la période d'exclusion, sous réserve du paiement de l'intégralité des sommes dues à l'Urssaf ;

- le prestataire, en cas de méconnaissance de la charte d'utilisation du service non régularisée ou non justifiée dans le délai d'un mois. Une exclusion est alors prononcée pour une durée de six mois, la possibilité d'utiliser le service étant rétablie automatiquement à l'issue de cette période, sous réserve du respect des exigences de la charte. En cas de récurrence dans un délai d'un an à l'issue de la période d'exclusion, une nouvelle exclusion peut être prononcée pour une durée n'excédant pas trois ans¹.

(4) La prolongation de l'expérimentation devait permettre de préparer l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH à l'horizon de 2023

Le cadre expérimental du dispositif a, quant à lui, été étendu jusqu'au 31 décembre 2022 afin de permettre la poursuite des travaux préparatoires au versement de l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH.

c) Le calendrier de déploiement du versement immédiat des aides sociales et fiscales a été révisé en 2022 (LFSS pour 2023)

(1) Le champ du dispositif a été étendu et son contrôle renforcé

En 2022², le législateur a permis aux plateformes et « têtes de réseau », qui déclarent la prestation pour le compte du prestataire sans l'avoir effectivement réalisée, structures peu nombreuses mais représentant un grand nombre d'utilisateurs, d'adhérer au service³, tout en leur rendant applicables les sanctions et procédures de récupération prévues pour les prestataires effectifs⁴.

¹ Articles L. 133-8-6 et D. 133-18 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 5.

³ Article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale.

⁴ Articles L. 133-8-6 et L. 133-8-8 du code de la sécurité sociale.

Dans le même temps, **le champ des contrôles Urssaf a été étendu aux organismes qui déclarent la réalisation de prestations de services** en vue de bénéficier de l'avance (prestataires, plateformes ou « têtes de réseau »)¹.

(2) La généralisation de l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH a dû être reportée

Du fait de difficultés techniques liées, notamment, à la nécessité de mener des travaux plus poussés avec les conseils départementaux², qui versent ces prestations dans des conditions variant considérablement en fonction des instruments techniques utilisés, la généralisation du versement immédiat des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH, prévue pour le 1^{er} janvier 2023, a été **reportée à « une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2024 »**.

(3) La mise en œuvre anticipée de l'avance des aides fiscales aux activités de garde d'enfants de plus de six ans a été régularisée

Les prestations de garde d'enfants de plus de six ans, déclarées au travers du dispositif *Cesu*, ne sont **pas éligibles à la prestation d'accueil du jeune enfant, dont le CMG est une composante**, ce qui simplifiait considérablement le déploiement du dispositif pour ce public.

L'avance des aides fiscales accordées dans ce cadre a ainsi été **généralisée dès septembre 2022**, plus d'un an plus tôt que prévu.

En revanche, la date de généralisation du versement immédiat des aides fiscales aux activités de garde d'enfants de moins de six ans a été **fixée à « une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2024 »**, dans la mesure où **le dispositif *Pajemploi*, qui permet la déclaration de ces prestations, doit être entièrement rénové à cette échéance**.

¹ Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale.

² D'après le Gouvernement, il s'agissait à la fois d'harmoniser les outils informatiques et les pratiques sous l'impulsion de la branche autonomie, de mettre en place des flux financiers et de données entre l'Urssaf Caisse nationale et les conseils départementaux, d'assister les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH dans l'utilisation du dispositif et de garantir la capacité des prestataires à s'équiper des outils informatiques adéquats.

Calendrier révisé de la généralisation du versement immédiat des aides fiscales et sociales aux services à la personne



Source : Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 par Mme Elisabeth Doineau, rapporteure générale, sénatrice, tome II (n° 99, 2022-2023)

(4) Une nouvelle prolongation du cadre expérimental a été actée

Par conséquent, la clôture de l'expérimentation a été reportée du 31 décembre 2022 à « *une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2023* » et **son champ étendu**, d'une part, à la garde d'enfants et, d'autre part, au crédit d'impôt pour frais de garde des jeunes enfants, ainsi que, pour les particuliers employeurs et les clients de mandataires, au CMG.

d) Face au développement de la fraude et aux contraintes techniques qui se sont fait jour, de nouveaux ajustements s'avèrent nécessaires

(1) La multiplication des cas de fraude appelle une réponse rapide

Le dispositif a incontestablement rencontré un franc succès : d'après le Gouvernement, **300 000 particuliers employeurs y recouraient en juillet 2023, de même que 500 000 clients de prestataires et mandataires.**

Toutefois, un certain nombre d'organismes prestataires seraient à l'origine de **pratiques frauduleuses** telles que la création de structures temporaires dans l'objectif de percevoir le paiement de prestations fictives ou la déclaration de sommes prétendument versées directement par le particulier au prestataire au titre de prestations fictives dans le but de bénéficier de l'avance du crédit d'impôt sans prélèvement sur le compte du particulier.

Le Gouvernement souhaite donc renforcer l'arsenal législatif anti-fraude existant pour lutter plus efficacement contre ces pratiques, qui représentent **un risque de fraude évalué par le Gouvernement à 10 millions d'euros par an.**

(2) La mise en œuvre de l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH n'est pas envisageable pour 2024

Par ailleurs, le Gouvernement tire de l'expérimentation de l'avance des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH **plusieurs constats faisant obstacle à sa généralisation au 1^{er} janvier 2024**. Il relève en particulier des difficultés :

- en cas de remplacement temporaire du salarié ou du prestataire de services, les remplaçants n'adhérant pas nécessairement au service, ce qui prive les intéressés du bénéfice de l'avance ;

- en cas d'attribution rétroactive de ces aides à un particulier ayant déjà bénéficié de l'avance au titre de la même période, une révision du reste à charge devant être menée ;

- en cas d'absence d'accompagnement à l'usage du numérique par des proches ou des aidants des bénéficiaires de ces prestations, dont l'autonomie est considérablement réduite.

En outre, le déploiement programmé des systèmes d'information nationaux de l'APA et de la PCH, qui devrait intervenir « à horizon 2025-2026 »¹, annihilerait l'intérêt des développements informatiques que pourraient conduire préalablement les conseils départementaux en vue de la généralisation de l'avance des aides sociales.

Enfin, le Gouvernement juge que les bénéficiaires de ces aides seraient moins demandeurs de la mise en œuvre du dispositif que ne l'étaient ceux du seul crédit d'impôt, dans la mesure où ils sont **plus éloignés des outils numériques et perçoivent des sommes moindres au titre du crédit d'impôt** du fait de la subsidiarité de celui-ci.

Il est donc proposé de réviser une nouvelle fois le calendrier de déploiement du dispositif afin de **reporter la généralisation de l'avance des aides sociales et fiscales aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH**.

(3) Le calendrier de généralisation de l'avance des aides à la garde d'enfants doit lui aussi être revu

Au surplus, le Gouvernement invite le Parlement à **repousser la mise en œuvre de l'avance du crédit d'impôt pour les activités de garde d'enfants à domicile pour un enfant âgé de moins de six ans** ou réalisées par un assistant maternel agréé, la refonte de *Pajemploi* étant toujours en cours et la réforme du CMG – refonte du mode de calcul, partage de la prestation en cas de garde alternée et extension à la garde d'enfants de six à douze ans pour les familles monoparentales – devant entrer en vigueur en 2025².

¹ Fiches d'évaluation des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 13.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 86.

Il s'agit également de prendre en compte le cas des parents ayant recours à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et bénéficiant du CMG « structure »¹, en faveur desquels la mise en œuvre de l'avance ne serait envisageable qu'une fois la réforme du tiers payant accomplie, soit postérieurement à 2024². En effet, la généralisation de l'avance pour les prestations de garde d'enfants à l'exception de celles réalisées par les EAJE serait **préjudiciable à ces derniers**, au bénéfice des assistants maternels.

2. La rigueur de la procédure d'abus de droit complexifie la tâche des organismes de recouvrement

Les actes constitutifs d'un abus de droit, c'est-à-dire ceux qui ont **un caractère fictif** ou qui, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, n'ont pu être inspirés par aucun autre motif que celui **d'é luder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales** auxquelles le cotisant est tenu ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles, peuvent être écartés par les Urssaf et les CGSS³ ou par les caisses de mutualité sociale agricole (MSA)⁴ **comme ne leur étant pas opposables**, et ce afin d'en restituer le véritable caractère.

En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur ce fondement, la loi prévoit que le litige soit **soumis, à la demande du cotisant ou des organismes de recouvrement, à l'avis du comité des abus de droit**. Quel que soit l'avis rendu par ce dernier, **la charge de la preuve incombe aux organismes de recouvrement en cas de réclamation**.

En tout état de cause, l'abus de droit entraîne l'application d'une **pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues**.

¹ Article L. 531-6 du code de la sécurité sociale.

² Initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2022 (loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 70), l'entrée en vigueur de la réforme du tiers-payant pour le CMG « structure » a été reportée à « une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} septembre 2024 » (loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 103).

³ Article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 725-25 du code rural et de la pêche maritime.

La composition et la saisine du comité des abus de droit

Le comité des abus de droit est présidé par un conseiller à la Cour de cassation¹. Il comprend en outre :

- un conseiller d'État ;
- un conseiller maître à la Cour des comptes ;
- un avocat ayant une compétence en droit social ;
- un expert-comptable ;
- un professeur des universités, agrégé de droit ;
- un inspecteur général des affaires sociales.

Ces membres sont nommés, **pour une durée de trois ans renouvelable**, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale sur proposition de différentes autorités.

Lorsque le directeur de l'organisme chargé du recouvrement décide de mettre en œuvre la procédure d'abus de droit, **il contresigne à cet effet la lettre d'observations adressée au cotisant**, qui mentionne la possibilité de saisir le comité et les délais impartis pour ce faire².

Le cotisant dispose d'un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre pour demander à la mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale (MNC)³ que le litige soit soumis à l'avis du comité. S'il formule dans ce délai des observations à la lettre, il dispose d'un nouveau délai de 30 jours à compter de la réception de la réponse de l'organisme de recouvrement.

Dans un délai de 30 jours, la MNC saisit le comité des demandes recevables et avertit l'organisme de recouvrement. Ce dernier et le cotisant sont alors invités à produire leurs observations dans un délai de 30 jours et reçoivent communication des observations produites par l'autre partie.

Si le cotisant a formé, devant la commission de recours amiable⁴, une réclamation portant sur une décision de redressement prise dans le cadre de la même procédure que celle qui a donné lieu à la saisine du comité des abus de droit, la commission diffère son avis ou sa décision dans l'attente de l'avis du comité.

Le président communique l'avis du comité au cotisant, ainsi qu'à l'organisme de recouvrement, qui notifie sa décision au cotisant et, **en cas de modification du redressement, lui adresse une mise en demeure rectificative dans un délai de 30 jours.**

¹ Article R. 243-60-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 243-60-3 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 155-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Articles L. 142-4 et R. 142-1 du code de la sécurité sociale.

Or, depuis 2015, en raison d'un risque juridique lié au **non-renouvellement du comité des abus de droit**¹, les Urssaf écartaient les actes présentant les caractéristiques d'un abus de droit sur le seul fondement du non-respect de la législation en vigueur et procédaient au redressement des sommes dues **sans recourir à la qualification d'abus de droit**, ni, par conséquent, appliquer la pénalité de 20 % et permettre au cotisant de demander que le litige soit soumis à l'avis du comité.

La Cour de cassation a depuis jugé à plusieurs reprises qu'un organisme de recouvrement écartant un acte juridique au motif qu'il revêt un caractère fictif ou qu'il a pour seul objet d'é luder ou d'atténuer les cotisations dues « *se place nécessairement sur le terrain de l'abus de droit* » **de manière implicite** et doit par conséquent se conformer à la procédure légale et qu'à défaut de ce faire, **entachant de nullité** les opérations de contrôle et de recouvrement².

Les Urssaf et les CGSS devraient donc désormais qualifier d'abus de droit « *toute situation dans laquelle un organisme de recouvrement remet en cause la réalité d'une décision prise par l'employeur, requalifie un avantage ou a une interprétation divergente de celle de l'employeur sur la nature de la somme versée* »³.

Le Gouvernement ne jugeant cette situation souhaitable ni pour les cotisants ni pour les organismes de recouvrement, d'autant qu'elle a engendré **une perte de 3,75 millions d'euros environ au premier semestre 2023**, une simplification de la procédure d'abus de droit lui paraît nécessaire.

B. Le PLFSS pour 2024 tend donc à réviser les modalités de mise en œuvre du versement immédiat des aides aux services à la personne et à alléger la procédure d'abus de droit

1. Le dispositif d'avance des aides sociales et fiscales aux services à la personne serait plus strictement encadré et le déploiement de ses dernières composantes reporté

a) *Pour l'heure, les modalités de versement immédiat du crédit d'impôt seraient adaptées aux pratiques frauduleuses constatées*

Le Gouvernement formule plusieurs propositions tendant à **renforcer les moyens de la lutte contre les pratiques frauduleuses** qui se sont fait jour à l'occasion du déploiement de l'avance des aides fiscales aux services à la personne.

¹ D'après le Gouvernement, le comité des abus de droit, nommé en 2012 pour un premier mandat, n'aurait jamais été sollicité ni rendu d'avis et n'aurait pas été renouvelé « du fait de l'absence d'adéquation de cette procédure avec les spécificités de la sphère sociale ». En outre, la possibilité, pour le cotisant, de saisir une commission de recours amiable composée à parité de représentants des salariés, d'une part, et des employeurs et des travailleurs indépendants, d'autre part, constituait une garantie, pour le cotisant, « de disposer d'un deuxième examen de son dossier par des acteurs n'appartenant pas à l'administration qui a prononcé la sanction initiale ».

² Cass. civ. 2, 16 février 2023, n° 21-11-600, n° 21-12.005, n° 21-17.207 et n° 21-18.322 ; Cass. civ. 2, 11 mai 2023, n° 21-17.226.

³ Fiches d'évaluation préalable du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 15.

(1) Les comptes bancaires sur lesquels sont prélevées et versées les sommes dues dans le cadre du dispositif d'avance du crédit d'impôt seraient soumis à des critères d'identification et de domiciliation

En premier lieu, les particuliers employeurs recourant au service *Cesu+* ne seraient plus prélevés de leur reste à charge par les Urssaf que **sur un compte bancaire domicilié en France ou dans l'espace unique de paiement en euros de l'Union européenne (zone SEPA) et dont ils seraient titulaires**¹, tandis que la rémunération du salarié lui serait versée uniquement sur un compte répondant aux mêmes exigences (**a du 2° du I**).

Cette obligation serait également applicable aux clients de prestataires de services (**a du 3° du I**), ainsi qu'aux prestataires eux-mêmes (**c du 3° du I**).

(2) Les sanctions infligées aux employeurs et à leurs salariés en cas de fraude seraient durcies et certaines garanties exigées

Le Gouvernement propose de compléter les dispositions établissant les motifs d'exclusion du service *Cesu+* dans le cadre du versement immédiat du crédit d'impôt (**c du 2° du I**).

En seraient ainsi exclus, comme c'est le cas aujourd'hui :

- l'employeur qui se trouverait en situation de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues, auquel cas la créance correspondant à la rémunération due au salarié serait toujours transférée à l'Urssaf - il serait procédé, dans le même temps, à une coordination incidente (**b du 2° du I**) ;

- l'employeur, le salarié et, désormais, le mandataire qui déclarerait des prestations fictives - il serait précisé que le caractère fictif de la prestation peut être apprécié en se fondant notamment sur l'absence de production de pièces établissant sa réalité et sur les justifications avancées d'une telle absence.

De nouveaux cas d'exclusion y seraient ajoutés. Seraient ainsi concernés :

- l'employeur, le salarié ou le mandataire qui ne serait **pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation** qu'il est tenu de conserver ;

- l'employeur qui se trouverait **en situation de surendettement**² ;

- l'employeur ou le mandataire qui ne respecterait pas les conditions générales d'utilisation du service.

¹ Il s'agit de permettre la vérification de l'existence des bénéficiaires du dispositif via le Fichier national des comptes bancaires et assimilés (Ficoba).

² Article L. 711-1 du code de la consommation.

Dans le cas où le nombre ou le montant des prestations déclarées serait **anormalement élevé** ou s'il existait **des indices du caractère fictif de la prestation** déclarée, l'Urssaf serait autorisée à **suspendre la possibilité d'utiliser le dispositif** pour le particulier employeur.

En outre, dans les cas d'exclusion susmentionnés autres que le surendettement et le non-respect des conditions d'utilisation du service, les Urssaf seraient habilitées à appliquer aux sommes dues **une majoration de 10 % en cas de défaut de paiement de ces sommes par l'employeur et de 50 % au plus en cas de déclaration de prestations fictives**.

La décision de l'Urssaf d'exclure un employeur, un salarié ou un mandataire du service ou de suspendre la possibilité d'utiliser ce dernier devrait, du reste, être notifiée à l'intéressé et serait **contestable devant des tribunaux judiciaires** spécialement désignés pour en connaître¹ – une base juridique serait par conséquent donnée à la désignation de tribunaux pour connaître de ces litiges, ainsi que de ceux qui concerneraient les prestataires² (III).

Les modalités d'application de ces dispositions, notamment le délai de production des justificatifs relatifs aux prestations réalisées, ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion et de la suspension, seraient déterminées par décret.

(3) Les prestataires se verraient imposer de nouvelles obligations, en particulier en matière de garanties financières

En parallèle, le Gouvernement souhaite renforcer les conditions au respect desquelles est assujettie la possibilité, pour les prestataires de services, d'utiliser le dispositif qui leur est dédié (**b du 4° du I**).

¹ *Le Gouvernement précise qu'il existe actuellement « une imprécision des textes applicables sur le fait que l'avance – qui est une aide financière imputable sur un crédit d'impôt – relève du champ du contentieux de la sécurité sociale » et indique choisir la juridiction judiciaire, « mieux connue des Urssaf », dans le but de « favoriser une logique de “bloc de compétences” Urssaf » (fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024, annexe 9, page 13).*

² *Article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.*

Ils seraient toujours tenus, à cet effet, de respecter les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation auxquels ils sont astreints et de ne pas avoir fait l'objet d'un constat de travail illégal au cours des cinq années précédentes, mais devraient également :

- non plus seulement être à jour de leurs obligations de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dues aux Urssaf et aux CGSS ainsi qu'en matière d'impôts sur les sociétés ou, le cas échéant, d'impôt sur le revenu et de TVA, mais aussi **produire, selon des modalités qui seraient définies par décret¹, les éléments attestant du respect effectif de ces obligations ;**

- non plus seulement approuver la charte d'utilisation du service, mais en respecter les conditions générales d'utilisation ;

- produire, dans des conditions et sous réserve d'exceptions qui seraient déterminées par décret², **des garanties financières suffisantes**, étant précisé qu'elles devraient résulter d'un engagement d'un organisme de garantie collective, d'un organisme de crédit ou d'une entreprise d'assurance établie sur le territoire d'un État membre de l'Union européenne ou d'un autre État de l'Espace économique européen (EEE) ou d'une société de financement.

Les membres ou adhérents d'un groupement d'employeurs, d'une coopérative ou d'une coopérative artisanale seraient astreints au respect de ces obligations, à l'exclusion de celles portant sur le respect des conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation et la production de garanties financières.

Dans le même temps, les dispositions établissant les motifs d'exclusion du dispositif seraient complétées (**b, c et d du 5° du I**).

Seraient ainsi visés, comme c'est le cas aujourd'hui :

- le particulier qui se trouverait en situation de défaut total ou partiel de paiement des sommes dues, auquel cas le prestataire devrait toujours recouvrer lui-même les sommes qui lui sont dues auprès de son client ;

¹ Il s'agit, d'après le Gouvernement, de conditionner le recours au dispositif à la réalisation d'une première déclaration sociale et fiscale, afin d'écartier les structures temporaires créées dans le seul but de déclarer des prestations fictives. Le décret annoncé devrait non seulement déterminer la nature des documents à produire, mais également écartier certains prestataires, par exemple ceux qui déclareraient une assiette nulle (fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024, annexe 9, page 12).

² Le Gouvernement précise que ces garanties de récupération d'une partie des sommes avancées en cas de fraude ou de défaut de paiement de la part du particulier « auront vocation à être ajustées à l'ampleur du risque financier et seront concertées avec les acteurs afin de conforter les plus responsables tout en rehaussant le niveau d'exigence lorsque des montants importants d'argent public sont en cause » (fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024, annexe 9, page 12).

- le particulier ou le prestataire qui accepterait ou déclarerait des prestations fictives – seraient apportées les mêmes précisions que pour les particuliers employeurs sur les éléments pouvant permettre d’apprécier le caractère fictif de la prestation.

De plus, **seraient désormais exclus** :

- **le particulier ou le prestataire qui ne serait pas en mesure de produire les justificatifs relatifs à la prestation** qu’il est tenu de conserver – en l’espèce, un arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale devrait désormais fixer la liste des informations et pièces justificatives obligatoirement transmises par les prestataires déclarant des prestations, ainsi que les pièces justificatives que le particulier et le prestataire seraient tenus de présenter à la demande de l’Urssaf, ces pièces devant être conservées dans la limite du délai de prescription de trois ans¹ (**b du 3° du I**) ;

- **la personne qui utiliserait le dispositif, en cas de méconnaissance des exigences des dispositions du code de la sécurité sociale** qui y sont relatives et des conditions générales d’utilisation du service ;

- **le prestataire soumis à la procédure de liquidation judiciaire**² ;

- **le prestataire admis à la procédure de redressement judiciaire**³, qui ne bénéficierait pas d’un plan de redressement ou qui ne justifierait pas avoir été habilité à poursuivre son activité ;

- **le prestataire dont le dirigeant aurait fait l’objet d’une mesure de faillite personnelle ou d’une interdiction de gérer**⁴ ;

- le groupement d’employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale, dans le cas où un de ses membres ou adhérents se trouverait dans l’une de ces situations ou ne respecterait pas les conditions au respect desquelles est assujettie l’utilisation par eux du dispositif.

Par ailleurs, l’Urssaf serait habilitée à **suspendre la possibilité d’utiliser le dispositif** pour le particulier, le prestataire, le groupement d’employeurs, la coopérative ou la coopérative artisanale dont le nombre ou le montant des prestations déclarées ou acceptées serait anormalement élevé ou s’il existait des indices du caractère fictif de la prestation déclarée ou acceptée.

Comme pour les particuliers employeurs, la décision de l’Urssaf d’exclure un particulier ou un prestataire ou de suspendre la possibilité d’utiliser ce dernier serait notifiée à la personne ou à l’organisme concerné.

¹ Article L. 244-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 640-1 du code de commerce.

³ Article L. 631-1 du code de commerce.

⁴ Articles L. 653-1 à L. 653-8 du code de commerce.

Les modalités d'application de ces dispositions, notamment le délai de production des justificatifs relatifs aux prestations réalisées, ainsi que les conditions et la durée de l'exclusion ou de la suspension, seraient déterminées par décret.

Les **tribunaux judiciaires spécialement désignés** mentionnés plus haut seraient compétents pour connaître non plus seulement des recours formés contre la décision de l'Urssaf de recouvrer auprès d'un prestataire des sommes litigieuses versées dans le cadre du dispositif, mais également de ceux qui visent une décision d'exclusion ou de suspension, **sans que ces recours doivent être précédés d'un recours préalable** auprès de la commission de recours amiable de l'Urssaf¹, comme c'est le cas en contentieux de la sécurité sociale (**7° et 8° du I**).

Du reste, en sus de la majoration de 10 % déjà applicable aux sommes versées à tort à un prestataire qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure adressée par l'Urssaf, qui peut faire l'objet d'une remise gracieuse totale ou partielle après règlement des sommes dues², **une majoration de 50 % au plus pourrait désormais être appliquée aux sommes litigieuses en cas de déclaration et d'acceptation de prestations fictives (b du 6° du I)**.

Les dispositions permettant aux structures d'intermédiation de recevoir mandat d'un prestataire pour enregistrer pour son compte auprès de l'Urssaf les particuliers avec lesquels elles le mettent en relation et pour déclarer les informations relatives aux sommes dues par eux au prestataire seraient supprimées, dans la mesure où elles sont devenues inopérantes, la LFSS pour 2023 ayant permis à des organismes n'ayant pas réalisé eux-mêmes les prestations de les déclarer (**d du 3° du I**).

Il serait enfin procédé :

- à la correction d'un oubli, de façon à permettre au ministre chargé de la sécurité sociale de charger par arrêté un ou plusieurs organismes de gérer le dispositif dédié aux prestataires – l'Urssaf Rhône-Alpes, déjà désignée par arrêté, mais sans base légale (**1° du I**) ;

- à certaines coordinations et rectifications rédactionnelles (**a du 5° du I et a du 6° du I**) ;

¹ Le Gouvernement estime en effet que « le recours formé à l'égard de ce dispositif d'intermédiation financière au sein d'une relation commerciale est très éloigné des compétences de cet organe (la commission de recours amiable) spécialisé sur la législation financière applicable au recouvrement des cotisations » (*fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024, annexe 9, page 13*). À l'inverse, dans le cas d'un litige impliquant un particulier employeur, le Gouvernement note que « le « cœur » du dispositif est bien une déclaration « employeur » visant notamment à s'acquitter de ses cotisations sociales » (*réponses au questionnaire de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat*).

² Article L. 133-8-7 du code de la sécurité sociale.

- ainsi qu'à quelques ajustements mineurs visant notamment à préciser que le champ des prestataires autorisés à adhérer au dispositif dédié est limité à ceux qui respectent les conditions d'agrément, de déclaration et d'autorisation auxquelles sont astreints les organismes de services à la personne, que ces organismes doivent expressément formuler une demande d'adhésion au dispositif et que l'autorisation d'adhésion est accordée non pas par l'Urssaf Caisse nationale, mais par l'Urssaf service *Cesu* (**a du 4° du I**).

(4) Le versement direct de sommes du particulier au prestataire ne serait plus possible

Enfin, les dispositions prévoyant la déclaration, par le prestataire, des sommes directement reçues, le cas échéant, d'un particulier et leur déduction du montant versé au prestataire par l'Urssaf **seraient supprimées** (**b et c du 3° du I**).

En effet, d'après le Gouvernement, celles-ci pourraient favoriser la fraude par déclaration de prestations fictives : des sommes prétendument versées directement par le particulier au prestataire seraient ainsi **déclarées de façon à permettre à ce dernier de bénéficier du versement par l'Urssaf de l'avance du crédit d'impôt de la part de l'Urssaf sans prélèvement sur le compte du particulier connivent**, réputé avoir déjà réglé le reste à charge.

Le versement direct resterait possible pour les particuliers employeurs, dans la limite de 50 % des sommes dues. En effet, celui-ci apparaît moins susceptible de donner lieu à des fraudes, le crédit d'impôt étant largement absorbé, dans ces conditions, par le paiement des cotisations dues au titre de l'emploi d'un salarié.

Au surplus, dans le but d'écartier les factures trop élevées, qui présentent un risque de fraude particulièrement important, le Gouvernement a annoncé qu'un décret abaissera le plafond annuel de l'avance du crédit d'impôt, actuellement fixé à 6 000 euros par ménage, pour **le rapprocher du montant moyen constaté (1 200 euros)**¹.

b) La mise en œuvre de l'avance des aides à la garde des jeunes enfants et aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH serait repoussée à 2026

La date limite de déploiement de l'avance des aides à la garde d'enfants de moins de six ans à domicile serait **reportée du 1^{er} janvier 2024 au 1^{er} juillet 2026**, tant pour les particuliers employeurs que pour les clients de prestataires (**1° du V**).

¹ *Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 13. Il est précisé, à titre d'exemple, que 90 % des ménages ne satureraient toujours pas le plafond si celui-ci était fixé à 3 000 euros. En tout état de cause, le Gouvernement indique que cette mesure « est en cours de discussion avec les acteurs du secteur ».*

En parallèle, la mise en œuvre du versement immédiat des aides aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH interviendrait désormais **au plus tard le 1^{er} juillet 2027 au lieu du 1^{er} janvier 2024 (2° du V)**.

Par conséquent, **la clôture du cadre expérimental serait repoussée du 31 décembre 2023 au 1^{er} juillet 2027 (1° du IV)** et son champ limité aux particuliers acceptés avant le 31 décembre 2023 par l'Urssaf Caisse nationale (2° du IV).

2. La procédure d'abus de droit serait explicitement bornée et considérablement simplifiée

a) Le droit des agents de contrôle des organismes de recouvrement de requalifier des faits en cas de divergence d'interprétation serait consacré

Il serait expressément inscrit dans la loi que les agents de contrôle des Urssaf et des CGSS (10° du I) ainsi que des caisses de MSA (*a* du 1° du II) ne sont **pas tenus, dans le cadre de leurs missions, par la qualification donnée par la personne contrôlée aux faits** qui leur sont soumis.

Il s'agit, compte tenu de la jurisprudence récente de la Cour de cassation mentionnée plus haut, de **sécuriser juridiquement une prérogative** dont disposent déjà ces agents¹, en distinguant la requalification fondée sur une divergence d'interprétation de celle qui découle d'un abus de droit.

Du reste, la Cour a déjà admis, en 2017, que la divergence d'interprétation sur les règles d'assiette des cotisations n'était **pas au nombre des contestations susceptibles de donner lieu à la procédure d'abus de droit**².

b) La suppression du comité des abus de droit assouplirait la procédure d'abus de droit

Dans une logique d'allègement de la procédure d'abus de droit, **le comité des abus de droit serait supprimé**, tant pour le régime général (9° et 12° du I) que pour les régimes agricoles (3° du II).

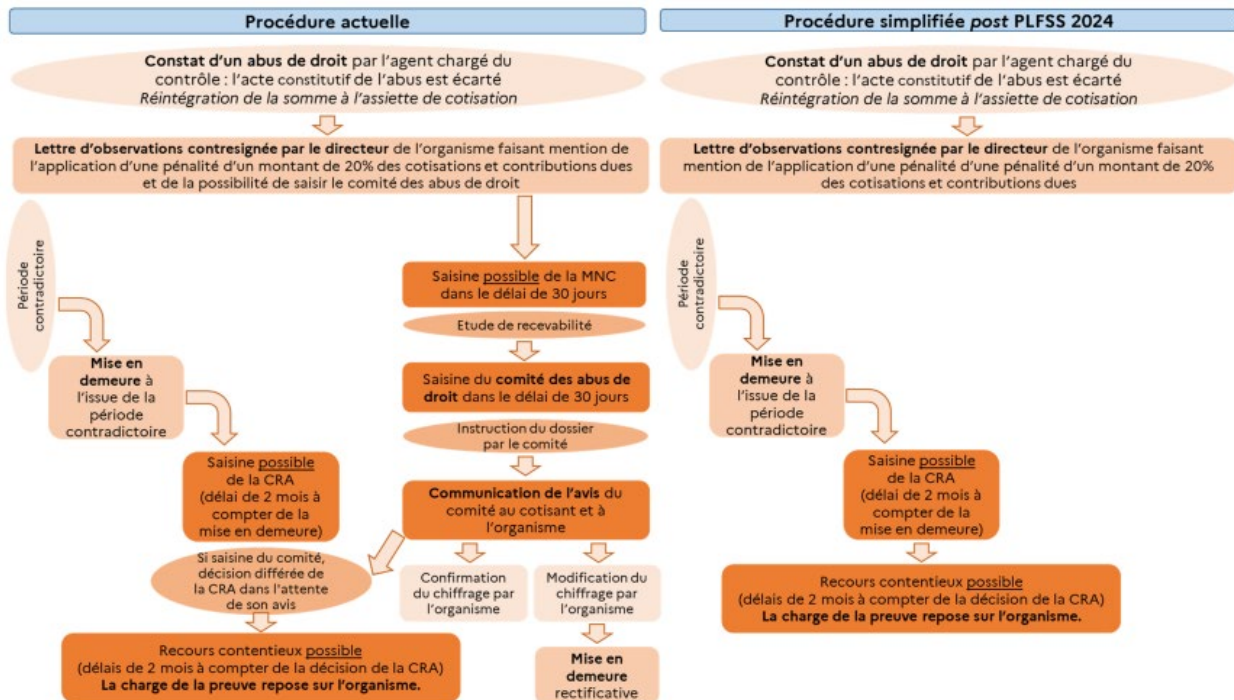
La pénalité de 20 % du montant des cotisations dues demeurerait applicable et la charge de la preuve incomberait toujours à l'organisme de recouvrement en cas de recours précontentieux (devant la commission de recours amiable) et contentieux.

¹ Par définition, il est procédé à un redressement en cas de non-respect de la législation en vigueur constaté par l'agent de contrôle, quelle que soit la qualification donnée aux faits par la personne contrôlée.

² Cass. civ. 2, 12 octobre 2017, n° 16-21.469.

Le Gouvernement estime que cette réforme permettrait de générer un gain de près de 10 millions d'euros par an¹.

Comparaison entre l'actuelle procédure d'abus de droit et la proposition du Gouvernement



Source : Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 16

De plus, la durée de la période contradictoire qui s'ouvre à compter de la réception de la lettre d'observations par la personne contrôlée, fixée normalement à 30 jours², pourra désormais être portée à 60 jours sur demande du cotisant reçue avant l'expiration du délai initial par l'Urssaf ou la CGSS (11° du I) ou la caisse de MSA (b du 1° du II), comme c'est le cas dans tout contrôle³.

Ces dispositions s'appliqueraient aux observations notifiées à compter du 1^{er} janvier 2024 (VI).

Il serait enfin procédé à une coordination légistique (2° du II).

¹ 4,22 millions d'euros pour la branche vieillesse, 4,13 millions d'euros pour la branche maladie, 1,12 million d'euros pour la branche famille, 460 000 euros pour la branche AT-MP et 70 000 euros pour la branche autonomie.

² Articles L. 243-7-1 A et R. 243-59 du code de la sécurité sociale.

³ Sauf en cas de travail dissimulé, de marchandage, de prêt illicite de main-d'œuvre ou d'emploi d'étranger non autorisé à travailler.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : des modifications rédactionnelles

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale est réputée avoir adopté cet article assorti de 22 amendements rédactionnels de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

Cet article est considéré **comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale ainsi modifié.**

III - La position de la commission : un retard regrettable dont pâtissent les parents de jeunes enfants et les bénéficiaires de l'APA et de la PCH

Dans le souci de soutenir un secteur particulièrement dynamique dont l'activité est indispensable aux familles et aux publics les plus fragiles, la commission a **approuvé la généralisation de l'avance du crédit d'impôt** pour l'emploi d'un salarié à domicile en 2021 et les modifications apportées au dispositif en 2022.

Elle regrette aujourd'hui que le crédit d'impôt ne puisse toujours pas être versé de façon contemporaine aux particuliers recourant à des prestations de garde des jeunes enfants, ainsi qu'aux bénéficiaires de l'APA et de la PCH, et **déplore la méthode** consistant à repousser chaque année, en LFSS, la date d'ouverture du dispositif à ces publics, ce qui **déçoit les attentes légitimes des intéressés.**

Il est nécessaire que **le nouveau délai ainsi accordé, qui doit être le dernier**, permette au Gouvernement d'élaborer des solutions techniques à même d'assurer la mise en œuvre opérationnelle du versement immédiat des aides sociales et fiscales à l'ensemble des bénéficiaires de services à la personne.

Sur la proposition de la rapporteure générale et dans le dessein de **renforcer la lutte contre la fraude** au dispositif, la commission a adopté :

- un **amendement n° 189 rect.** permettant aux Urssaf de **déroger à leur obligation de paiement** des prestations déclarées par un particulier employeur **en cas d'exclusion du dispositif ou de suspension de la possibilité de l'utiliser**, comme le texte le prévoit déjà pour les prestations déclarées par un prestataire, sauf en cas de défaut de paiement des sommes dues par l'employeur¹ ;

¹ Dans une telle situation et dans le cadre du dispositif Pajemploi+, les assistantes maternelles perçoivent leur salaire du premier mois concerné par le défaut de paiement et l'Urssaf procède ensuite au recouvrement de cette somme auprès de l'employeur.

- un **amendement n° 190** rendant applicable l'obligation de conservation des pièces justificatives des versements directs réalisés par un particulier employeur au profit de son salarié :

- **non plus seulement au particulier employeur, mais également au salarié et, le cas échéant, au mandataire ;**

- **et non plus seulement dans les cas où le versement est réalisé par le biais de titres spéciaux de paiement, mais dans tous les cas de versement direct ;**

- et seize **amendements rédactionnels n°s 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197 rect., 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205 et 206.**

La suppression du comité des abus de droit paraît, quant à elle, justifiée par la lourdeur de la procédure applicable et des risques juridiques induits pour les Urssaf. Du reste, la possibilité de saisir la commission de recours amiable et, éventuellement, la juridiction judiciaire, qui resterait ouverte aux cotisants, assurerait l'effectivité du droit au recours.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 6

Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par leurs utilisateurs

Cet article vise à rendre obligatoire la déclaration et le précompte par les plateformes de mise en relation des cotisations dues par les microentrepreneurs qui les utilisent.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé : le précompte des cotisations des microentrepreneurs par les plateformes et l'enrichissement des informations communiquées à celles-ci par l'administration fiscale

A. La fraude sociale et fiscale est un phénomène particulièrement répandu chez les travailleurs de plateformes

1. Un public de plus en plus large a recours au régime de la microentreprise

Depuis sa création en 2008¹, le régime de l'autoentrepreneur, devenu régime de la microentreprise en 2016², a rencontré un franc succès.

¹ Loi n° 2009-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie, articles 1 à 20.

² Loi n° 2014-626 du 18 juin 2014 relative à l'artisanat, au commerce et aux très petites entreprises, article 24.

Les quelque 2,44 millions de microentrepreneurs représentent aujourd'hui **plus de la moitié des travailleurs indépendants** et **plus de 60 % des créations d'entreprises** en France¹.

Le régime de la microentreprise

Accessible, en 2023, aux travailleurs indépendants dont le chiffre d'affaires n'excède pas, l'année civile précédente ou la pénultième année, 188 700 euros s'ils exercent une activité de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement et 77 700 euros dans les autres cas, le régime de la microentreprise leur permet de bénéficier de **modalités simplifiées de déclaration et de paiement des impôts et cotisations sociales** dus.

En pratique, plutôt que de devoir attendre la clôture de l'exercice comptable pour calculer leurs frais et charges réels et donc leur revenu imposable, ce qui implique le versement de cotisations provisionnelles et une régularisation *a posteriori*, les microentrepreneurs appliquent à leur chiffre d'affaires un **abattement forfaitaire** variant en fonction de la nature de leur activité (71 % pour les activités de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement, 50 % pour les autres prestations de services artisanales et commerciales et 34 % pour les activités libérales)².

Ils bénéficient également, sous condition de chiffre d'affaires, d'une **exonération de la TVA**³.

D'autre part, dans le cadre du régime microsocial simplifié, les microentrepreneurs payent mensuellement ou trimestriellement leurs cotisations sociales, calculées par **l'application d'un taux forfaitaire** - qui intègre un abattement permettant de forfaitiser les charges professionnelles - à leur chiffre d'affaires du mois ou du trimestre précédent⁴ (en 2023, 12,30 % pour les activités de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement, à 21,20 % pour les autres prestations de services artisanales et commerciales et pour les professions libérales réglementées et à 22,10 % pour les professions libérales non réglementées⁵). Jusqu'en 2016, le régime microsocial n'était qu'une option ouverte aux autoentrepreneurs⁶.

Enfin, ces derniers peuvent opter pour le régime microfiscal simplifié, qui leur permet d'effectuer un **versement libératoire de l'impôt sur le revenu** par application à leur chiffre d'affaires d'un taux intégrant un abattement forfaitaire, de la même manière que pour le paiement des cotisations sociales⁷.

¹ Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 38.

² Articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts.

³ Article 293 B du code général des impôts.

⁴ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article D. 613-4 du code de la sécurité sociale.

⁶ Ancien article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article 151-0 du code général des impôts.

Aucune cotisation minimale n'est due par les microentrepreneurs, mais ceux-ci peuvent opter pour le paiement des cotisations minimales dues par les autres travailleurs indépendants. Cependant, leurs cotisations et contributions sont dès lors calculées et recouvrées dans les mêmes conditions que celles d'un travailleur indépendant ne relevant pas du régime micro-social¹, ce qui ne les empêche pas, sur le plan fiscal, d'être imposés en tant que microentrepreneurs.

Parmi eux, **206 000 microentrepreneurs exerceraient leur activité par l'intermédiaire d'une plateforme** de mise en relation d'après l'Urssaf Caisse nationale.

2. Malgré le renforcement des obligations déclaratives des plateformes et la mise en œuvre de mesures de simplification, l'ampleur du travail dissimulé dans le secteur demeure préoccupante

a) Les obligations déclaratives des plateformes ont été renforcées

Les plateformes de mise en relation sont astreintes au respect de certaines obligations d'information de leurs utilisateurs, mais aussi de déclaration auprès de l'administration fiscale.

Instaurées par le législateur en 2016² puis clarifiées en 2018³ pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2019, ces obligations déclaratives ont récemment été précisées, conformément aux dispositions de la directive dite « DAC 7 »⁴, pour les opérations réalisées **à compter du 1^{er} janvier 2023**⁵.

Les obligations déclaratives des plateformes depuis la transposition de la directive « DAC 7 »

La loi définit l'opérateur de plateforme comme une entreprise ou un organisme qui « met à la disposition d'utilisateurs un dispositif permettant une mise en relation par voie électronique afin d'effectuer, directement ou indirectement, des opérations de vente d'un bien, de fourniture d'un service par des personnes physiques, de location d'un mode de transport ou de location d'un bien immobilier de toute nature »⁶.

¹ Les différences portent sur le niveau des assiettes sociales (chiffre d'affaires du mois précédent pour les microentrepreneurs contre revenu net de l'année précédente pour les autres travailleurs indépendants), les taux de cotisations et de contributions sociales, les modalités de calcul (règles différentes en matière d'abattement), les dates d'exigibilité des prélèvements sociaux (échéance mensuelle ou trimestrielle contre échéance annuelle) et les modalités de régularisation (calcul définitif contre calcul provisionnel).

² Loi n° 2016-1918 du 29 décembre 2016 de finances rectificatives pour 2016, article 24.

³ Loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude, article 10.

⁴ Directive (UE) 2021/514 du Conseil du 22 mars 2021 modifiant la directive 2011/16/UE relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal.

⁵ Loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022, article 134.

⁶ Article 1649 ter A du code général des impôts.

En sus de l'obligation de fournir, à l'occasion de chaque transaction, **une information sur les obligations fiscales et sociales** qui incombent aux personnes qui réalisent des transactions par leur intermédiaire¹, instaurée en 2016², les opérateurs de plateforme sont tenus de **souscrire auprès de l'administration fiscale une déclaration relative aux opérations réalisées par des vendeurs et prestataires par leur intermédiaire** et comportant notamment :

- les **éléments d'identification de chacun d'entre eux** ;
- chaque État ou territoire dont le vendeur ou le prestataire à déclarer est résident ;

- le **montant total de la contrepartie perçue par chaque vendeur ou prestataire au cours de chaque trimestre** et le nombre d'opérations pour laquelle elle a été perçue ;

- l'identifiant du compte bancaire sur lequel cette contrepartie a été versée et les éléments d'identification du titulaire de ce compte, s'il diffère du vendeur ou du prestataire à déclarer.

Sauf dérogation prévue par la loi, cette déclaration doit être souscrite **au plus tard le 31 janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle les opérations ont été réalisées** (le 31 janvier 2024 pour les opérations réalisées au cours de l'année 2023) par :

- les opérateurs de plateforme résidents de France ;
- les opérateurs non-résidents mais constitués conformément à la législation française, ayant leur siège de direction en France ou possédant un établissement stable en France ;

- les opérateurs qui ne sont ni résidents d'un État membre de l'Union européenne, ni constitués ou gérés dans un État membre et qui ne possèdent pas d'établissement stable dans un État membre mais qui, d'une part, facilitent des opérations réalisées par des personnes fiscalement domiciliées dans un État membre ou, s'agissant de la location de biens immobiliers, afférentes à des biens situés dans un État membre et, d'autre part, choisissent de remplir leurs obligations déclaratives au titre de ces opérations auprès de l'administration française³.

Doivent ainsi être déclarées les informations concernant les vendeurs ou prestataires ayant réalisé des opérations par l'intermédiaire de plateformes ou ayant perçu une contrepartie à raison de ces opérations et qui sont résidents de France, d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant un échange automatique d'informations concernant les opérations réalisées par l'intermédiaire de plateformes ou ont réalisé des opérations de location de biens immobiliers situés dans un ou plusieurs de ces États ou territoires⁴.

¹ Article 242 bis du code général des impôts ; article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016, article 87.

³ Article 1649 ter B du code général des impôts.

⁴ Article 1649 ter C du code général des impôts.

Les informations communiquées dans ce cadre à l'administration fiscale peuvent en outre être **communiquées à l'administration fiscale d'un autre État** membre de l'Union européenne ou d'un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant un échange automatique de ce type d'informations¹.

Par ailleurs, lorsque, après deux rappels de l'opérateur, un vendeur ou un prestataire ne fournit pas les informations nécessaires, l'opérateur doit fermer son compte dans un délai ne pouvant être inférieur à 60 jours et l'empêcher de s'enregistrer de nouveau sur la plateforme jusqu'à ce qu'il ait présenté des garanties suffisantes de son engagement à fournir ces informations.

Les opérateurs ne satisfaisant pas à leurs obligations déclaratives s'exposent à **une amende forfaitaire plafonnée à 50 000 euros**², de même que ceux qui manqueraient à leur obligation d'information de leurs utilisateurs au sujet de leurs obligations fiscales et sociales³.

Du reste, si un opérateur manque au moins deux fois, en moins d'un an, aux obligations qui s'imposent à lui, sa dénomination commerciale et, le cas échéant, son activité professionnelle et son État ou territoire de résidence peuvent être **publiés sur une « liste noire »** des opérateurs non coopératifs sur le site internet de l'administration fiscale⁴.

La loi prévoit notamment que les déclarations souscrites par les plateformes et relatives aux opérations réalisées par des vendeurs et prestataires par leur intermédiaire et les informations similaires reçues d'autres États soient **adressées par l'administration fiscale à l'Urssaf Caisse nationale** et à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) au plus tard le 31 décembre de l'année de leur réception⁵.

Ces données peuvent alors faire l'objet d'une interconnexion avec celles des caisses d'allocations familiales (CAF) et des Urssaf au titre de l'accomplissement de leurs missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé.

¹ Article 1649 ter D du code général des impôts.

² Article 1736 du code général des impôts.

³ Article 1731 ter du code général des impôts.

⁴ Article 1740 D du code général des impôts.

⁵ Article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale.

b) Les microentrepreneurs utilisant une plateforme peuvent déléguer à celle-ci la déclaration de leur chiffre d'affaires et le paiement de leurs cotisations sociales

Par ailleurs, depuis septembre 2020¹, les travailleurs indépendants exerçant leur activité par l'intermédiaire d'une plateforme disposent de la faculté de **mandater cette dernière** :

- pour qu'elle réalise pour leur compte les démarches déclaratives de début d'activité auprès du centre de formalité des entreprises (CFE) et, depuis le 1^{er} janvier 2023, du Guichet unique des formalités d'entreprise de l'Institut national de la propriété industrielle (Inpi)² ;

- et, s'ils sont microentrepreneurs ou assimilés salariés relevant du régime « micro-RG », **pour qu'elle procède à la déclaration de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes** réalisés par son intermédiaire, **ainsi qu'au paiement des cotisations et contributions sociales** dues à compter de leur affiliation auprès des organismes de recouvrement, auquel cas ces cotisations et contributions sont précomptées par la plateforme sur le montant des transactions effectuées par son intermédiaire³.

Le régime « micro-RG »

Peuvent opter pour une affiliation au régime général, dans le cadre du régime « micro-RG », dès lors que leurs recettes ne dépassent pas 77 700 euros :

- les personnes exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés dont les recettes sont supérieures à 23 000 euros ;

- et les personnes exerçant une activité de location de biens meubles dont les recettes sont supérieures à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass), soit 8 798 euros en 2023⁴.

Leurs cotisations et contributions sociales sont alors calculées sur une assiette correspondant à leurs recettes diminuées d'un abattement de 60 % ou, pour les loueurs de locaux d'habitation meublés de tourisme classés, de 87 %.

Toutefois, comme le relève le Gouvernement, **seules dix plateformes ont adhéré à ce jour à ce dispositif de tierce déclaration.**

¹ L'article 18 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoyait une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2018, mais divers autres projets (suppression du régime social des indépendants (RSI), fusion des déclarations sociale et fiscale des travailleurs indépendants, modernisation du portail internet autoentrepreneur) ont conduit à son décalage.

² Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, article 1^{er}.

³ Article L. 613-6 du code de la sécurité sociale (ancien article L. 133-6-7-3).

⁴ Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

c) Une majorité des travailleurs de plateformes pratiquent la sous-déclaration

En dépit de ces contraintes et facilités, l'Urssaf Caisse nationale indique que **69 % des microentrepreneurs utilisant une plateforme déclarent des chiffres d'affaires inférieurs aux montants des transactions enregistrées par les plateformes** et que 55 % d'entre eux ne déclarent rien.

Ainsi, 814 millions d'euros de chiffre d'affaires n'auraient pas été déclarés par ces travailleurs en 2021 et 927 millions en 2022. Les cotisations et contributions éludées se seraient dès lors élevées à 144 millions d'euros en 2021 et à **175 millions d'euros en 2022**¹.

B. Le PLFSS pour 2024 tend donc à confier aux plateformes la charge de déclarer et de précompter les cotisations dues par les microentrepreneurs

1. La déclaration et le précompte par les plateformes des cotisations sociales des microentrepreneurs seraient rendus obligatoires

Le Gouvernement propose de déléguer aux plateformes de mise en relation la déclaration et le précompte des cotisations dus par les microentrepreneurs qui les utilisent (**2° du I**).

Seraient ainsi distingués :

- d'une part, les travailleurs indépendants « classiques » recourant à ces plateformes, qui pourraient toujours choisir de mandater ces dernières pour réaliser pour leur compte les démarches déclaratives de début d'activité auprès du Guichet unique de l'Inpi, le présent article se bornant à apporter des modifications d'ordre rédactionnel aux dispositions en vigueur les concernant² ;

- d'autre part, les microentrepreneurs et les assimilés salariés relevant du régime « micro-RG ». Les cotisations et contributions sociales ainsi que les taxes³ et, en cas de recours à cette option, le versement libératoire de l'impôt sur le revenu dus par ces derniers au titre de la part de leur chiffre d'affaires ou des recettes versées par la plateforme seraient désormais **obligatoirement prélevés par celle-ci sur ces versements**⁴. Ne seraient pas concernées par ce précompte la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et la cotisation foncière des entreprises (CFE).

Dans ce dernier cas, les vendeurs et prestataires devraient communiquer à l'opérateur de plateforme qu'ils utilisent les données permettant leur identification, lesquelles seraient ensuite **transmises par l'opérateur à l'Urssaf Caisse nationale** via une interface de programmation d'application (API).

¹ Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), pages 38 et 42.

² Article L. 613-6 du code de la sécurité sociale.

³ Il s'agit de la taxe pour frais de chambre consulaire due par les artisans et commerçants dont le chiffre d'affaires est supérieur à 5 000 euros.

⁴ Nouvel article L. 613-6-1 du code de la sécurité sociale.

La méconnaissance de ces obligations entraînerait l'application d'une pénalité d'un montant maximal de 7 500 euros pour les vendeurs et prestataires et de 7 500 euros par vendeur ou prestataire concerné pour les opérateurs, qui pourrait être à nouveau prononcée en cas de manquement réitéré au moins 6 mois après un précédent constat de manquement. Un décret en Conseil d'État déterminerait la nature des données d'identification requises¹, leurs modalités de transmission et d'utilisation et la procédure applicable au prononcé des pénalités.

Une fois les informations requises renseignées, l'API indiquerait à l'opérateur de plateforme si le vendeur ou prestataire doit être précompté et **le taux de prélèvement applicable à ses recettes**, déterminé par l'Urssaf Caisse nationale.

Dès lors, chaque mois, selon des modalités déterminées par décret en Conseil d'État, **l'opérateur déclarerait aux Urssaf le montant du chiffre d'affaires ou des recettes réalisés** par l'intermédiaire de la plateforme par chaque vendeur ou prestataire **ainsi que les sommes précomptées**, et leur verserait ces dernières.

Du reste, il serait précisé que :

- les coûts induits par ces obligations seraient à la charge des opérateurs de plateformes ;

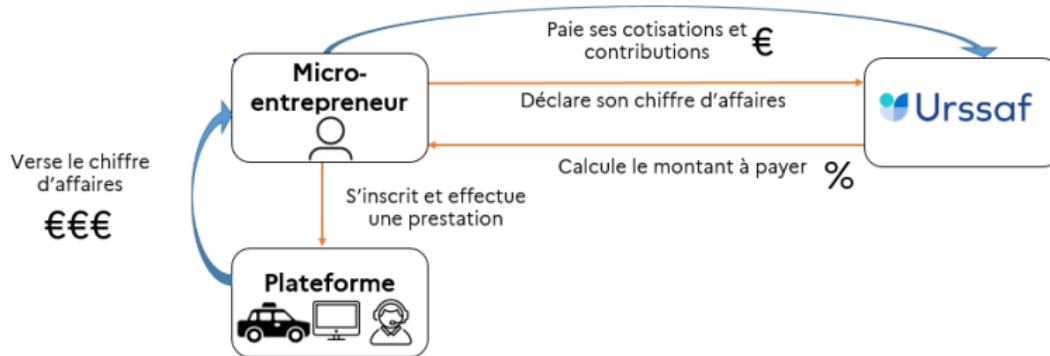
- les sommes précomptées seraient recouvrées dans les conditions et sous les garanties, sûretés et sanctions applicables aux cotisations et contributions précomptées sur les salaires ;

- un opérateur de plateforme méconnaissant son obligation de précompte s'exposerait à **une pénalité d'un montant maximal égal à 5 % du chiffre d'affaires ou des recettes** sur lesquels cette obligation a été méconnue, qui pourrait être prononcée au terme d'une procédure déterminée par décret.

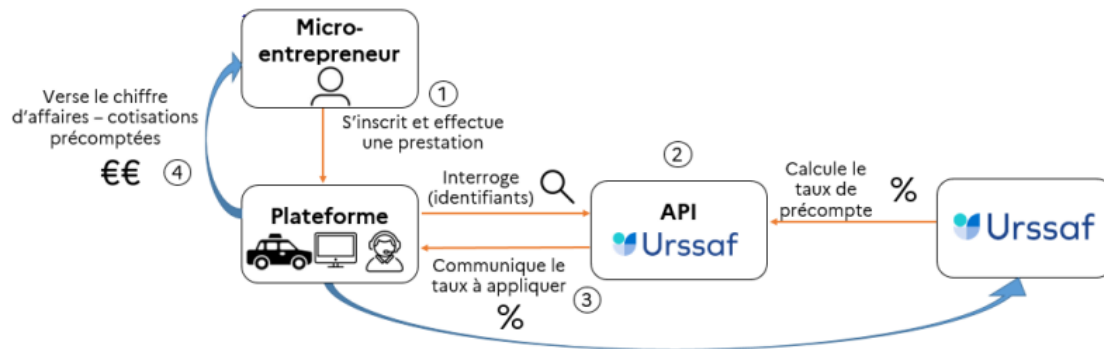
¹ Il s'agirait notamment, d'après le Gouvernement, des noms, prénoms, dates de naissance et Siret.

Proposition de réforme du circuit de déclaration et de paiement des cotisations dues par les microentrepreneurs utilisant des plateformes

Situation actuelle :



Mesure proposée :



Source : Fiches d'évaluation préalable du PLFSS pour 2024 (annexe 9)

En conséquence, une dérogation à l'obligation faite aux microentrepreneurs de déclarer mensuellement ou trimestriellement leur chiffre d'affaires ou leurs recettes serait instituée pour ce qui concerne les revenus déclarés par les plateformes (3° du I).

Ces dispositions s'appliqueraient aux chiffres d'affaires et aux recettes réalisés à compter du 1^{er} janvier 2027, mais seraient rendues applicables de façon progressive, à partir du 1^{er} janvier 2026, aux opérateurs remplissant des critères et selon des modalités déterminés par décret, lesdits critères pouvant porter sur le secteur d'activité concerné, le chiffre d'affaires réalisé par l'opérateur en France et le nombre de vendeurs et prestataires d'une plateforme exerçant leur activité en France (B du II).

Le Gouvernement estime que la réforme permettrait de générer 200 millions d'euros de recettes supplémentaires à l'horizon de 2027 (dont 145 millions pour les régimes de base et 55 millions pour l'État au titre de la taxe pour frais de chambre consulaire et de la contribution à la formation professionnelle).

2. Les informations communiquées par l'administration fiscale aux Urssaf seraient enrichies

D'autre part, les documents et informations relatifs aux opérations réalisées par des vendeurs et prestataires par l'intermédiaire des plateformes transmis chaque année par l'administration fiscale à l'Urssaf Caisse nationale et à la Cnaf seraient désormais accompagnés, selon des modalités définies par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), des **informations permettant de faciliter l'identification de chaque vendeur ou prestataires et les échanges avec eux (a du 1° du I)**.

D'après l'Urssaf Caisse nationale, il s'agirait notamment des données d'état-civil, des coordonnées bancaires et des données de contact dont l'administration fiscale pourrait avoir connaissance. Le Gouvernement envisage également de permettre à l'administration fiscale de communiquer aux Urssaf « *non seulement les données brutes collectées mais également des données redressées quand des corrections ou compléments ont été apportés* », cette transmission visant à « *s'assurer de la complétude de leurs fichiers de cotisants à prélever* »¹.

Au surplus, les données collectées pourraient désormais faire l'objet d'une interconnexion non seulement avec les données des CAF et des Urssaf, mais également avec celle des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des CAF en outre-mer (**b du 1° du I**).

Il serait enfin procédé à une modification d'ordre rédactionnel (**c du 1° du I**).

Ces dispositions entreraient en vigueur le **1^{er} janvier 2024 (A du II)**.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : des modifications rédactionnelles

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale est réputée avoir adopté cet article assorti de deux amendements rédactionnels de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale ainsi modifié.

¹ *Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 41.*

III - La position de la commission : mettre un terme à la fraude aux cotisations en garantissant un minimum de droits aux microentrepreneurs

La commission fait de la lutte contre la fraude une priorité absolue. De fait, la fraude aux cotisations sociales ne porte pas seulement atteinte au pacte social, mais mine les ressources de la sécurité sociale et **limite les droits contributifs acquis par les intéressés**, ce dont ils subiront tout particulièrement les conséquences au moment de la retraite.

Le dispositif proposé lui semble permettre à la fois d'annihiler la fraude aux cotisations des microentrepreneurs recourant aux plateformes et de **garantir à ces travailleurs, en contrepartie, un socle de droits sociaux**, tout en **simplifiant considérablement leurs démarches déclaratives**.

Cette avancée majeure serait permise **sans faire peser sur les plateformes une charge administrative excessive**, dans la mesure où le taux de précompte à appliquer leur sera directement communiqué par les Urssaf, limitant ainsi leur rôle à celui de déclarant et de collecteur.

La commission a adopté quatre **amendements rédactionnels et de précision n^{os} 203, 204, 205 et 206**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 7

Annuler la participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude

Cet article vise à permettre l'annulation de la prise en charge par les caisses d'assurance maladie des cotisations des professionnels de santé auteurs d'actes frauduleux sur la part des revenus obtenue frauduleusement.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : l'annulation de la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations dues par les professionnels de santé sanctionnés pour fraude au titre des revenus obtenus par ce biais

A. La prise en charge des cotisations des professionnels de santé responsables de fraudes peut uniquement être suspendue pour l'avenir

En cas de constat de travail dissimulé, de marchandage, de prêt illicite de main-d'œuvre ou d'emploi d'étranger non autorisé à travailler¹, la loi prévoit la suppression du bénéfice de toute mesure de réduction ou d'exonération, totale ou partielle, de cotisations ou de contributions sociales².

¹ Article L. 8211-1 du code du travail.

² Article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale.

Les professionnels de santé libéraux conventionnés bénéficient, quant à eux, de **la prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales relativement longs** et ne peuvent aboutir qu'à **une suspension pour l'avenir**.

Par ailleurs, en sus du recouvrement des sommes indûment versées¹, les directeurs des caisses d'assurance maladie peuvent **prononcer des pénalités** à l'encontre des auteurs d'actes frauduleux.

Les modalités de recouvrement des sommes indûment versées aux professionnels de santé

En cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation de certains actes, prestations et produits et de frais de transport, ainsi qu'en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés ou lorsque ces actes sont effectués ou ces prestations et produits délivrés alors que le professionnel fait l'objet d'une interdiction d'exercer son activité libérale, l'organisme ayant assuré la prise en charge des frais afférents **recouvre auprès du professionnel de santé l'indu correspondant, majoré de 10 %** au titre des frais de gestion engagés.

L'action en recouvrement se prescrit, de façon générale, par trois ans et, en cas de fraude, par cinq ans à compter de la date de paiement de la somme indue. **Elle s'ouvre par l'envoi au professionnel d'une notification de payer** le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, ses observations.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, **une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois**. La mise en demeure ne peut alors concerner que des sommes portées sur la notification.

Enfin, lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur peut **délivrer une contrainte** qui, à défaut d'opposition du débiteur dans la juridiction judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure, mais peut faire l'objet d'une remise.

¹ Article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Cependant, les directeurs d'organismes d'assurance maladie ne peuvent concurremment recourir à la faculté de prononcer une pénalité financière et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits¹.

Les pénalités applicables aux professionnels de santé en cas de fraude

Le montant de la pénalité prononcée en cas de manquement ou de fraude est fixé **en fonction de la gravité des faits reprochés** :

- soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70 % de celles-ci ;

- soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, forfaitairement dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), soit 14 664 euros en 2023.

Dans certains cas de fraude établie définis par voie réglementaire², ces plafonds sont portés à **300 % des sommes concernées et 8 fois le PMSS**, soit 29 328 euros en 2023, voire à 400 % des sommes concernées et 16 fois le PMSS, soit 58 656 euros en 2023, en cas de fraude commise en bande organisée. En outre, pour les professionnels de santé, la pénalité prononcée ne peut être inférieure à la moitié du PMSS, soit 1 833 euros en 2023.

Dans un souci d'amélioration de l'efficacité de la lutte contre la fraude, le Gouvernement, qui rappelle qu' « en 2022, 300 professionnels de santé ont fait l'objet de pénalités financières pour fraude ou de plaintes pénales, pour un préjudice financier de 25 millions d'euros pour l'assurance maladie et un montant de prise en charge des cotisations sociales de 2 millions d'euros », souhaite aujourd'hui **renforcer les sanctions applicables** aux professionnels de santé responsables de ce type de pratiques.

¹ Articles L. 114-17-1 et R. 147-8-1 du code de la sécurité sociale.

² Il s'agit de la facturation répétée d'actes ou de prestations non réalisés ou de produits ou matériels non délivrés, ainsi que des faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie, d'une caisse chargée de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ou, s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide médicale de l'État, d'un organisme d'assurance maladie complémentaire ou de l'État, lorsque sont constatées certaines circonstances telles que l'établissement ou l'usage de faux ou l'exercice, sans autorisation médicale, d'une activité rémunérée pendant une période d'arrêt de travail indemnisée (article R. 147-11 du code de la sécurité sociale).

B. Le PLFSS pour 2024 vise à permettre l'annulation de la prise en charge des cotisations dues sur les revenus obtenus par fraude en cas de pénalité financière, de sanction ordinale ou de condamnation pénale

Le présent article prévoit la possibilité, pour les organismes d'assurance maladie, de procéder, en sus du recouvrement des sommes indûment versées à un professionnel de santé, à **l'annulation de tout ou partie de leur participation au financement des cotisations dues par celui-ci sur la part des revenus obtenue frauduleusement** lorsque celui-ci fait l'objet, pour des faits à caractère frauduleux :

- d'**une pénalité financière** sanctionnant une fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire (voir *supra*) et prononcée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie¹ ;

- d'**une sanction ordinale** prononcée par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes² ;

- ou d'**une condamnation pénale** pour escroquerie, faux et usage de faux, fraude aux prestations ou fausse attestation lorsque ces fraudes portent un préjudice aux organismes de protection sociale³ (**1° du I**).

Les sommes correspondant seraient recouvrées selon les mêmes modalités que les prestations indûment versées à un professionnel de santé (voir *supra*). Concrètement, une fois que la caisse d'assurance maladie aura notifié la pénalité ou aura été informée d'une condamnation pénale, elle ouvrira l'action en recouvrement en notifiant au professionnel le montant des cotisations annulées.

En conséquence, il serait précisé que l'Assurance maladie ne peut participer au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires ou de leurs revenus que **sous réserve que ceux-ci n'aient pas été frauduleusement perçus** (**2° du I**).

Ces dispositions, qui, d'après le Gouvernement, permettraient d'engendrer 2 millions d'euros de recettes supplémentaires chaque année, seraient applicables aux revenus perçus à compter du **1^{er} janvier 2024** (**II**).

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : une adoption sans modification

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, **cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.**

¹ Article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 145-2 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 114-16-2 du code de la sécurité sociale.

III - La position de la commission : le renforcement de la lutte contre la fraude à l'Assurance maladie doit être une priorité

La commission approuve la mesure proposée, qui doit permettre de **lutter plus efficacement contre la fraude sociale**. Sa mise en œuvre effective lui paraît d'autant plus nécessaire que les professionnels de santé qui acquièrent frauduleusement des revenus supplémentaires bénéficient, par la même occasion, d'un **surcroît de prise en charge de leurs cotisations** par l'Assurance maladie.

Ont été adoptés **deux amendements rédactionnels n^{os} 207 et 208** de la rapporteure générale.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 7 bis (nouveau)

Extension du bénéfice de l'exonération de taxe sur les salaires aux établissements publics de coopération environnementale (EPCE)

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à étendre le bénéfice de l'exonération de taxe sur les salaires aux établissements publics de coopération environnementale (EPCE).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit actuel

1. La taxe sur les salaires

La taxe sur les salaires, définie par l'article 231 du code général des impôts et par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, est assise sur les rémunérations des salariés. Elle est présentée plus en détail dans le commentaire de l'article 8 *bis*¹.

L'article 231 précité prévoit que ne sont pas redevables de la taxe divers organismes², dont les établissements publics de coopération culturelle (EPCC).

¹ Limitation des conséquences résultant de l'adhésion à un assujetti unique en matière de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur le montant dû de taxe sur les salaires (TS).

² Comme l'Établissement français du sang, les collectivités locales, leurs régies personnalisées, les services départementaux de lutte contre l'incendie, certains centres d'action sociale, le centre de formation des personnels communaux, certaines caisses des écoles et des établissements d'enseignement supérieur.

2. Les établissements publics de coopération environnementale

Les établissements publics de coopération environnementale (EPCE) sont prévus par l'article L. 1431-1 du code général des collectivités territoriales.

À l'origine, l'article L. 1431-1 précité ne concernait que les EPCC.

Les EPCE ont été instaurés par l'article 56 de la loi n° 2016-1087 du 8 août 2016 pour la reconquête de la biodiversité, de la nature et des paysages. Comme les EPCC, ils peuvent être créés par les collectivités territoriales et leurs groupements avec l'État et les établissements publics nationaux. Ils sont chargés « *d'accroître et d'améliorer les connaissances sur l'environnement, leur diffusion et la sensibilisation et l'information du public, d'apporter un concours scientifique et technique aux pouvoirs publics et d'assurer la conservation d'espèces ou la mise en place d'actions visant à préserver la biodiversité et à restaurer les milieux naturels* ».

Ne figurant pas parmi les entités exonérées figurant à l'article 231 précité, les EPCE sont soumis à la taxe sur les salaires.

B. Le droit proposé

Le présent article, issu d'un amendement du député Jean-René Cazeneuve, rapporteur général de la commission des finances de l'Assemblée nationale, repris par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, vise à étendre le bénéfice de l'exonération de taxe sur les salaires aux EPCE.

L'exposé sommaire de l'amendement indique qu'il s'agit de remédier à une « *omission* » de la loi du 8 août 2016 précitée.

II - La position de la commission : une disposition de coordination bienvenue

Le présent article est une disposition de coordination bienvenue, qui met fin à une différence de traitement injustifiée entre des établissements publics de nature voisine (EPCE et EPCC).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7 ter (nouveau)

Création d'un délit de facilitation de la fraude sociale

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à instaurer un délit de facilitation de la fraude sociale et à étendre les prérogatives accordées aux agents de l'État et des organismes de protection sociale pour rechercher et constater les cas de fraude.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : la création d'un délit de facilitation de la fraude sociale et le renforcement des pouvoirs d'enquête des agents de l'État et des organismes de protection sociale

A. Le Gouvernement souhaite aller plus loin en matière de lutte contre l'incitation et la facilitation de la fraude sociale

1. L'incitation à la fraude sociale revêt déjà un caractère délictuel

En 2006¹, le législateur a prévu une peine de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende² pour « *toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues* ».

Par la suite, ces peines ont été portées à **deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende**, tandis qu'était instaurée une peine de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende³ pour « *toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale* »⁴.

¹ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, article 129 ; article L. 114-18 du code de la sécurité sociale.

² Ou de l'une de ces deux peines seulement.

³ Ou de l'une de ces deux peines seulement.

⁴ Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, article 90.

2. Des prérogatives spécifiques sont accordées aux agents de l'État et des organismes de protection sociale dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale

Depuis 2011¹, les agents de l'État ou des organismes de protection sociale sont habilités à **s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale**, ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment². Les agents des services préfectoraux et ceux des services de renseignement peuvent également leur transmettre certains documents et informations à cet effet.

En outre, les agents de contrôle des organismes du régime général, des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et de Pôle emploi sont habilités, depuis 2023³, à **rechercher et à constater les infractions d'escroquerie et de faux et usage de faux** lorsqu'elles sont de nature à porter préjudice aux organismes de protection sociale⁴. Les infractions sont constatées par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au procureur de la République.

Aux seules fins de constater les infractions commises par la voie des communications électroniques et lorsque les nécessités de l'enquête le justifient, ces agents peuvent **enquêter en ligne sous pseudonyme**. Ils sont également autorisés à recueillir tout renseignement et toute justification et se faire remettre copie des documents de toute nature nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Enfin, leur est accordée la possibilité de **procéder, sur convocation ou sur place, aux auditions** de toute personne susceptible d'apporter des éléments utiles à leurs constatations.

3. Un renforcement des moyens de la lutte contre la promotion et la facilitation de la fraude sociale est souhaité par le Gouvernement

Le Gouvernement estime toutefois que ces dispositions ne permettent pas aujourd'hui « *de poursuivre toutes les situations d'incitation à la fraude sociale, en particulier lorsque les assurés ou les professionnels de santé sont démarchés pour participer ou commettre une fraude* », ni « *de sanctionner les personnes qui leur apportent directement leur concours (en leur vendant des kits de faux documents par exemple)* » dans toutes les situations.

¹ Loi n° 2011-267 du 14 mars 2011 d'orientation et de programmation pour la performance de la sécurité intérieure, article 104.

² Article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 98.

⁴ Article L. 114-22-3 du code de la sécurité sociale.

B. Le PLFSS pour 2024 vise donc à créer un délit de facilitation de la fraude sociale et à renforcer les prérogatives des agents chargés de la lutte contre la fraude sociale

1. Un délit de facilitation de la fraude sociale serait institué, tandis que le périmètre du délit d'incitation à la fraude sociale serait précisé

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement retenu par lui dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, tend à **instaurer un délit de facilitation de la fraude sociale.**

Serait ainsi punie d'une peine de **trois ans d'emprisonnement et de 250 000 euros d'amende** la mise à disposition, à titre gratuit ou onéreux, d'un ou de plusieurs moyens, services, actes ou instruments juridiques, comptables, financiers ou informatiques ayant pour but de **permettre à un ou plusieurs tiers de se soustraire frauduleusement à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues ou d'obtenir une allocation, une prestation, un paiement ou un avantage indu d'un organisme de protection sociale (1° du I).**

Ces peines sont portées à **cinq ans d'emprisonnement et à 500 000 euros d'amende** lorsque la mise à disposition de moyens de fraude est commise en utilisant **un service de communication au public en ligne.**

En outre, les personnes morales déclarées pénalement responsables de cette infraction – lorsqu'elle est commise, pour leur compte, par leurs organes ou représentants – encourraient non seulement une amende, mais aussi plusieurs peines criminelles et correctionnelles¹.

Plusieurs modifications seraient par ailleurs apportées aux dispositions législatives instituant le délit d'incitation à la fraude sociale (**3° du I**) :

- pour que cette qualification soit retenue, l'incitation devrait désormais être **publique** ;

- il serait précisé qu'est également constitutive d'un tel délit l'incitation au refus de déclaration de cotisations et contributions dues ainsi qu'à l'obtention frauduleuse du versement de prestations, d'allocations ou d'avantages servis par un organisme de protection sociale ;

¹ La dissolution, l'interdiction temporaire ou définitive d'exercer une activité professionnelle ou sociale, le placement temporaire sous surveillance judiciaire, la fermeture temporaire ou définitive des établissements ayant servi à commettre les faits incriminés, l'exclusion temporaire ou définitive des marchés publics, l'interdiction temporaire ou définitive de procéder à une offre au public de titres financiers ou de faire admettre ses titres financiers aux négociations sur un marché réglementé, l'affichage de la décision prononcée ou sa diffusion et l'interdiction temporaire de percevoir toute aide publique attribuée par l'État, les collectivités territoriales, leurs établissements ou leurs groupements ainsi que toute aide financière versée par une personne privée chargée d'une mission de service public (article 131-39 du code pénal).

- dans le cas où l'incitation serait commise par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle ou d'un service de communication au public en ligne, les règles applicables pour la détermination des personnes responsables seraient celles prévues par les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières.

D'après l'exposé des motifs de l'amendement, *« l'objectif est de pouvoir mieux appréhender notamment les fraudes en masse (comme par exemple les fraudes aux indemnités journalières ou les trafics de médicaments rendus possibles par la vente de fausses ordonnances, ou la perception de prestations sociales ou d'allocations chômage grâce à la mise à disposition de « kits » de création de « faux autoentrepreneurs » ou de « faux salariés ») qui sont complexes à démanteler, notamment en raison de la difficulté à établir le lien entre le promoteur d'un schéma de fraude et les préjudices de chacun des organismes victimes de ces agissements ».*

2. Les pouvoirs d'enquête des agents de l'État et des organismes de protection sociale et de recouvrement seraient étendus en conséquence

D'autre part, les agents de l'État ou des organismes de protection sociale dans le cadre de leurs missions de lutte contre la fraude sociale seraient autorisés à s'échanger tous renseignements et documents utiles pour **rechercher et constater les délits d'incitation et de facilitation de la fraude sociale** ainsi que de refus d'affiliation à un régime de sécurité sociale (2° du I).

De même, les agents de contrôle des organismes du régime général, des caisses de MSA et de Pôle emploi pourraient désormais rechercher et constater ces infractions, enquêter en ligne, à cet effet, sous pseudonyme et procéder à toute audition nécessaire dans ce cadre (4° du I).

Enfin, les agents de contrôle des Urssaf et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) seraient eux aussi habilités à rechercher et à constater ces infractions (5° du I).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : permettre la juste sanction de l'incivisme

Les polémiques qui ont récemment défrayé la chronique ont démontré la nécessité de la fixation d'un cadre juridique permettant de poursuivre et de sanctionner la facilitation de la fraude sociale.

Il est en effet particulièrement révoltant de constater que l'incivisme s'exhibe désormais au grand jour et que certains abusent ouvertement de la solidarité nationale **en toute impunité.**

La commission relève toutefois, pour ce qui concerne la seule incitation à la fraude, que **le cadre juridique actuel permet d'ores et déjà d'engager des poursuites** à l'encontre des responsables de tels actes, qu'ils visent l'évitement des cotisations sociales ou le versement indu de prestations, et que **les modifications proposées tendent plutôt à affaiblir ce dispositif**, dans la mesure où le délit d'incitation à la fraude sociale ne serait plus constitué, aux termes du présent article, que si l'incitation était réalisée publiquement, ce qui n'est pas toujours le cas.

Elle a donc adopté un **amendement n° 209** de la rapporteure générale visant à qualifier d'incitation à la fraude sociale **toute démarche de cette nature, qu'elle soit publique ou non**, ainsi que deux **amendements rédactionnels n°s 210 et 211**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 7 quater (nouveau)

Exemption des gratifications de stage des lycéens professionnels de l'assiette des contributions et cotisations sociales

Cet article vise à exempter les gratifications de stage que l'État verse aux lycéens professionnels lors des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP) de l'assiette des contributions et cotisations sociales.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale :

A. La réforme du lycée professionnel met en place une indemnisation par l'État des stages réalisés au titre des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP)

Les lycées professionnels, qui accueillent un tiers des lycéens en France, font l'objet d'une **réforme annoncée par le Président de la République en mai 2023**¹. Érigée en « cause nationale », cette réforme vise à revaloriser cette voie et les débouchés professionnels qu'elle permet. La **mise en place d'une indemnisation des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP)** fait figure de mesure centrale de cette réforme.

¹ Discours présidentiel lors du déplacement du 4 mai 2023 à Saintes en Charente-Maritime.

La réforme de la voie professionnelle du lycée

Annoncée en mai 2023 par le Président de la République, la réforme de la voie professionnelle est censée s'inspirer des évolutions qu'a connues l'apprentissage, afin de renforcer et de faciliter l'insertion professionnelle des lycéens.

Pour cela, cette réforme, qui doit bénéficier de **1 milliard d'euros de financement annuel**, s'articule autour de douze mesures d'ordre réglementaire qui sont pour la plupart mises en œuvre graduellement dès la rentrée 2023. Les principales de ces mesures concernent :

- **la mise en place d'une** indemnisation des lycéens par l'État lors des périodes de formation en milieu professionnel (PFMP) allant de 200 à 800 euros par an ;

- **la création de 80 nouvelles formations correspondant à des métiers d'avenir peinant à recruter**, afin d'accueillir 1 050 élèves dès la rentrée 2023 ;

- **le financement de l'installation de 2 100 bureaux des entreprises au sein des lycées professionnels, dédiés à développer** les liens entre le lycée professionnel et les entreprises de son territoire ;

- **une revalorisation pouvant atteindre 7 500 euros par an pour les professeurs qui souhaitent développer de nouvelles missions au sein de leur établissement.**

Le manque de recul ne permet pas d'évaluer les apports de la réforme, mais il semble d'ores et déjà que sa mise en œuvre soit plus longue qu'annoncé. C'est notamment le cas concernant le recrutement des responsables des bureaux des entreprises, qui fait l'objet de grandes disparités entre les académies.

• Créée par décret¹, une **allocation de stage, financée par l'État**, doit être versée par l'Agence de services et de paiements (ASP) à tous les lycéens de l'enseignement professionnel afin de « *reconnaître leur engagement dans la réalisation de leur formation et de valoriser leur période de formation en milieu professionnel.* ».

Cette allocation est mise en place à partir de la rentrée 2023-2024, et sera versée à partir de janvier 2024 sur condition d'assiduité. **Le projet de loi de finances pour 2024 prévoit une dépense de 400 millions d'euros à cet effet², qui devrait concerner 514 584 élèves³.**

¹ Décret n° 2023-765 du 11 août 2023 relatif au versement d'une allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

² Projet annuel de performance de la mission « Enseignement scolaire », Programmes 141 (Enseignement scolaire public du second degré) et 139 (Enseignement privé du premier et du second degré), respectivement 133 millions d'euros et 77 millions d'euros (pp. 133 et 167).

³ Selon les chiffres de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) du ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse.

• Le public éligible à cette allocation est constitué de l'ensemble des élèves qui suivent une formation sous statut scolaire dans les établissements publics et privés sous contrat d'association avec l'État et qui, dans le cadre de leur formation initiale, préparent un diplôme professionnel de niveau secondaire¹ ou sont engagés dans des formations complémentaires d'initiative locale (FCIL).

• **Le montant de l'allocation de stage varie selon le niveau de la formation suivie par l'élève**, ainsi que selon son assiduité évaluée par le nombre de jours de périodes de formation en milieu professionnel effectivement réalisés.

Ainsi dans une hypothèse d'assiduité parfaite, l'arrêté du 11 août 2023 déterminant les montants et les conditions de versement de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu professionnel aboutit à la grille suivante :

Filières	Niveau de formation	Rémunération par semaine de stage	Nombre de semaines de stages	Gratification annuelle
CAP	1 ^{ère} année	50 €	6 à 7	300 à 350 €
	2 ^{ème} année	75 €	4 à 7	400 à 525 €
Baccalauréat professionnel	Seconde	50 €	4 à 6	200 à 300 €
	Première	75 €	6 à 8	450 à 600 €
	Terminale	100 €	8	800 €
Brevet des métiers d'art (BMA)	1 ^{ère} année	75 €	8	600 €
	2 ^{ème} année	100 €	8	800 €
Formation complémentaire d'initiative locale	Post niveau 3	75 €	18	1 350 €
	Post niveau 4	100 €	18	1 800 €
Mention complémentaire	Niveau 3	75 €	18	1 350 €
	Niveau 4	100 €	18	1 800 €

¹ Il s'agit des diplômes professionnels de niveau 3 ou 4 du cadre national des certifications professionnelles délivré par les ministères chargés de l'éducation, de l'agriculture et de la mer.

B. L'alignement du régime social de l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle sur celui des stagiaires de la formation professionnelle

• Si la fiscalisation de l'allocation nouvellement créée ne pose pas de question, puisqu'elle bénéficie de l'exemption relative aux rémunérations d'activité perçues par les jeunes de moins de 25 ans pendant leurs études¹ sur le fondement du 36° de l'article 81 du code général des impôts, il n'en va pas de même pour son régime social.

En effet, l'allocation versée aux lycéens professionnels doit être assimilée à une rémunération, ce qui la fait entrer, **par défaut, dans le champ de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG)** définie à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale.

• Le présent article vise à ce que les stagiaires lycéens de la voie professionnelle bénéficient, notamment, du même traitement social que les stagiaires de la formation professionnelle² en voyant leur **allocation exonérée de CSG**. Il a été inséré par amendement de Mme Stéphanie Rist en séance, et retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution.

Il ajoute **un f au sein du 1° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale**, permettant ainsi que l'allocation dont bénéficient les lycéens de la voie professionnelle intègre la liste des revenus exonérés de CSG.

Estimation du coût de l'exonération de CSG de l'allocation pour les stagiaires lycéens de la voie professionnelle

La **perte de recettes** que le présent article représente pour les finances sociales **n'est pas évaluée**. Introduit par voie d'amendement, il n'a pas fait l'objet d'une étude d'impact, de même que n'ayant pas été discuté en séance à l'Assemblée nationale mais seulement retenu dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité, son avis n'a pas permis d'en éclairer le coût. Interrogée à ce sujet par la rapporteure générale, l'administration n'a pas répondu.

En partant de la somme envisagée de 400 millions d'euros consacrés à cette allocation, le coût de l'exonération peut être estimé selon différentes hypothèses de taux de CSG qui y aurait été imputé en l'absence d'une telle mesure :

- dans le cas du taux de droit commun de 9,2 %, la perte de recette serait de 36,8 millions d'euros ;

- dans le cas du taux de 6,2 %, notamment retenu pour les indemnités d'activités partielles, la perte de recette serait de 24,8 millions d'euros.

¹ Dans la limite de 3 Smic mensuels sur une année civile.

² Articles L. 6341-1 et L. 6341-7 du code du travail.

II - La position de la commission :

La commission partage pleinement la volonté de revaloriser la filière du lycée professionnel, en la rapprochant des besoins des entreprises et en reconnaissant l'engagement des lycéens lors de leurs périodes de formation en milieu professionnel.

Cependant, il lui semble que cet article, porté par voie d'amendement, symbolise plus largement cette réforme du lycée professionnel : menée par le Gouvernement **sans qu'elle n'ait fait l'objet d'aucun débat devant le Parlement**. Si la matière réglementaire l'explique pour grande partie, **une telle mesure d'exonération aurait en revanche utilement fait l'objet d'une étude d'impact**, afin d'éclairer le Parlement sur ses conséquences pour les finances sociales.

Sur le fond, la commission rappelle qu'elle est **opposée au mouvement de mitage de l'assiette de la CSG**, dont le rendement demeure pourtant essentiel au financement du système social. Cependant, cette **exonération en faveur des lycéens du professionnel se justifie**, dans la mesure où elle les **aligne sur le régime social dont bénéficient les apprentis**¹ qui, bien qu'ils relèvent d'un contrat de travail, se trouvent matériellement dans une situation semblable.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 7 quinquies (nouveau)

Communication par l'Assurance maladie des informations relatives à la fraude des professionnels de santé aux ordres professionnels

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à préciser que les cas de fraude sont inclus parmi les informations sur les manquements déontologiques des professionnels de santé que l'Assurance maladie doit communiquer aux ordres professionnels.

La commission propose de supprimer cet article.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : une précision des manquements déontologiques dont l'Assurance maladie doit informer les ordres professionnels

A. L'Assurance maladie informe les ordres professionnels des manquements à la déontologie commis par les professionnels de santé

Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre professionnel compétent les informations qu'ils recueillent dans le cadre de

¹ Article L. 6221-1 du code du travail.

leur activité et qui sont susceptibles de **constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé** inscrit à cet ordre, lequel est alors tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées¹.

B. Le PLFSS pour 2024 vise à préciser que ces informations incluent les cas de fraude

Le présent article, issu d'un amendement de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à préciser que **cette communication concerne notamment les informations portant sur des faits à caractère frauduleux** commis par un professionnel de santé.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une précision superfétatoire

Les pratiques frauduleuses sont des manquements évidents aux obligations déontologiques des professionnels de santé. Les dispositions proposées revêtent par conséquent **un caractère superfétatoire**, qui ne contribue pas **à la clarté et à la qualité de la loi**, auxquelles la commission est particulièrement attentive.

Elle a donc adopté un **amendement n° 212 de suppression de l'article**.

La commission propose de supprimer cet article.

¹ Article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE II

SIMPLIFIER LE RECOUVREMENT SOCIAL ET LE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 8

Simplification de l'organisation du recouvrement

Cet article vise à annuler la poursuite du projet d'unification du recouvrement social et à apporter plusieurs adaptations à l'organisation des circuits de recouvrement.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé : l'annulation du transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire des salariés du secteur privé et diverses mesures relatives au recouvrement social

A. La renonciation du Gouvernement à la poursuite du projet d'unification du recouvrement social et la simplification des circuits de collecte des cotisations appellent des adaptations législatives

1. Le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco et de la Caisse des dépôts et consignations paraissait peu opportun

a) L'unification du recouvrement social devait être menée progressivement jusqu'en 2024

En 2019¹, sur proposition du Gouvernement, le Parlement a entériné le principe de l'unification du recouvrement social sous la responsabilité de l'Urssaf Caisse nationale dans la perspective de la création d'un système universel de retraites, projet finalement abandonné en 2020.

Un calendrier de mise en œuvre des transferts de recouvrement aux Urssaf courant jusqu'en 2023 a été arrêté par le législateur.

Toutefois, le Parlement a permis au Gouvernement de reporter ou d'avancer par décret la date de chacun de ces transferts pour une ou plusieurs catégories de cotisations ou contributions, ou de redevables, dans la limite de deux ans.

¹ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 18.

Le Gouvernement a usé de cette faculté afin de **repousser d'un an le transfert aux Urssaf du recouvrement des cotisations dues à l'Agirc-Arrco**, initialement prévu pour 2022, du fait de la crise sanitaire¹.

Conséquemment, le transfert de l'activité de recouvrement de la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui collecte notamment les cotisations dues à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), à l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec) et à l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (Erafp), ainsi que la contribution due au FEH, devait être **reporté de 2023 à 2024**.

b) La poursuite de l'unification du recouvrement social posait question

(1) Le transfert de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco aux Urssaf : un intérêt discutable

Le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco était censé présenter quatre avantages essentiels :

- **l'amélioration globale de la performance du recouvrement**² ;
- **l'extension des contrôles Urssaf aux cotisations de retraite complémentaire**³ ;
- la **réalisation d'économies de gestion** par la mutualisation des moyens⁴ ;
- la **simplification des démarches des entreprises** par la constitution d'un interlocuteur unique et la suppression d'un flux de paiement vers l'Agirc-Arrco.

Si les performances des Urssaf en matière de recouvrement semblent bel et bien supérieures à celles de l'Agirc-Arrco, dont le taux de restes à recouvrer (Trar) à M+12 s'élevait à 0,79 % en 2018 (contre 0,67 % pour les Urssaf) et à 0,96 % en 2019 (contre 0,55 % pour les Urssaf)⁵, le niveau des économies pouvant être envisagées est relativement limité.

¹ Décret n° 2021-1532 du 26 novembre 2021 relatif aux modalités de transfert du recouvrement des cotisations destinées au financement du régime de retraite complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale, article 1^{er}.

² 400 millions d'euros sur la base d'un taux de recouvrement supérieur de 0,5 point, d'après l'Urssaf Caisse nationale.

³ 280 millions d'euros de rendement supplémentaire environ, d'après l'Urssaf Caisse nationale.

⁴ À fin 2021, 734 salariés étaient affectés au recouvrement et au contentieux par les groupes de protection sociale (GPS) constitutifs de l'Agirc-Arrco.

⁵ L'Urssaf Caisse nationale a calculé ses Trar selon une méthode la plus proche possible de celle de l'Agirc-Arrco. Toutefois, il ne lui a pas été possible de s'aligner totalement, en excluant de ses taux le produit de ses contrôles (l'Agirc-Arrco ne dispose pas de prérogatives de contrôle) et les dettes non recouvrables (comme le fait l'Agirc-Arrco) ; les taux Agirc-Arrco ici présentés sont donc calculés selon une méthode plus favorable que celle retenue par les Urssaf.

En effet, seuls 7,6 % des 2 534 salariés affectés au recouvrement et à la fiabilisation devaient être transférés aux Urssaf, **l'Agirc-Arrco faisant le choix de repositionner les autres en interne.**

Du reste, le projet de transfert ne devait pas entraîner de simplification majeure pour les entreprises, dès lors que :

- la déclaration sociale nominative (DSN)¹ ayant permis une simplification substantielle du processus déclaratif, **l'existence de deux flux de paiement ne présente plus aucune difficulté particulière ;**

- **une double interlocution devait impérativement subsister** compte tenu du savoir-faire de l'Agirc-Arrco en matière de calcul des cotisations de retraite complémentaire ;

- compte tenu de la nature du système d'information des Urssaf, le transfert aurait impliqué de solliciter des employeurs les données agrégées relatives à la retraite complémentaire.

La déclaration sociale nominative (DSN)

Le développement de la DSN, qui **remplace la quasi-totalité des démarches des entreprises en la matière** (45 à ce jour)², ainsi que diverses formalités liées à l'ouverture de droits sociaux (liquidation des indemnités journalières, formalités chômage, alimentation des comptes retraite et du compte personnel de formation, etc.), a permis de faire converger les procédures déclaratives des employeurs.

Ouverte à partir de 2013 aux entreprises volontaires³, **la DSN a été généralisée à l'ensemble des employeurs du secteur privé au 1^{er} janvier 2017⁴**, puis étendue progressivement aux employeurs publics, pour lesquels elle est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2022⁵. En avril 2023, elle concernait 2,3 millions d'entreprises, 65 000 émetteurs de la fonction publique et 28 millions de salariés et agents publics.

¹ Article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

² Incluant la déclaration unifiée des cotisations sociales (DUCS), la déclaration annuelle des données sociales unifiées (DADS-U), la déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés, ou encore la déclaration de mouvement de main d'œuvre.

³ Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des charges administratives, article 35.

⁴ Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, article 9 ; décret n° 2016-611 du 18 mai 2016 fixant les délais limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative, article 1^{er}.

⁵ Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, article 43 ; décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative pour les régimes mentionnés aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale, article 1^{er}.

Réalisée sur le site net.entreprises.fr et transmise par voie électronique, **la DSN est structurellement basée sur l'acte de paie**, dont elle est un sous-produit. Elle établit, pour chaque salarié ou assimilé :

- le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail ;

- les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois ;

- les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant en cours de mois ;

- le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents¹.

Cette nouvelle déclaration unifiée tend à **rationaliser le système déclaratif** en mutualisant la collecte des données, partagées entre les organismes sociaux selon leurs besoins, de façon à réduire la charge administrative pesant sur les employeurs, ainsi qu'à **sécuriser les droits des assurés en limitant les risques d'erreur ou d'oubli**.

Les organismes destinataires de la DSN utilisent les données qu'elle contient pour déterminer le taux de certaines cotisations sociales, pour recouvrer les cotisations et contributions sociales et certaines impositions, pour vérifier leur montant et verser certains revenus de remplacement, entre autres.

(2) Des divergences majeures sur le plan de la fiabilisation des données de la déclaration sociale nominative

Tandis que **l'Agirc-Arrco procède au recalcul systématique des cotisations déclarées, au fil de l'eau et à la maille individuelle**, c'est-à-dire en les rattachant directement à un individu, la Cour des comptes a plusieurs fois pointé du doigt **les défaillances des Urssaf en matière de fiabilisation des données individuelles**.

Pour l'heure, les contrôles embarqués des DSN menés par les Urssaf portent essentiellement sur les données agrégées, calculées à l'échelle de l'établissement à partir de la masse salariale, tandis que la cohérence entre données individuelles et agrégées n'est contrôlée qu'au travers de campagnes thématiques *a posteriori*.

Or, **les données agrégées ne correspondent pas parfaitement à la somme des données individuelles**. Ainsi, les données agrégées ont englobé, ces dernières années, **des montants de toutes natures** et non plus seulement des cotisations, des exonérations ou des réductions. Ce fut le cas, par exemple, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), de l'aide au paiement des cotisations pour les entreprises affectées par la crise sanitaire ou encore de l'indemnité inflation.

¹ Article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

Si la pratique des Urssaf convient à un régime en annuités comme le régime général, où l'impact des déclarations sur les droits est relativement diffus (un trimestre validé par tranche de 150 heures de travail au SMIC, pension calculée sur la base du salaire annuel moyen des 25 meilleures années, salaires portés au compte dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale), elle présente un risque dans le cadre d'un régime par points comme l'Agirc-Arrco, **où des droits sont ouverts dès le premier euro cotisé.**

L'Urssaf Caisse nationale a donc récemment développé une nouvelle cinématique déclarative qui doit permettre un contrôle au fil de l'eau et à la maille individuelle des données DSN *via* une série d'échanges avec le déclarant, mais sur lequel **l'Agirc-Arrco affirme ne pas disposer d'un recul suffisant.** En outre, si le nombre des contrôles opérés dans ce cadre s'accroît progressivement, l'Urssaf ne procède pas encore à la fiabilisation des données individuelles à un échelon industriel.

Par conséquent, après le transfert, **l'Agirc-Arrco aurait dû continuer d'assurer la fiabilisation des données relatives aux cotisations de retraite complémentaire** à partir de son propre système d'information, tandis que l'Urssaf Caisse nationale s'est engagée à lui reverser les sommes recalculées par ses soins.

Toutefois, l'Agirc-Arrco ne s'estime pas assurée de pouvoir conserver à terme la capacité de contrôler les données d'assiette et de quotité, mais uniquement l'application des taux dérogatoires. En outre, les conditions de l'extension des contrôles Urssaf aux cotisations Agirc-Arrco n'ont pas fait consensus, l'Agirc-Arrco souhaitant pouvoir calculer elle-même les cotisations qui lui sont dues.

(3) D'autres facteurs de risque doivent être pris en considération

Enfin, trois facteurs faisaient peser un risque supplémentaire sur l'opération :

- le maintien d'une double interlocution égalitaire risquant de susciter une forte illisibilité, **l'Agirc-Arrco aurait été privée de son rôle de « point de contact » pour les entreprises**, qui auraient dû s'adresser aux Urssaf, lesquelles auraient pu faire remonter les sollicitations à l'Agirc-Arrco ;

- la phase pilote menée avec les éditeurs afin de tester les modalités de contrôle retenues en vue du transfert a été jugée **trop peu représentative de la diversité des cas particuliers** par l'Agirc-Arrco et la Cour des comptes¹ ;

¹ Le pilote concernait, en octobre 2022, 20 éditeurs de logiciels de paie représentant 90 % du marché et 93 entreprises, tandis que le pilote ayant précédé la mise en œuvre du prélèvement à la source comptait 68 éditeurs et 337 entreprises.

- l'alignement des dates d'appel des cotisations sur celles des Urssaf, soit une anticipation de 10 ou 20 jours, aurait représenté **un impact de 6 milliards d'euros sur la trésorerie des entreprises**.

Les risques induits par le transfert excédant ses bénéfices, **la commission des affaires sociales du Sénat a préconisé, en juin 2022, de surseoir au transfert**, le temps pour les Urssaf d'avancer sur le chantier de la fiabilisation et de convaincre les partenaires sociaux¹.

(4) Le projet de transfert de l'activité de recouvrement de la Caisse des dépôts et consignations laissait lui aussi perplexe

La CDC, quant à elle, affiche **des Trar inférieurs à ceux des Urssaf**, qui s'établissaient, dans le champ du secteur public, à 0,36 % en 2018, à 0,37 % en 2019 et à 0,43 % en 2020. Ainsi, entre 2017 et 2020, le Trar des cotisations dues à la CNRACL est passé de 0,32 % à 0,3 % et celui des cotisations Ircantec de 0,41 % à 0,31 %. De même, le Trar des cotisations dues au RAFFP au titre de l'année 2018 s'établissait à 0,003 %.

Du reste, **la CDC recalcule les cotisations déclarées à l'Ircantec à la maille individuelle**, tandis que des capacités de fiabilisation sont en cours de développement en ce qui concerne les autres régimes. **Le transfert aurait donc dû être limité à l'encaissement**, tandis que les 30 équivalents temps plein (ETP) dédiés au recouvrement, occupés par des agents de droit public, n'auraient pu être transférés aux Urssaf.

La commission des affaires sociales du Sénat avait par conséquent jugé ce transfert peu pertinent.

c) Malgré la renonciation du Gouvernement à l'occasion de la réforme des retraites, la poursuite de l'unification du recouvrement social reste prévue par la loi

Lors de l'examen du PLFSS pour 2023, malgré l'opposition tant du Sénat que de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, **le Gouvernement a intégré, dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, une disposition prévoyant le report du transfert de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco au 1^{er} janvier 2024** « afin de sécuriser les conditions de réussite de ce transfert et de répondre aux demandes exprimées par certains partenaires sociaux » et de « prioriser la réforme des retraites dans le cadre des discussions engagées avec les partenaires sociaux et éviter qu'aucun autre sujet, même déconnecté, n'interfère avec les concertations en cours ».

La mise en œuvre du transfert du recouvrement des cotisations dues à la CNRACL, à l'Ircantec et à l'Erafp et de la contribution due à la FEH, géré par la CDC, était, quant à elle, repoussée **au 1^{er} janvier 2025**.

¹ Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur l'unification du recouvrement social par M. René-Paul Savary et Mme Cathy Apourceau-Poly, sénateur et sénatrice (n° 725, 2021-2022), 21 juin 2022.

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2023, constatant que les inquiétudes des partenaires sociaux n'avaient pu être levées, le Gouvernement a finalement proposé au Parlement d'**annuler ces transferts** et de renforcer, en parallèle, la coopération entre les Urssaf et l'Agirc-Arrco¹.

Adoptées par les deux assemblées lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale (PLFRSS) pour 2023, ces dispositions ont été **déclarées contraires à la Constitution** par le Conseil constitutionnel, dans la mesure où, le transfert de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco devant intervenir le 1^{er} janvier 2024, son annulation n'aurait pas eu d'effet sur les recettes ou les dépenses des régimes obligatoires de base en 2023².

Il est donc aujourd'hui nécessaire de **procéder à cette annulation avant l'échéance du 1^{er} janvier prochain** et d'assurer que la coexistence de plusieurs circuits de recouvrement se poursuive dans les meilleures conditions possibles.

2. Le transfert aux Urssaf du recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social paraît délicat à mettre en œuvre

En 2021, le Gouvernement a inscrit dans la loi la possibilité, pour les branches professionnelles, de charger, à compter du 1^{er} janvier 2024, les Urssaf et les caisses de MSA du **recouvrement des contributions conventionnelles de formation professionnelle³ et de dialogue social⁴**, compétence aujourd'hui assumée par les opérateurs de compétences (OPCO).

Le cas échéant, les contributions recouvrées par les Urssaf et les caisses de MSA seraient reversées aux OPCO par France compétences pour les contributions de formation professionnelle⁵ et par l'Association de gestion du fonds paritaire national (AGFPN) pour les contributions de dialogue social⁶.

Or, le Gouvernement a identifié plusieurs difficultés suffisamment importantes pour justifier de **renoncer à accorder aux branches cette faculté**.

¹ *Projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 janvier 2023, article 3 (devenu l'article 6 du texte dont a été saisi le Conseil constitutionnel).*

² *Conseil constitutionnel, décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023, loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.*

³ *Ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 relative au recouvrement, à l'affectation et au contrôle des contributions des employeurs au titre du financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage, article 1^{er} ; article L. 6332-1-2 du code du travail.*

⁴ *Ordonnance n° 2021-797 du 23 juin 2021 relative au recouvrement, à l'affectation et au contrôle des contributions des employeurs au titre du financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage, article 2 ; article L. 2135-10 du code du travail.*

⁵ *Article L. 6123-5 du code du travail.*

⁶ *Article L. 2135-12 du code du travail.*

En premier lieu, celle-ci impliquerait une harmonisation des règles de gestion et des modes de calcul des contributions concernées sans laquelle leur déclaration en DSN et leur recouvrement par les Urssaf et les caisses de MSA serait particulièrement difficile, **ce qui restreindrait fortement l'autonomie de gestion des partenaires sociaux** en la matière.

D'autre part, le Gouvernement estime qu'il serait « *très complexe* » de charger l'AGFPN de calculer et de reverser à chaque branche les sommes qui lui reviennent¹.

3. L'extension du champ de la DSN PASRAU appelle plusieurs ajustements

Tout organisme versant des sommes imposables autres que des salaires transmis *via* la DSN ou des prestations sociales, y compris au titre de la protection sociale complémentaire, non imposables, doit **adresser mensuellement aux Urssaf et à l'administration fiscale une DSN « Prélèvement à la source – Revenus autres » (PASRAU)** comportant, pour chacune des personnes attributaires de ces sommes et prestations, les informations relatives à ces versements².

Le législateur ayant élargi le champ de la DSN PASRAU à l'ensemble des revenus de remplacement versés par une personne autre que l'employeur, dont certains restent encore **en dehors du champ tant de la DSN que de la DSN PASRAU**³, cette dernière déclaration devra véhiculer, à compter du 1^{er} janvier 2024, les données relatives aux versements, effectués à titre autre qu'employeur, de sommes imposables ou soumises à cotisations et contributions sociales et de prestations sociales⁴.

Dans cette perspective, et afin que les Urssaf puissent recouvrer l'ensemble des cotisations et contributions sociales entrant dans le champ de la DSN PASRAU, le Gouvernement propose de **leur transférer le recouvrement de certaines cotisations et contributions dues au titre de revenus de remplacement qui relèvent de ce périmètre**, mais dont les collecteurs actuels ne sont pas en mesure de recevoir des DSN PASRAU.

4. Des précisions doivent être apportées en vue du reversement par la CCMSA des cotisations sur la base des sommes dues

En 2019⁵, le législateur a simplifié les relations financières entre les Urssaf et les organismes attributaires des sommes qu'elles recouvrent en instaurant, à compter du 1^{er} janvier 2022, le **reversement des cotisations sur la base des sommes dues**.

¹ *Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 57.*

² *Article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.*

³ *Notamment les avantages de préretraite, les allocations relatives aux congés de fin d'activité, à la pénibilité ou à l'amiante versés dans certains secteurs ou les revenus de remplacement versés par des institutions de prévoyance au titre de garanties conventionnelles dans certains secteurs.*

⁴ *Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 6.*

⁵ *Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 18.*

Le reversement par les Urssaf des cotisations sur la base des sommes dues

L'Urssaf Caisse nationale centralise l'ensemble des sommes recouvrées par les Urssaf dans l'Hexagone et les CGSS dans les Outre-mer et assure la notification et le versement à chaque contribuable des sommes recouvrées qui lui reviennent.

À titre dérogatoire, pour certaines catégories de cotisations et de contributions sociales, le produit reversé n'est plus celui des sommes effectivement recouvrées, mais celui des sommes dues par les assurés, **telles qu'elles ont été déclarées dans la DSN puis contrôlées, sans tenir compte des éventuels impayés**¹.

En contrepartie, l'Urssaf Caisse nationale applique aux sommes collectées **un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes**. Ce taux est fixé par contribuable ou catégorie de contribuables, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite, pour les cotisations ou contributions dont le recouvrement est transféré aux Urssaf à compter du 1^{er} janvier 2020, du taux moyen de non-recouvrement de ces cotisations ou contributions observé l'année précédant celle du transfert de compétence².

Le résultat financier généré par ce dispositif est affecté au régime général et réparti entre ses branches³, à hauteur, en 2023, de 90,7 % pour la branche maladie, de 7,5 % pour la branche vieillesse et de 1,8 % pour la branche autonomie⁴.

Au total, en faisant peser sur le régime général le risque de non-recouvrement des contribuables des cotisations recouvrées par les Urssaf, le reversement des sommes dues permet de **garantir la prévisibilité des recettes des attributaires**.

En compensation, l'Urssaf Caisse nationale **prélève sur les sommes recouvrées des frais de gestion**, tandis que le produit des majorations de retard et pénalités dues par les assurés est affecté au régime général et réparti entre ses branches⁵. Pour 2022, la clé de répartition retenue prévoit l'attribution de 41,4 % de ce produit à la branche maladie, de 33,2 % à la branche vieillesse, de 14 % à la branche famille, de 7,1 % à la branche autonomie et de 4,3 % à la branche AT-MP⁶.

¹ Article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

² L'article 18 de la LFSS pour 2020 a prévu que le taux de retenue pour frais de non-recouvrement soit plafonné au niveau du taux appliqué par la DGFIP dans le cadre des mécanismes existant dans la sphère fiscale, soit 3,6 %, si ce taux est inférieur au taux moyen de non-recouvrement des cotisations et contributions concernées observé l'année précédant celle du transfert de compétence. L'article 12 de la LFSS pour 2022 a supprimé ce plafond, dans la mesure où certains taux de non-recouvrement lui sont actuellement supérieurs.

³ Article L. 225-6 du code de la sécurité sociale.

⁴ Arrêté du 3 mars 2023 relatif à la répartition entre les branches du régime général du résultat financier généré par le dispositif de reversement des cotisations dues à certains attributaires pour l'année 2022, article 1^{er}.

⁵ Article L. 225-1-5 du code de la sécurité sociale.

⁶ Arrêté du 21 décembre 2022 relatif à la répartition du produit des majorations de retard et pénalités dues par les redevables entre les branches du régime général de sécurité sociale pour 2023, article 1^{er}.

D'après le Gouvernement, le dispositif a généré **un excédent de 212,6 millions d'euros au profit du régime général en 2022**, en raison, notamment, du recouvrement des dettes de cotisations sociales constituées pendant la crise sanitaire.

La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), quant à elle, **reverse encore les seules sommes effectivement collectées** à ses attributaires, notamment l'Agirc-Arrco pour ce qui concerne les cotisations de retraite complémentaire des salariés agricoles et les autorités organisatrices de la mobilité dans le cadre du versement mobilité.

Afin d'offrir à ces organismes une visibilité accrue et d'harmoniser les modalités de reversement des sommes collectées entre l'Urssaf Caisse nationale et la CCMSA, le législateur a prévu d'**appliquer le reversement sur la base des sommes dues aux cotisations et contributions sociales collectées recouvrées par la CCMSA** pour le compte de ses attributaires à compter du 1^{er} janvier 2025¹.

Dans un souci d'efficacité et de sécurité juridique, le Gouvernement souhaite aujourd'hui apporter certaines précisions au dispositif. Il apparaît notamment nécessaire de prévoir, comme c'est le cas pour l'Urssaf Caisse nationale avec les branches du régime général, **l'affectation du résultat financier** que générera la mise en œuvre du reversement des sommes dues aux branches des régimes agricoles.

5. La possibilité, pour les entreprises étrangères, de désigner un représentant social en France paraît désormais superfétatoire

Depuis 2005², l'employeur dont l'entreprise ne comporte pas d'établissement en France ou, s'il s'agit d'un particulier, qui n'est pas considéré comme domicilié en France pour l'établissement de l'impôt sur le revenu et souhaite bénéficier de cette faculté, dispose de la faculté, pour remplir ses obligations déclaratives en matière de cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi de salariés, de **désigner un représentant résidant en France**, qui est alors **personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues**³.

¹ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 6 ; article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime.

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, article 71.

³ Articles L. 243-1-2 du code de la sécurité sociale et L. 741-1-1 du code rural et de la pêche maritime.

Or, l'intérêt de cette option a considérablement diminué depuis l'entrée en vigueur de la loi dite « Pacte »¹, dans la mesure où les entreprises, y compris celles qui ne disposent pas d'établissement en France, peuvent **recourir, depuis le 1^{er} janvier 2023, au Guichet électronique des formalités d'entreprise**, dont l'opérateur est l'Institut national de la propriété industrielle (Inpi) et auprès duquel toute entreprise est désormais tenue de déclarer sa création, une modification de sa situation ou la cessation de ses activités², pour accomplir diverses formalités et, en l'occurrence, satisfaire à leurs obligations en matière de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dont elles sont redevables au titre de l'emploi de salariés.

Au surplus, la conclusion d'une convention liant l'organisme chargé du recouvrement, l'entreprise et le représentant désigné représente une charge administrative assez lourde, dont l'utilité n'est plus avérée. Le Gouvernement souhaiterait donc **supprimer cette faculté accordée aux entreprises étrangères**.

B. Le PLFSS pour 2024 apporte donc divers ajustements à l'organisation du recouvrement social

1. Plusieurs transferts de recouvrement aux Urssaf seraient annulés

Il est donc proposé d'abandonner le transfert aux Urssaf du recouvrement :

- des cotisations de retraite complémentaire des salariés du secteur privé, à l'exception de celles qui sont recouvrées dans le cadre d'un dispositif simplifié de déclaration et de paiement du salaire, des cotisations et contributions sociales et du prélèvement à la source, c'est-à-dire le chèque emploi-service universel (Cesu), le titre emploi-service entreprise (TESE) et le chèque-emploi associatif (CEA)³, déjà recouvrées de cette manière par les Urssaf actuellement ;

- de la cotisation à l'APEC ;

- des cotisations de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers⁴ ;

- des cotisations de retraite complémentaire des agents contractuels de droit public⁵ ;

¹ Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, article 1^{er}.

² Article L. 123-33 du code de commerce.

³ Article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ordonnance n° 45-993 du 17 mai 1945 relative aux services publics des départements et communes et de leurs établissements publics, article 3.

⁵ Article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale.

- des cotisations de retraite additionnelle de la fonction publique¹ ;
- et de la contribution due au FEH² (**3° et 4° du I, VI et VII**).

Seraient dès lors rétablies les dispositions rendant applicable aux cotisations dues à l'Ircantec le principe du privilège de la sécurité sociale³, en vertu duquel les organismes de sécurité sociale bénéficient de la priorité dans l'ordre de paiement des créanciers en cas de faillite d'une entreprise⁴ (**12° du I**).

2. Une plus grande coopération serait assurée entre les acteurs du recouvrement social

En parallèle, sont proposées **diverses dispositions visant à permettre une action coordonnée entre les différents organismes chargés du recouvrement** des cotisations sociales dues au titre de l'emploi de salariés, à savoir les Urssaf⁵, les caisses générales de sécurité sociale (CGSS)⁶, compétentes pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale dans les départements et régions d'Outre-mer, les institutions de retraite complémentaire (IRC)⁷, fédérées au sein de l'Agirc-Arrco⁸, cette dernière et les caisses de mutualité socialité agricole (MSA)⁹.

Le présent article prévoit, en cas de redressement des cotisations et contributions sociales ayant une incidence sur les droits des salariés et assimilés au titre des assurances sociales et des droits à retraite complémentaire, la communication par les Urssaf et les CGSS aux organismes énumérés dans une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale d'**informations nécessaires à la correction de ces droits** dont la liste serait fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale (**5° du I**).

Il s'agit de permettre non plus seulement aux caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat), mais également aux caisses gestionnaires des régimes spéciaux et aux IRC d'être informées du redressement et de **corriger en conséquence les droits des intéressés**.

Dans le même temps, seraient supprimées les dispositions ne permettant de réaliser la rectification des droits sociaux qu'à compter du paiement du redressement en cas de constat de travail dissimulé révélant une situation de collusion entre l'employeur et son salarié.

¹ Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, article 76.

² Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, article 14.

³ Articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ancien article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale, deuxième alinéa.

⁵ Article L. 213-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 922-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article L. 922-4 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article L. 732-2 du code rural et de la pêche maritime.

En outre, seraient rétablies, en les adaptant à la marge, les dispositions législatives :

- permettant à un cotisant confronté aux interprétations contradictoires retenues, d'une part, par une Urssaf ou CGSS et, d'autre part, par une IRC ou l'Agirc-Arrco, concernant sa situation au regard de l'application de certaines dispositions¹ ou tout point de droit dont l'application est susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou des allègements portant sur les cotisations patronales de retraite complémentaire de **solliciter l'arbitrage de l'Urssaf Caisse nationale² (8° du I)** ;

- rendant applicables³ aux IRC et à l'Agirc-Arrco les dispositions **interdisant au réseau des Urssaf**, lorsqu'un cotisant a appliqué la législation relative aux cotisations et contributions sociales selon l'interprétation admise par une circulaire ou une instruction du ministre chargé de la sécurité sociale, **de demander à réaliser une rectification ou, lors d'un contrôle, de procéder à un redressement**, pour la période pendant laquelle le cotisant a appliqué l'interprétation alors en vigueur, en soutenant une interprétation différente⁴ **(9° du I)** ;

- prévoyant que la réponse apportée par les Urssaf et les CGSS à un cotisant au sujet de l'application à une situation précise de la législation relative aux conditions d'affiliation au régime général ou de la législation relative aux cotisations et contributions sociales qu'ils contrôlent, ainsi que sur toute demande portant sur l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, est **opposable⁵ pour l'avenir non seulement à ces organismes, mais également aux IRC et à l'Agirc-Arrco⁶ (10° du I)**.

¹ Les dispositions relatives à la détermination de l'assiette des cotisations sociales, au calcul du plafond de la sécurité sociale, à la réduction dégressive des cotisations et contributions patronales sur les rémunérations inférieures à 1,6 Smic, à l'exonération de cotisations patronales dont bénéficient les employeurs d'une aide à domicile ou à l'exonération de cotisations patronales dont bénéficient les employeurs situés en Outre-mer, dite exonération « Lodeom ».

² Ancien article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale.

³ Il n'en irait ainsi qu'en tant que l'interprétation admise par l'administration porterait sur les dispositions susmentionnées ou sur tout point de droit dont l'application serait susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou des allègements portant sur les cotisations patronales de retraite complémentaire.

⁴ Ancien article L. 243-6-2 du code de la sécurité sociale.

⁵ Il n'en irait ainsi qu'en tant que la réponse apportée porterait sur les dispositions susmentionnées ou sur tout point de droit susceptible d'avoir une incidence sur le calcul du plafond ou des allègements portant sur les cotisations patronales de retraite complémentaire.

⁶ Ancien article L. 243-6-3 du code de la sécurité sociale.

Le Gouvernement souhaite par ailleurs rétablir les dispositions prévoyant **la conclusion d'une convention entre l'Urssaf Caisse nationale et l'Agirc-Arrco en vue de procéder conjointement au contrôle et à la correction des DSN¹**, en y apportant certaines modifications visant notamment à y associer la CCMSA, à assurer une coopération efficace et à préciser les modalités d'émission des DSN de substitution.

Cette convention, conclue pour une durée de 5 ans entre un représentant mandaté par l'Agirc-Arrco, l'Urssaf Caisse nationale et la CCMSA et approuvée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture, devrait :

- organiser les opérations réalisées en commun par ces organismes pour vérifier les DSN, demander de les rectifier ou réaliser les corrections requises ;

- **garantir la simplicité et la coordination de ces procédures**, notamment l'absence de vérification concomitante d'une même donnée par les Urssaf, les CGSS, les caisses de MSA, les IRC et l'Agirc-Arrco ;

- définir les modalités selon lesquelles, en cas de constat d'anomalies portant sur l'application de la législation relative à la détermination de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, au calcul du plafond de la sécurité sociale ou à la réduction générale des cotisations et contributions patronales sur les rémunérations inférieures à 1,6 Smic, à l'exonération de cotisations patronales dont bénéficient les employeurs d'une aide à domicile ou à l'exonération « Lodeom », ces organismes mettent à disposition des employeurs les corrections à opérer en DSN ;

- à cette dernière fin, préciser les modalités de mise en œuvre, d'une part, d'un traitement commun de l'information, des demandes de rectification et des réponses adressées aux cotisants et, d'autre part, **des corrections de la DSN réalisées pour le compte des IRC et de l'Agirc-Arrco par les Urssaf, les CGSS et les caisses de MSA par le biais d'une DSN de substitution**, après la procédure d'échange contradictoire préalable² (11° du I).

Un rapport sur la mise en œuvre des stipulations de cette convention, qui présenterait également les actions devant être réalisées pour atteindre les objectifs fixés par celle-ci, serait remis au Parlement par le Gouvernement avant le 1^{er} octobre 2024 (IX).

Enfin, pour ce qui concerne les cotisants rencontrant des difficultés de paiement, il serait prévu, comme c'était le cas auparavant, que :

- lorsqu'une demande d'échéancier de paiement est adressée par un cotisant à une Urssaf ou à une CGSS, cet organisme la communique, ainsi que sa réponse, aux IRC dont le cotisant relève ;

¹ Ancien article L. 243-6-7 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 133-5-3-1 du code de la sécurité sociale.

- dans des conditions déterminées par décret, l'octroi d'un échéancier de paiement par une Urssaf ou une CGSS emporte également le bénéfice d'un échéancier de paiement similaire au titre des cotisations patronales restant dues, le cas échéant, au titre des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires ;

- lorsqu'il est statué sur l'octroi à une entreprise d'un plan d'apurement par plusieurs créanciers publics, l'Urssaf ou la CGSS reçoit mandat des IRC dont le cotisant relève pour prendre toute décision sur les créances qui les concernent, le cas échéant¹ (12° du I).

3. Les branches professionnelles ne pourraient finalement pas confier aux Urssaf et aux caisses de MSA le recouvrement de leurs contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social

Le Gouvernement propose d'abroger les dispositions accordant aux branches professionnelles la possibilité de confier aux Urssaf et aux caisses de MSA la collecte de leurs contributions conventionnelles de formation professionnelle et de dialogue social à compter du 1^{er} janvier 2024 (1° , 2° et b du 3° du II, IV, 1° du V et VIII).

Dans le même temps, serait affirmée la compétence des seuls OPCO pour recouvrer ces contributions (a et c du 3° du II). Dans le cas des contributions de dialogue social, une convention conclue entre l'OPCO et l'association de gestion de la branche en prévoirait les modalités de collecte. Elles feraient l'objet d'un suivi comptable distinct, comme les contributions de formation professionnelle, et leurs frais de recouvrement seraient spécifiques. L'OPCO reverserait ensuite le produit de la collecte à l'association (4° du II).

4. Les Urssaf se verraient confier la collecte de l'ensemble des cotisations et contributions entrant dans le champ de la DSN PASRAU, tandis que cette dernière serait transmise à de nouveaux destinataires

Le présent article prévoit le transfert des caisses de MSA aux Urssaf, à compter du 1^{er} janvier 2025 (2° du X), du recouvrement de la contribution sociale généralisée (CSG) due au titre des revenus de remplacement versés aux ressortissants des régimes agricoles (2° du I).

¹ Ancien article L. 243-6-6 du code de la sécurité sociale.

Il en irait de même des cotisations et contributions sociales dues au titre des indemnités versées aux salariés agricoles par les caisses de congés payés¹ (**B du III**) et de la cotisation d'assurance maladie due au titre des revenus de remplacement² perçus par les salariés agricoles (**D du III**).

En effet, les organismes de recouvrement du régime général sont les seuls à même de recevoir des DSN PASRAU, du champ desquelles ces sommes relèvent. La CCMSA, quant à elle, peut **uniquement émettre de telles déclarations** au titre des prestations qu'elle verse ; elle recouvre actuellement les cotisations et contributions visées *via un dispositif de flux bilatéral* avec chacun des trois organismes de protection sociale complémentaire versant les sommes au titre desquelles elles sont dues³.

Seuls trois organismes étant concernés en sus des caisses de MSA et l'enjeu financier se concentrant sur la CSG, pour un montant relativement limité de 230 millions d'euros par an, **le Gouvernement ne juge pas nécessaire de connecter la CCMSA au flux PASRAU en tant que collecteur**.

Du reste, dès lors que l'Urssaf Caisse nationale centralise *in fine* les recettes de la CSG, le transfert du recouvrement de cette contribution aux Urssaf ne paraît pas particulièrement problématique.

Pour les mêmes raisons, le recouvrement de la cotisation due au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle par les assurés bénéficiaires de revenus de remplacement⁴ serait transféré de ce régime aux Urssaf (**6° du I**).

D'autre part, les IRC et l'Agirc-Arrco seraient incluses parmi les organismes destinataires des DSN PASRAU (**1° du I**), et ce à compter du 1^{er} janvier 2025 (**2° du X**), afin de leur permettre de disposer des informations sur les cotisations dues au titre des maintiens de salaires prévus dans le cadre des dispositifs de cessation anticipée d'activité et de pré-retraite⁵.

Enfin, la caisse de sécurité sociale de Mayotte, où les dispositions relatives à la DSN et à la DSN PASRAU sont applicables depuis le 1^{er} janvier 2022⁶, serait elle aussi destinataire de la DSN PASRAU (**2° du V**).

¹ En l'occurrence, une seule caisse de congés payés, qui verse des cotisations à la MSA d'Ile-de-France, entre dans ce champ. Les indemnités de congés payés constituent des revenus d'activité, mais leur recouvrement, qui est actuellement assuré par les caisses de MSA dans le cadre d'un flux bilatéral, s'opèrera au travers de la DSN PASRAU à compter du 1^{er} janvier 2025.

² Les avantages de retraite, les allocations chômage, avantages attachés à la cessation d'activité et aides à la reprise d'activité versés aux travailleurs involontairement privés d'emploi, ainsi que les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité.

³ Groupama, Groupagric et Prédica.

⁴ La cotisation due par les salariés au titre de leurs revenus d'activité est déjà recouvrée par les Urssaf.

⁵ L'Agirc-Arrco interagit actuellement avec les organismes gestionnaires via un dispositif spécifique – qui serait, aux termes du présent article, remplacé par la DSN PASRAU – et attribue des droits en cohérence avec les cotisations calculées sur la base des montants des salaires maintenus déclarés par les émetteurs.

⁶ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 23.

5. Le résultat financier de la mise en œuvre par la CCMSA du reversement des cotisations sur la base des sommes dues serait affecté aux régimes agricoles

Au-delà de quelques ajustements d'ordre rédactionnel (1° à 4°, 6° et 7° du A du III), le présent article apporte, dans un souci de sécurité juridique, des précisions à la liste des cotisations et contributions sociales concernées par le reversement par la CCMSA sur la base des sommes dues, de façon à :

- y faire référence aux cotisations et contributions finançant les régimes de base de sécurité sociale rendus obligatoires par la loi à la charge des salariés ou assimilés des professions agricoles et de leurs employeurs, la référence figurant actuellement dans la loi renvoyant aux seules cotisations et contributions dues au titre de l'emploi de salariés non agricoles ;

- y intégrer la contribution à la formation professionnelle des chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles¹, ainsi que celle des travailleurs indépendants et employeurs de moins de 11 salariés des secteurs de la pêche maritime et des cultures marines² (5° du A du III).

Il prévoit également, comme c'est le cas pour l'Urssaf Caisse nationale avec le régime général, que le solde résultant, pour la CCMSA, de la mise en œuvre du reversement des cotisations sur la base des sommes dues, déduction faite des frais de gestion, soit **affecté aux branches des régime des salariés et des non-salariés des professions agricoles**, selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget, de la sécurité sociale et de l'agriculture en fonction des soldes prévisionnels de ces branches (8° du A du III).

Ces dispositions entreraient en vigueur le 1^{er} janvier 2025 (2° du X).

6. Les entreprises étrangères ne disposeraient plus de la faculté de désigner un représentant social en France

Les dispositions permettant aux entreprises ne comportant pas d'établissement en France de désigner un représentant résidant en France pour procéder à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi de leurs salariés seraient enfin **supprimées** (7° du I et C du III) à compter du 1^{er} mars 2024 (1° du X).

7. Une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024

Les dispositions n'entrant pas en vigueur le 1^{er} mars 2024 ou le 1^{er} janvier 2025 seront **applicables au 1^{er} janvier 2024** (X).

¹ Article L. 718-2-1 du code rural et de la pêche maritime.

² Article L. 6331-53 du code du travail.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : des corrections, coordinations et modifications rédactionnelles

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale est réputée avoir adopté cet article assorti de deux amendements de correction d'erreurs matérielles, de neuf amendements rédactionnels - dont l'un distingue les dispositions rétablies relatives à l'octroi par les Urssaf d'échéanciers de paiement accordés par les Urssaf (10° bis du I) de celles qui confèrent à l'Ircantec le bénéfice du privilège de la sécurité sociale (12° du I) - ainsi que de trois amendements de coordination de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale ainsi modifié.

III - La position de la commission : préserver les mécanismes qui portent leurs fruits et sécuriser le recouvrement des cotisations sociales

La commission se réjouit de l'abandon du projet de transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de l'Agirc-Arrco, abandon qu'elle avait déjà approuvé lors de la réforme des retraites et **qui se fondait largement sur les travaux du sénateur René-Paul Savary et de la sénatrice Cathy Apourceau-Poly** au nom de la Mecss. Il ne lui paraît **pas justifié de bouleverser un système de recouvrement qui a fait ses preuves**, sans certitude sur les modalités exactes de sa refonte et sur les économies attendues de la réforme, qui plus est contre la volonté unanime des partenaires sociaux.

En revanche, il est important que l'Urssaf Caisse nationale continue, au cours des prochaines années, à **développer ses capacités de fiabilisation des données individuelles**, indispensables à la garantie d'un lien étroit entre cotisations et droits.

La commission sera également vigilante à la mise en œuvre effective des dispositions législatives accordant aux organismes sociaux la possibilité d'émettre une DSN de substitution à défaut de correction par l'employeur des éventuelles anomalies détectées en DSN, ainsi qu'aux modalités de **prise en compte des corrections demandées par d'autres organismes, notamment l'Agirc-Arrco**¹. D'après l'Urssaf Caisse nationale, l'émission des DSN de substitution à l'issue des contrôles sur pièces et sur place devrait être envisageable **dès 2024** et au terme des contrôles automatisés au fil de l'eau **à compter de 2025**.

¹ L'Urssaf Caisse nationale précise que « l'alignement de l'Agirc-Arrco avec ce projet n'est pas à ce jour garanti, l'Agirc-Arrco invoquant des délais techniques et des objections de principe telles qu'un « déséquilibre » pour le régime du fait du rétablissement de droits sans contrepartie à due hauteur en cotisations, du fait du moindre niveau de recouvrement sur les redressements ».

Il lui semble également nécessaire d'amorcer des réflexions sur les moyens de permettre qu'en cas de contrôle sur pièces et sur place mené par les Urssaf, les redressements de cotisations et contributions sociales puissent également **concerner les cotisations de retraite complémentaire**.

Les autres dispositions du présent article n'appellent pas de remarque particulière de sa part.

Ont été adoptés, sur la proposition de la rapporteure générale :

- un **amendement n° 216** garantissant que la CDC conserve le recouvrement de la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) ;

- un **amendement n° 221** prévoyant la transmission à la caisse de sécurité sociale de Mayotte non seulement des DSN PASRAU, mais **également des DSN** ;

- deux **amendements n° 215 et 220** de correction d'erreurs matérielles, qui permettent de sécuriser le transfert aux Urssaf du recouvrement de la CSG et de la cotisation d'assurance maladie dues au titre des revenus de remplacement perçus par les salariés agricoles ;

- un **amendement n° 217** de correction d'une erreur matérielle, qui vise à inclure le produit de l'ensemble des cotisations concernées par le dispositif de reversement sur la base des sommes dues dans le solde du dispositif faisant l'objet d'une répartition entre les branches du régime général ;

- quatre **amendements rédactionnels et de précision n°s 212, 218 rect., 219 et 222**.

La commission vous demande d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 8 bis (nouveau)

Limitation des conséquences résultant de l'adhésion au régime de l'assujetti unique en matière de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sur le montant dû de taxe sur les salaires (TS)

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à éviter que des entités soient assujetties à la taxe sur les salaires du fait de leur appartenance à un groupe TVA.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit actuel

1. Le groupe TVA

Le régime de l'assujetti unique, ou « groupe TVA », résulte de l'article 256 C du code général des impôts, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022 et instauré par l'article 162 de la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021.

Le principe est que des personnes assujetties à la TVA étroitement liées entre elles sur les plans financier, économique et de l'organisation peuvent demander à former un seul assujetti au regard de la TVA, dans lequel un représentant désigné par les membres du groupe est chargée d'acquitter l'ensemble de la TVA.

Il s'agissait de pallier la remise en cause partielle par la jurisprudence européenne de l'usage du dispositif du groupement autonome de personnes, dont tous les membres restaient assujettis à la TVA individuellement, d'aligner la France sur la plupart des États membres de l'Union européenne et de garantir une plus grande neutralité de la TVA sur les choix d'organisation des entreprises.

2. La taxe sur les salaires

La taxe sur les salaires, définie par l'article 231 du code général des impôts et par l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, est assise sur les rémunérations des salariés. Son taux est de 4,5 % pour les salaires bruts annuels jusqu'à 8 572 euros, 8,50 % pour les salaires bruts annuels supérieurs à 8 572 euros et d'au plus 17 113 euros, et 13,60 % pour les salaires bruts annuels supérieurs à 17 113 euros.

La taxe sur les salaires est affectée à la Cnav, la Cnaf, la Cnam et la CNSA, selon des proportions définies par l'article L. 131-8 précité du code de la sécurité sociale (actuellement 53,37 %, 16,87 %, 25,19 % et 4,57 %¹).

Selon le tome 1 du fascicule « voies et moyens » annexé au PLF 2024, son produit a été de 16,4 milliards d'euros en 2022, et son produit attendu pour 2023 et 2024 est de respectivement 17,3 milliards d'euros et 16,1 milliards d'euros.

3. L'assujettissement des membres d'un groupe TVA à la taxe sur les salaires

Selon l'article 231 du code général des impôts, l'employeur est redevable de la taxe sur les salaires seulement si l'année de versement des rémunérations, il n'était pas soumis au paiement de la TVA ou ne l'a pas été sur 90 % au moins de son chiffre d'affaires². Dans ce dernier cas, la taxe sur les salaires est calculée en appliquant aux rémunérations le rapport existant entre le chiffre d'affaires qui n'a pas été passible de TVA et le chiffre d'affaires total.

Ainsi, des entités originellement non soumises à la taxe sur les salaires entrant dans un groupe TVA peuvent en devenir redevables en raison du chiffre d'affaires interne réalisé avec les autres entités membres du nouveau groupe TVA.

L'assujettissement éventuel à la taxe sur les salaires était clairement identifié lors de l'instauration du groupe TVA. Ainsi, dans son commentaire du futur article 162 précité de la loi de finances pour 2021, Jean-François Husson, rapporteur général de la commission des finances, écrivait : « *Il convient de noter que la constitution d'un assujetti unique ne concerne que la TVA et n'a aucun impact sur les autres impositions des membres du groupe, en particulier au regard de la taxe sur les salaires* ». Toutefois le risque que des entités deviennent assujetties à la taxe sur les salaires du fait de leur entrée dans un groupe TVA a pu être sous-estimé.

B. Le droit proposé

Le présent article, résultant d'un amendement déposé par le député Mathieu Lefèvre inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, propose de rétablir un article 231 A du code général des impôts, selon lequel les rémunérations versées par l'employeur membre d'un groupe TVA sont exonérées de taxe sur les salaires lorsque certaines conditions cumulatives sont remplies :

- l'employeur ne serait pas assujetti à la taxe sur les salaires s'il n'était pas membre du groupe TVA ;

¹ L'article 10 du présent PLFSS propose de modifier ces taux pour réaliser des transferts de la Cnam vers la Cnav et de la Cnaf vers la CNSA.

² Ou si l'année avant le versement des rémunérations, moins de 10 % de son chiffre d'affaires était soumis à la TVA.

- au titre de l'année civile précédant celle du paiement des rémunérations, le chiffre d'affaires des opérations réalisées par le groupement TVA qui ouvrent droit à déduction est au moins égal à 90 % du montant total de son chiffre d'affaires imposable à la TVA.

Dans le cas particulier des rémunérations versées lors de l'année civile de constitution du groupe TVA, cette seconde condition s'apprécie par référence au chiffre d'affaires de cette année civile.

Ces dispositions s'appliqueraient à la taxe sur les salaires due au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2024.

II - La position de la commission

Le présent article complète utilement l'instauration du groupe TVA au 1^{er} janvier 2022.

Il vise à neutraliser l'assujettissement à la taxe sur les salaires des groupes qui, avant d'opter pour ce régime, n'en étaient pas redevables. L'administration fiscale considère donc qu'il est sans incidence sur les recettes des caisses percevant la taxe sur les salaires (Cnav, Cnaf, Cnam et CNSA).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 9

Simplification du schéma de financement du système de retraite

Cet article vise à transformer le circuit de financement des régimes spéciaux fermés depuis 2023, à mettre à la charge de l'Agirc-Arrco une contribution au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite et à procéder à certains ajustements en lien avec la réforme des retraites.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : un nouveau schéma de financement pour les régimes spéciaux fermés et divers ajustements à la réforme des retraites

A. Il est nécessaire d'assurer le financement des régimes fermés aux nouveaux entrants par la réforme des retraites et de mettre un terme à certaines iniquités

1. Les modalités de financement des régimes spéciaux fermés à compter du 1^{er} septembre 2023 devaient encore être déterminées

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2023, le législateur a fermé la plupart des régimes spéciaux de retraite aux nouveaux entrants à compter du 1^{er} septembre 2023¹.

Les régimes fermés depuis la réforme de 2023

Ont été mis en extinction par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 :

- **le régime de retraite des clercs et employés de notaires²**, géré par la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN), qui comptait, en 2021, 62 854 cotisants, 71 568 pensionnés de droit direct et 7 663 de droit dérivé³ ;

- **le régime de retraite du personnel de la RATP⁴**, géré par la Caisse de retraite du personnel de la RATP (CRP RATP), qui comptait, en 2021, 42 444 cotisants, 39 484 pensionnés de droit direct et 11 150 de droit dérivé⁵ ;

¹ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 1^{er}.

² Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, article 1^{er} ; décret n° 90-1215 du 20 décembre 1990 portant application de la loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires et modifiant certaines dispositions relatives à cette caisse.

³ Décret n° 2023-689 du 28 juillet 2023 relatif au régime spécial de retraite des clercs et employés de notaires.

⁴ Décret n° 2024-174 du 23 février 2024 relatif au régime de sécurité sociale du personnel de la Régie autonome des transports parisiens ; article L. 2142-4-2 du code des transports.

⁵ Décret n° 2023-690 du 28 juillet 2023 relatif au régime spécial de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.

- **le régime de retraite des industries électriques et gazières (IEG)¹**, géré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (Cnieg), qui comptait, en 2021, 135 427 cotisants, 139 636 pensionnés de droit direct et 40 255 de droit dérivé² ;

- **le régime de retraite des agents titulaires de la Banque de France³**, géré par la Caisse des dépôts et consignations, qui comptait, en 2021, 7 852 cotisants, 14 647 pensionnés de droit direct et 2 972 de droit dérivé⁴ ;

- **le régime de retraite des membres du Conseil économique, social et environnemental (Cese)⁵**, qui comptait, en 2021, 175 cotisants et plus de 800 pensions⁶.

Comme ce fut le cas pour le régime du personnel de la SNCF, **les salariés embauchés dans les secteurs concernés à compter de la fermeture de ces régimes sont désormais affiliés au régime général au titre de l'assurance vieillesse** et, au titre de la retraite complémentaire, à l'Institution de retraite complémentaire des agents contractuels de droit public (Ircantec) pour les membres du Cese et à l'Agirc-Arrco pour les salariés des autres entreprises et institutions concernées.

En revanche, **les salariés affiliés avant cette date aux régimes spéciaux de retraite conservent le bénéfice de ces derniers**. Par ailleurs, pour ce qui concerne certains de ces régimes, **les nouvelles recrues demeurent affiliées au régime spécial au titre d'autres risques** que le risque vieillesse.

La fermeture des régimes de retraite n'est pas neutre financièrement, dans la mesure où ceux-ci doivent assurer le paiement des pensions de leur stock de retraités, mais aussi, à terme, de leurs affiliés actuels, tandis que **leurs effectifs de cotisants ne feront désormais que décroître**.

Le Gouvernement avait donc remis à plus tard la détermination des modalités de compensation à ces régimes des effets de leur fermeture sur leurs effectifs de cotisants et donc sur leur équilibre financier.

¹ Loi n° 46-628 du 8 avril 1946 sur la nationalisation de l'électricité et du gaz, article 47 ; décret n° 46-1541 du 22 juin 1946 approuvant le statut national du personnel des industries électriques et gazières ; loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, article 16.

² Décret n° 2023-692 du 28 juillet 2023 relatif au régime spécial de retraite des industries électriques et gazières.

³ Décret n° 2007-262 du 27 février 2007 relatif au régime de retraite des agents titulaires de la Banque de France ; article L. 142-9 du code monétaire et financier.

⁴ Décret n° 2023-693 du 28 juillet 2023 relatif au régime spécial de retraite de la Banque de France.

⁵ Loi n° 57-761 du 10 juillet 1957 portant modification de certaines dispositions de la loi du 6 janvier 1950 en ce qui concerne le statut du Conseil économique ; décret n° 59-601 du 5 mai 1959 relatif au régime administratif et financier du Conseil économique et social.

⁶ Article L. 381-32 du code de la sécurité sociale.

La fermeture du régime du personnel de la SNCF et sa compensation

En 2018, le législateur a acté **la fin du recrutement au statut par la SNCF à compter du 1^{er} janvier 2020**¹. En conséquence, les agents recrutés depuis cette date ne sont plus affiliés au régime spécial de retraite du personnel de la SCNF, mais au régime général de sécurité sociale².

Afin de compenser les conséquences de l’extinction du régime sur ses effectifs de cotisants, il a été prévu qu’à compter de 2020, **la Caisse nationale d’assurance vieillesse (Cnav) et l’Agirc-Arrco compensent à la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) les pertes de ressources en résultant**³. Une convention entre ces régimes détermine les modalités de cette compensation. Le versement correspondant a atteint 81 millions d’euros en 2023 et devrait, en l’état du droit, **être multiplié par trois d’ici à 2030**.

Évolution prévisionnelle du montant de la compensation versée à la CPRP SNCF par la Cnav et l’Agirc-Arrco (en millions d’euros)

Année	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<i>Cnav</i> *	26	44	62	76	87	95	107	118	130
<i>Agirc-Arrco</i>	22	37	51	63	72	82	92	102	113
Total	48	81	114	139	159	177	199	221	243

Source : Direction du budget, d’après la CPRP SNCF

* Après déduction de la variation de la compensation généralisée vieillesse.

Outre cette compensation, il convient de rappeler que certains des régimes concernés sont également **bénéficiaires de la compensation généralisée vieillesse**⁴.

La compensation généralisée vieillesse

En 1974⁵, le législateur a instauré **un mécanisme de compensation entre les régimes de base de sécurité sociale** tendant à « *remédier aux inégalités provenant des déséquilibres démographiques et des disparités de capacités contributives entre les différents régimes* »⁶, la « *compensation démographique vieillesse* ».

¹ Loi n° 2018-515 du 27 juin 2018 pour un nouveau pacte ferroviaire, article 3.

² Décret n° 2019-1533 du 30 décembre 2019 portant diverses dispositions relatives au régime spécial de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français, article 1^{er}.

³ Loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 25.

⁴ Les régimes du personnel de la SNCF, des clercs et employés de notaires et de la Banque de France sont bénéficiaires, pour respectivement 48, 31 et 11 millions d’euros en 2022 ; les régimes des IEG et du personnel de la RATP sont contributeurs à la compensation généralisée à hauteur de 42 et 26 millions d’euros en 2022.

⁵ Loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les Français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoire, article 2.

⁶ Article L. 134-1 du code de la sécurité sociale.

La loi prévoit néanmoins que, tant que les capacités contributives de l'ensemble des non-salariés ne pourront être définies dans les mêmes conditions que celles des salariés, la compensation entre l'ensemble des régimes de salariés et les régimes de non-salariés ait uniquement pour objet de **remédier aux déséquilibres démographiques**.

Les régimes concernés sont les régimes de base obligatoires dont l'effectif des actifs cotisants et des retraités titulaires de droits propres âgés d'au moins 65 ans est, au total, supérieur à 20 000 personnes au 1^{er} juillet de l'année considérée¹.

La compensation démographique se décline donc en deux « étages » :

- **une compensation entre le régime général au titre des salariés, d'une part, et les régimes de salariés, d'autre part**, établie en fonction de la démographie et des capacités productives des populations affiliées aux régimes et calculée sur la base d'un régime unique fictif versant à chaque titulaire d'une pension de droit direct âgé d'au moins 65 ans une pension de référence et financé par une cotisation proportionnelle au salaire plafonné de chacun des cotisants, dont le taux est égal au produit de l'effectif des retraités d'au moins 65 ans titulaires d'une pension de droit direct de l'ensemble des régimes concernés par la prestation de référence, rapporté à la masse salariale sous plafond des ressortissants de l'ensemble de ces régimes. La différence entre le produit de la cotisation proportionnelle et le montant des prestations calculées sur la base du régime fictif correspond, pour chaque régime, au solde de la compensation² ;

- **une compensation entre les régimes de salariés pris dans leur ensemble, d'une part, et chacun des régimes de non-salariés ainsi que le régime général au titre des travailleurs indépendants, d'autre part**, établie en fonction de la seule démographie et dont le solde correspond, pour l'ensemble des régimes de salariés et pour chacun des régimes de non-salariés, à la différence entre le produit du nombre de leurs cotisants actifs³ par une cotisation moyenne correspondant à la cotisation théorique uniforme qui devrait être versée par chaque cotisant actif de l'ensemble des régimes pour financer une pension de référence⁴, d'une part, et le produit du nombre de leurs bénéficiaires⁵ par la prestation de référence, le solde en résultant pour l'ensemble des régimes de salariés étant réparti entre eux au prorata des masses salariales sous plafond de leurs ressortissants respectifs⁶.

En 2022, la compensation généralisée a représenté **6 milliards d'euros de versements entre les régimes**. Les principaux bénéficiaires en sont les régimes agricoles, qui perçoivent, à eux deux, 86 % des versements. Le régime général, quant à lui, est contributeur à hauteur de 67 % des sommes versées.

¹ Article D. 134-9 du code de la sécurité sociale.

² Article D. 134-2 du code de la sécurité sociale.

³ Toute personne, quel que soit son âge, exerçant une activité professionnelle, assujettie à un régime obligatoire de sécurité sociale et qui verse personnellement ou pour laquelle est versée une cotisation (article D. 134-4 du code de la sécurité sociale).

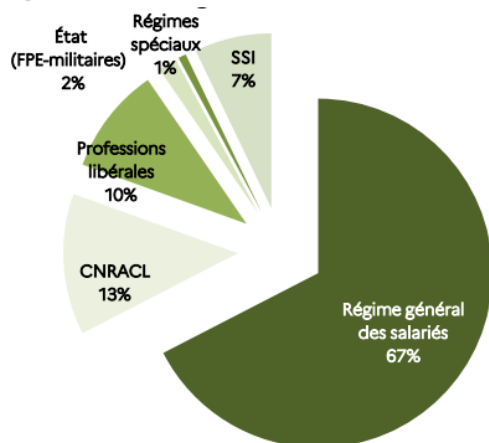
⁴ Article D. 134-3 du code de la sécurité sociale.

⁵ Les bénéficiaires sont les assurés âgés d'au moins 65 ans percevant un avantage au titre d'un droit propre.

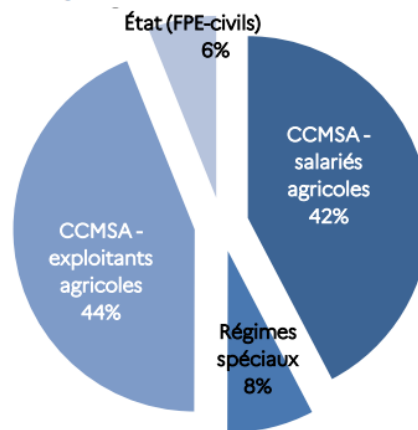
⁶ Article D. 134-5 du code de la sécurité sociale.

Répartition des régimes participant aux mécanismes de compensation en 2022

2a – régimes contributeurs



2b – régimes bénéficiaires



Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023

Les régimes spéciaux déficitaires – régimes du personnel de la SNCF, du personnel de la RATP, des mines¹, des marins², du Service d'exploitation des tabacs et allumettes (SEITA)³, des régies ferroviaires d'outre-mer, des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer⁴ et de l'Office de radiodiffusion-télévision française (ORTF) – sont par ailleurs **bénéficiaires d'une subvention d'équilibre versée par l'État**. Les crédits qui y sont affectés sont regroupés dans la mission budgétaire « Régimes sociaux et de retraite », **dotée de 6,14 milliards d'euros en 2023**.

¹ Loi n° 46-2154 du 7 octobre 1946 portant ouverture et annulation de crédits sur l'exercice 1946, article 171 ; décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 portant organisation de la sécurité sociale dans les mines.

² Article L. 5551-1 du code des transports.

³ Ordonnance n° 59-80 du 7 janvier 1959 portant réorganisation des monopoles fiscaux des tabacs et allumettes, article 3.

⁴ Ce régime en englobe trois : le régime des chemins de fer d'Afrique du Nord et du Niger-Méditerranée, géré par la CPRP SNCF, le régime des transports urbains tunisiens et marocains, géré par la CRP RATP, et le régime du chemin de fer franco-éthiopien, géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Évolution des crédits de la mission « Régimes sociaux et de retraite »
depuis 2012 (en milliards d'euros)



Source : Avis présenté au nom de la commission des affaires sociales du Sénat sur le projet de loi de finances pour 2023, tome III, Régimes sociaux et de retraite et compte d'affectation spéciale « Pensions » (n° 118, 2022-2023)

Finalement, jugeant que, compte tenu de l'hétérogénéité des modalités de financement des régimes spéciaux fermés, l'élaboration de conventions entre la Cnav, l'Agirc-Arrco et chaque régime, sur le modèle du schéma mis en œuvre pour le régime du personnel de la SNCF, serait **trop peu lisible et particulièrement complexe**, le Gouvernement souhaite aujourd'hui **réorganiser entièrement le schéma de financement des régimes spéciaux fermés**, y compris pour le régime du personnel de la SNCF et les régimes financés par la mission « Régimes sociaux et de retraite ».

2. Les ressortissants de certains régimes spéciaux bénéficient désormais du compte personnel de prévention sans que leurs employeurs ne contribuent au financement du dispositif

Créé en 2014¹, le compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) est devenu le **compte professionnel de prévention (C2P)** en 2017².

¹ Loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, article 10.

² Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, article 1^{er} ; article L. 4163-4 du code du travail.

Ce dispositif permet aux **salariés exposés à certains facteurs de risques professionnels** d'acquiescer des droits pour leur permettre de **sortir de la pénibilité**, soit en suivant une formation professionnelle, soit en accédant à un temps partiel sans perte de rémunération, soit en partant à la retraite de manière anticipée, soit, depuis 2023¹, en s'engageant dans un projet de reconversion professionnelle².

Son financement, qui repose, comme celui du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, sur une **majoration forfaitaire du taux de cotisation AT-MP identique pour toutes les entreprises, la majoration M4**, est assuré par la branche AT-MP du régime général et celle du régime des salariés agricoles, chacune pour ce qui la concerne³. Il fait l'objet, conjointement avec le dispositif de retraite pour incapacité permanente, d'un transfert de la branche AT-MP à la branche vieillesse, dont le montant, fixé en LFSS, s'élève, en 2023, à 128,4 millions d'euros pour le régime général (dont **60,3 millions d'euros au titre du C2P**) et à 9 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles.

Le C2P est susceptible d'être ouvert au bénéfice de tout salarié du secteur privé et du personnel des personnes publiques employé dans les conditions de droit privé. En revanche, **ne peuvent en bénéficier les salariés affiliés aux régimes spéciaux de retraite comportant déjà un dispositif spécifique de reconnaissance et de compensation de la pénibilité**⁴, dont la liste est fixée par décret⁵.

Du fait de la fermeture aux nouveaux entrants de la plupart des régimes spéciaux au 1^{er} septembre 2023, les agents nouvellement recrutés par les entreprises et institutions concernées sont désormais **éligibles au C2P**, celles-ci étant, dans le même temps, **assujetties à la majoration M4**.

Or, **ont également accès au C2P les nouvelles recrues des entreprises et institutions relevant de régimes dont la branche AT-MP n'est pas fermée** aux nouvelles affiliations, à savoir le régime du personnel de la RATP, celui des IEG et celui des agents titulaires de la Banque de France, **tandis que leurs employeurs ne sont pas redevables de la majoration M4**. Le Gouvernement souhaite donc remédier à cette injustice dans le cadre du PLFSS pour 2024.

¹ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 17.

² Article L. 4163-7 du code du travail.

³ Article L. 4163-21 du code du travail.

⁴ Article L. 4163-4 du code du travail.

⁵ Décret n° 2014-1617 du 24 décembre 2014 fixant la liste des régimes spéciaux de retraite mentionnée à l'article L. 4162-1 du code du travail, article 1^{er}.

3. Le maintien de l'affiliation à la CRPCEN et à la Cnieg des salariés ayant temporairement cessé leur activité n'est pas possible

Toujours dans le cadre de la réforme des retraites de 2023, le législateur a limité l'affiliation à la branche vieillesse du régime des clercs et employés de notaires¹ et de celui des IEG² aux seuls salariés recrutés avant le 1^{er} septembre 2023 et qui remplissent les conditions d'affiliation **sans aucune interruption à compter de cette date.**

Ce dernier critère faisant obstacle au maintien de l'affiliation à ces régimes des salariés affiliés avant le 1^{er} septembre 2023, mais **ayant cessé, à titre temporaire, d'exercer l'activité qui emportait leur affiliation auxdits régimes**, le Gouvernement souhaiterait qu'une dérogation soit prévue au bénéfice de ces derniers.

B. Le PLFSS pour 2024 prévoit donc un nouveau circuit de financement pour les régimes spéciaux fermés et apporte une solution à deux problématiques liées à la réforme des retraite

1. Le schéma de financement des régimes spéciaux fermés serait entièrement revu

Le présent article tend à **charger la Cnav d'assurer**, à compter du premier exercice au terme duquel leurs fonds propres sont négatifs, c'est-à-dire **après l'épuisement de leurs réserves, l'équilibre financier** :

- du régime des agents titulaires de la Banque de France ;
- du régime du personnel de la SNCF ;
- du régime du personnel de la RATP ;
- du régime des clercs et employés de notaires ;
- du régime des membres du Cese ;
- du régime des IEG ;
- du régime des mines ;
- du régime de la SEITA ;
- du régime des agents des chemins de fer d'Afrique du Nord et d'outre-mer ;
- et du régime des personnels de l'ORTF (**b du 2° du I**).

En conséquence, les dispositions prévoyant le versement par la Cnav et l'Agirc-Arrco d'une compensation de la fermeture du régime du personnel de la SNCF à la CPRP SNCF seraient abrogées (**II**).

¹ Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires, article 1^{er}.

² Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, article 16.

En outre, le texte prévoit le **versement par l'Agirc-Arrco à la Cnav d'une contribution au titre de la compensation des conséquences financières de la fermeture des régimes spéciaux**, dont le montant serait fixé par une convention conclue et approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget ou, à défaut de fixation de ce montant par une telle convention au 30 juin de l'exercice en cours, par décret, et ce à compter du 1^{er} janvier 2023 (**3° du I**).

En somme, en cas de déficit, les régimes en question se financeraient désormais en recourant à leurs réserves, puis bénéficieraient, une fois celles-ci épuisées, d'une **dotation d'équilibre versée par la Cnav**.

En contrepartie, cette dernière percevrait, d'une part, d'après le Gouvernement, « *les financements nécessaires pour cette mission, correspondant à ceux qui y auraient été consacrés par l'État* » au travers d'une **clé de TVA** « *dont le montant serait calculé à partir des crédits actuels de la mission « régimes sociaux et de retraite », et qui pourrait être revue à intervalles réguliers après la présentation d'un rapport au Parlement* »¹ et, d'autre part, un versement de l'Agirc-Arrco correspondant à ses gains liés à l'affiliation des nouveaux salariés des entreprises et institutions concernées par les régimes fermés, estimés par le Gouvernement à « *quelques dizaines de millions d'euros à horizon 2030 hors régime SNCF* »² et par l'Agirc-Arrco à 13 millions d'euros en 2030 et à 47 millions d'euros en cumulé sur la période 2023-2030.

Par conséquent, pour le calcul de la compensation généralisée vieillesse, le régime général – au titre des salariés – et les régimes spéciaux dont il assurerait l'équilibre financier **formerait un ensemble unique**, les transferts relatifs à cet ensemble étant mis à **la charge ou au bénéfice du seul régime général (b du 1° du I)**.

Par ailleurs, les taux de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA)³ perçue par la Cnieg ne seraient plus fixés en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la caisse pour le financement des droits spécifiques passés de ses affiliés (**2° du V**).

Le Gouvernement précise qu'ils seraient « *maintenus à leurs niveaux actuels afin que les recettes du système de retraite demeurent à un niveau constant conformément à la trajectoire présentée lors de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 ou dans le cadre des travaux du Conseil d'orientation des retraites* » dans la mesure où « *la situation du système de retraite ne permet pas d'envisager qu'une de ses ressources, au demeurant très significative, soit diminuée dans les années qui viennent* ».

¹ *Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 85.*

² *Réponses au questionnaire de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat.*

³ *Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, article 18.*

De fait, comme l'a rappelé devant la commission, le 8 février dernier, le directeur comptable et financier de la Cnieg, Hervé Duchaigne, la CTA, qui représente environ **1,7 milliard d'euros de recettes** chaque année, finance non seulement une fraction des droits acquis par les affiliés du régime spécial avant 2005, mais également une fraction de la soulte Cnieg (voir *infra*), **qui s'éteindra en 2025**. Au surplus, **les charges à financer au titre des droits acquis avant 2005 étant en diminution**, « *passé le cap de 2018-2019, nous sommes entrés dans une phase de décrue démographique et d'extinction naturelle de la CTA* ».

Le régime des IEG, un précédent d'adossement au régime général

Au moment de l'ouverture à la concurrence des marchés de l'électricité et du gaz et de la transformation d'EDF et de GDF en sociétés anonymes, en 2005, la nécessité d'appliquer les normes comptables internationales aux sociétés cotées aurait dû conduire à **provisionner, dans les comptes d'EDF et de GDF, les engagements relatifs au régime spécial de retraite des IEG** (environ 100 milliards d'euros courants), dans la mesure où celui-ci est un régime à prestations définies. Il en aurait résulté un fort déséquilibre du bilan d'EDF et de GDF à même de **compromettre leur introduction en bourse**.

Du reste, il s'avérait nécessaire de séparer en comptabilité, en financement et en gestion le régime de retraite d'EDF et de GDF.

En 2004, le législateur a donc créé la Cnieg, à qui a été confiée la gestion du régime¹, **adossé, depuis le 1^{er} janvier 2005, au régime général et au régime de retraite complémentaire des salariés du secteur privé**².

En pratique, la Cnieg recouvre les cotisations d'assurance vieillesse des affiliés du régime spécial et reverse à la Cnav et à l'Agirc-Arrco **un montant équivalent au produit des cotisations qui seraient encaissées si ses cotisants relevaient du régime général et du régime de retraite complémentaire**.

Au surplus, pour assurer la neutralité financière de l'adossement pour le régime général, le législateur a prévu le versement par les employeurs des IEG d'une « *contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire* » dite « **soulte Cnieg** », dont 40 %, soit 3,06 milliards d'euros, ont été versés au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005 et reversés à la Cnav avec le produit de leur placement pour un total de 5 milliards d'euros en 2020, les 60 % restants devant être versés à la Cnav en 20 annuités, de 2005 à 2024, pour un total de 4,59 milliards d'euros.

En contrepartie, la Cnieg perçoit de la Cnav et de l'Agirc-Arrco **un versement correspondant au montant des prestations qui seraient dues aux retraités du régime spécial s'ils relevaient du régime général** et leur verse des pensions calculées selon les règles du régime spécial.

¹ Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, article 16.

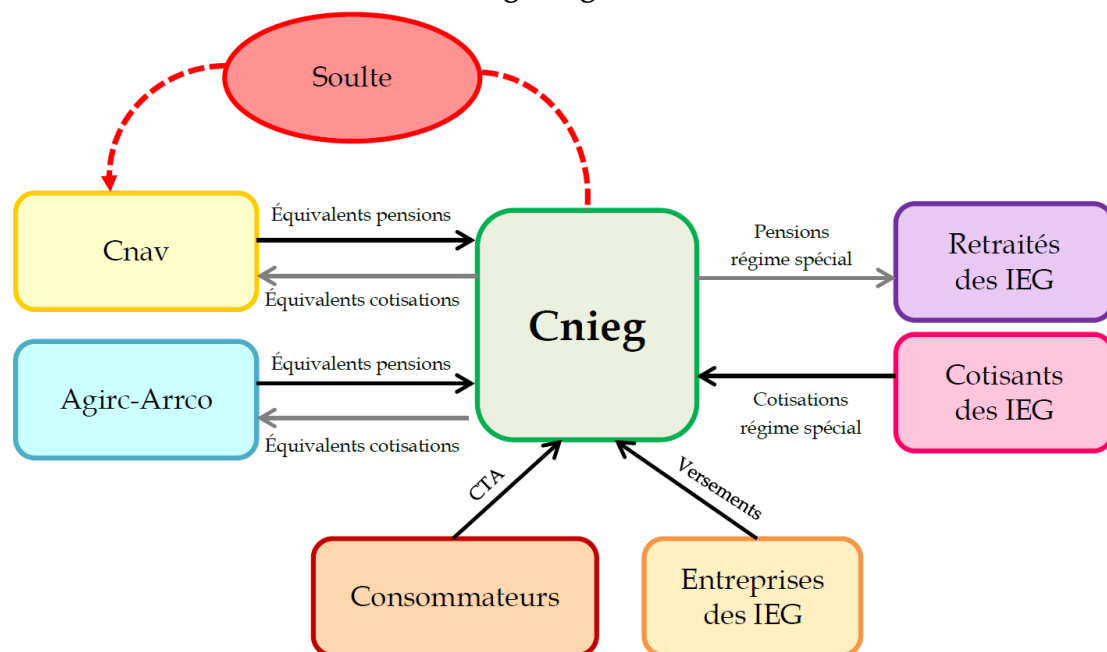
² Loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières, article 19.

Les sommes restant à la charge de la Cnieg correspondent aux **droits spécifiques passés**, constitués par les affiliés du régime spécial au 31 décembre 2004, et aux **droits spécifiques futurs**, acquis depuis le 1^{er} janvier 2005.

Les droits futurs sont financés par **une cotisation employeur d'équilibre** dite « régime spécial » due par l'ensemble des employeurs du secteur.

En revanche, le droit de l'Union européenne faisant obstacle à ce que des entreprises entrées sur le marché de l'énergie postérieurement à son ouverture à la concurrence financent les droits passés, leur financement est assuré, pour les droits afférents à des activités non régulées¹, par **des versements des entreprises exerçant sur le marché au moment de l'adossment**² et, pour les droits afférents à des activités régulées³, par la **CTA**, imposition recouvrée auprès du consommateur final, dont la création a été neutre pour ce dernier, dans la mesure où elle s'est substituée à la portion du tarif de l'électricité et du gaz dédiée jusqu'alors au financement de ces droits. La CTA finance en outre une part de la soulte versée à la Cnav en 20 annuités. Ses taux sont fixés aujourd'hui **en fonction des besoins prévisionnels des 5 prochaines années de la Cnieg pour le financement de ces charges**.

Fonctionnement financier du mécanisme d'adossment de la Cnieg au régime général



Le régime des IEG est donc déjà adossé au régime général, ce qui devrait faciliter la mise en œuvre du nouveau schéma de financement. Le régime général et l'Agirc-Arrco continuera ainsi de percevoir les cotisations dues, soit par le biais de la Cnieg pour ce qui concerne les salariés affiliés avant le 31 août 2023, soit directement pour ce qui concerne les nouveaux salariés qui leur sont affiliés depuis le 1^{er} septembre 2023, et de verser les équivalents-pensions à la Cnieg.

¹ Activités de production et de commercialisation.

² Décret n° 2005-322 du 5 avril 2005 relatif à l'évaluation et aux modalités de répartition des droits spécifiques pris en application des articles 17 et 19 de la loi du 9 août 2004.

³ Activités d'acheminement de l'énergie.

Seraient enfin apportées des précisions d'ordre rédactionnel (a du 1° du I et a du 2° du I).

Schéma de financement initialement envisagé

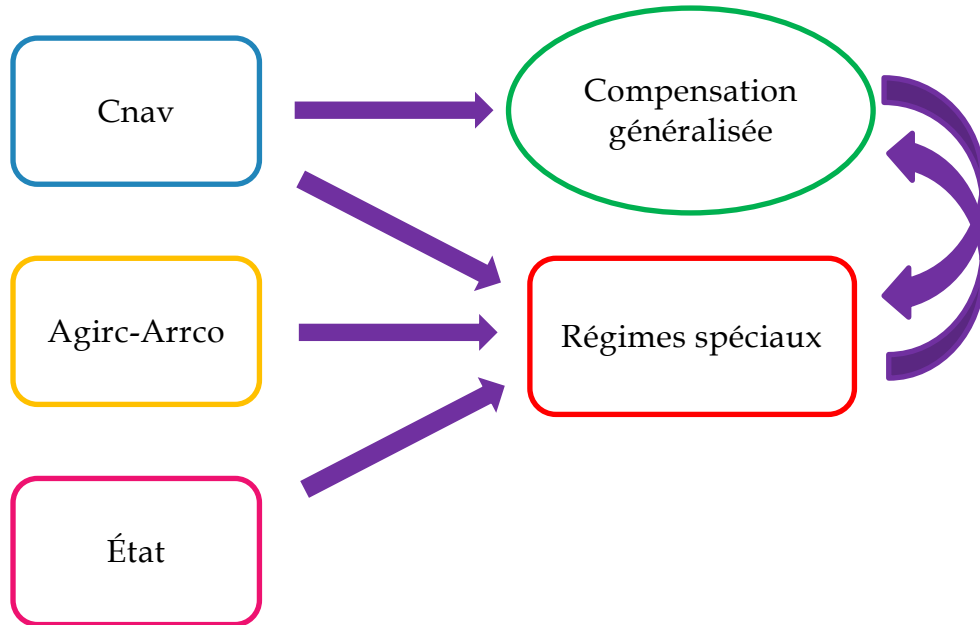
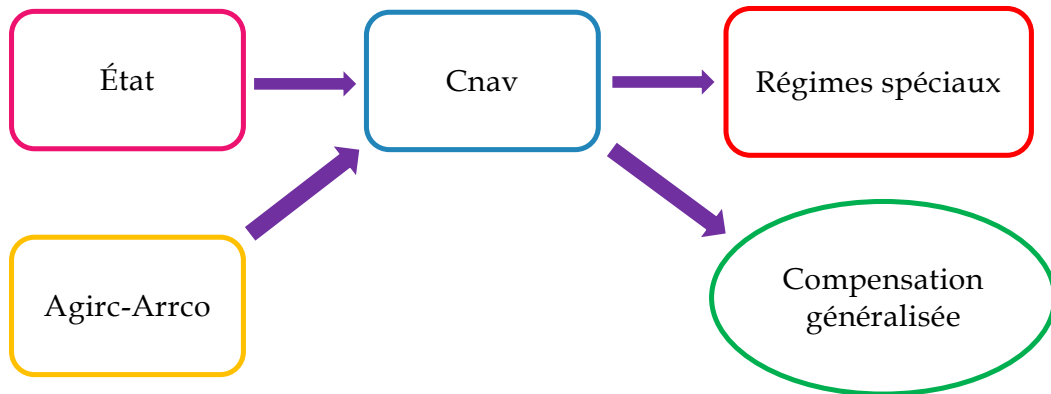


Schéma de financement proposé par le Gouvernement



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9)

2. Une contribution de solidarité serait demandée à l'Agirc-Arrco au titre des gains tirés de la réforme des retraites

Par ailleurs, une **contribution** « au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite » **serait due à la Cnav par l'Agirc-Arrco** et son montant déterminé par une convention conclue entre ces deux organismes et approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, du travail et du budget (3° du I).

Le Gouvernement indique que cette mesure est proposée « compte tenu des gains issus de la réforme des retraites pour l'Agirc-Arrco, liés au décalage de l'âge d'ouverture des droits à la retraite et à l'accélération de la durée d'assurance requise » et qu'il s'agirait d'une « contribution relative aux différents enjeux de solidarité au sein du système de retraite, dont celui résultant de la fermeture des régimes spéciaux »¹.

Le Gouvernement estime les gains en question à **1,2 milliard d'euros d'ici à 2026** (contre 1 milliard selon l'Agirc-Arrco) et à **3,1 milliards d'euros à l'horizon de 2030**.

Estimation des gains tirés de la réforme des retraites par l'Agirc-Arrco

(en milliards d'euros courants, effet recettes et dépenses)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Mesures d'âge et de durée d'assurance	0,1	0,8	1,3	1,8	2,6	3,4	3,9	4,5
Mesures d'accompagnement	- 0,1	- 0,3	- 0,5	- 0,6	- 0,8	- 1	- 1,2	- 1,4
Total	0,0	0,5	0,8	1,2	1,8	2,4	2,7	3,1

Source : Direction de la sécurité sociale

Toutefois, selon le Gouvernement, les mesures adoptées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'accord national interprofessionnel (ANI) 2023-2026 représenteraient, en 2027, un coût de :

- **500 à 600 millions d'euros** au titre de la suppression du coefficient de solidarité temporaire et du coefficient majorant de l'Agirc-Arrco² ;

¹ Fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9), page 86.

² Depuis 2019, le montant de la pension des retraités qui n'ont pas reporté la liquidation de leur pension d'au moins un an à compter de la date à laquelle ils étaient éligibles à une pension à taux plein est minoré de 10 % pendant trois ans, tandis que le montant de la pension des retraités qui ont reporté la liquidation de leur pension d'au moins deux ans à compter de cette même date est majoré de 10 % par année supplémentaire pendant un an. Le coefficient de solidarité sera supprimé pour les assurés dont la pension prendra effet à compter du 1^{er} décembre 2023 et, pour ceux dont la pension a pris effet antérieurement à cette date, à compter du 1^{er} avril 2024. Le coefficient majorant, quant à lui, sera supprimé pour les assurés nés à compter du 1^{er} septembre 1961 et dont la pension de base prendra effet à compter du 1^{er} décembre 2023.

- **100 millions d'euros** au titre de la création de droits à pension supplémentaires en situation de cumul emploi-retraite¹, comme la réforme des retraites de 2023 l'a permis pour les régimes de base ;

- **2 milliards d'euros** au titre de la revalorisation des pensions par rapport à une trajectoire correspondant aux règles d'indexation prévues par l'ANI 2019-2022².

Les réserves des régimes obligatoires et le droit de propriété

Jusqu'en 2013, la loi permettait aux personnes non salariées des professions agricoles d'opter pour des assureurs privés plutôt que pour la mutualité sociale agricole (MSA) pour la couverture des risques maladie, invalidité et maternité³, d'une part, et AT-MP⁴, d'autre part.

Or, en 2012, dans le cadre d'une réforme de la gestion de la MSA, le législateur a chargé la Caisse centrale de la MSA (CCMSA) d'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de MSA et du Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles (Gamex), **en transférant à la Caisse « la propriété des réserves antérieurement constituées » par les organismes de MSA et le Gamex⁵.**

Relevant « *qu'aucune disposition n'assure que les exigences de l'article 17 de la Déclaration de 1789 [qui consacre le droit de propriété] ne sont pas méconnues* », le Conseil constitutionnel a déclaré ces dispositions **contraires à la Constitution⁶.**

L'année suivante, ont été abrogées les dispositions permettant aux non-salariés agricoles d'opter pour des assureurs privés pour la couverture des risques maladie et AT-MP, tandis qu'**a été confiée à la MSA la « gestion » de ces branches et des réserves antérieurement constituées pour leur compte** par le Gamex et l'Assurance accident des exploitants agricoles (AAEXA)⁷. Il était prévu par la loi, du reste, que le préjudice susceptible de résulter, pour les assureurs, du transfert à la MSA de la gestion des deux branches fasse l'objet d'**une indemnisation.**

¹ Les assurés en cumul emploi-retraite intégral, c'est-à-dire ceux qui ont liquidé leur pension à taux plein à partir de l'âge légal de départ, s'ouvriront des droits à pension supplémentaires dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale (46 368 euros en 2024) à compter du 1^{er} janvier 2024.

² Les pensions servies par l'Agirc-Arrco ont été revalorisées à hauteur de 4,9 % au 1^{er} novembre 2023, soit le niveau de l'inflation annuelle, tandis que l'ANI 2019-2022 prévoyait une indexation des pensions sur l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT) diminuée d'un facteur de soutenabilité de 1,16 entre 2023 et 2033. De 2024 à 2026, la revalorisation annuelle correspondra au taux d'inflation diminué d'un facteur de soutenabilité de 0,40 point, le conseil d'administration disposant de la faculté de ne pas appliquer ce dernier.

³ Ancien article L. 731-30 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Ancien article L. 752-13 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, article 37.

⁶ Conseil constitutionnel, décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

⁷ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 82.

Dans ces conditions, en rappelant que « *le transfert de l'ensemble des droits et obligations attachés à un régime obligatoire de base de la sécurité sociale ne constitue pas, pour les organismes à qui cette gestion était antérieurement confiée, une privation de propriété au sens de l'article 17 de la Déclaration de 1789* » et en relevant que le législateur avait poursuivi un **but d'intérêt général**, à savoir l'amélioration de l'efficacité et de la gestion du service public de la sécurité sociale, et prévu **une indemnisation** au bénéfice des assureurs, le Conseil constitutionnel a confirmé la conformité à la Constitution des dispositions en cause¹.

Par la suite, dans son avis sur le projet de loi instituant un système universel de retraite, qui tendait à unifier l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires, à confier la gestion de la trésorerie du système universel à l'Acoss (désormais Urssaf Caisse nationale) et à **affecter à cette dernière la part des actifs des caisses de retraite assurant la couverture des besoins de trésorerie liés au service des pensions**, dans la limite, pour chaque caisse, d'un plafond de trois mois de versement des prestations dues par elle, le Conseil d'État a indiqué s'être « *interrogé sur l'atteinte éventuellement portée par ces dispositions à des droits patrimoniaux attachés à la gestion des régimes de retraites complémentaires* ».

Bien qu'estimant que ces dispositions ne portaient pas atteinte au droit de propriété « *dès lors qu'il s'agit [les réserves des régimes de retraite] d'actifs financés par des prélèvements obligatoires, qui ont été mis en réserve pour financer le versement de pensions également obligatoires et que le projet de loi prévoit une affectation à l'Acoss pour permettre la couverture des besoins en fonds de roulement des seules prestations de retraite* », l'institution a proposé au Gouvernement de **prévoir l'indemnisation du préjudice éventuel subi par l'Agirc-Arrco** du fait de l'affectation d'une part de ses réserves à l'Acoss au titre de cette mission.

En effet, en se fondant sur la jurisprudence du Conseil constitutionnel, le Conseil d'État a considéré que « *dès lors que le régime géré par les organismes de retraites complémentaires est obligatoire, les dispositions du projet doivent respecter les mêmes conditions que celles posées par le Conseil constitutionnel pour un régime de base* » et jugé « *nécessaire de prévoir dès le stade de l'habilitation [du Gouvernement à déterminer par ordonnance les modalités de mise en œuvre de cette intégration] que l'ordonnance devra déterminer les modalités d'indemnisation du préjudice éventuellement subi par ces institutions [les institutions de retraite complémentaire] du fait de cette intégration et du fait également de l'affectation d'une part de leurs actifs [leurs réserves] à l'Acoss au titre de sa mission de gestion de la trésorerie du système universel de retraite pour couvrir les besoins en fonds de roulement nécessaires au service des prestations* »².

¹ Conseil constitutionnel, décision n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013, loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

² Conseil d'État, avis n° 399.528 et 399.529 des 16 et 23 janvier 2020 sur un projet de loi organique et un projet de loi instituant un système universel de retraite.

3. Une contribution spécifique au financement du C2P à la charge des employeurs relevant de certains régimes spéciaux serait instaurée

Afin de faire contribuer au financement du C2P les employeurs de ressortissants de régimes spéciaux dont la branche AT-MP n'est pas fermée aux nouveaux entrants, contrairement à leur branche vieillesse (régimes des IEG, du personnel de la RATP et des agents titulaires de la Banque de France), **serait instituée une contribution assise sur les revenus d'activité pris en compte dans l'assiette des cotisations de sécurité sociale et affectée à la branche AT-MP du régime général (III).**

4. L'affiliation à la CRPCEN et à la Cnieg serait maintenue dans certains cas de cessation temporaire d'activité

Le présent article prévoit **le maintien de l'affiliation au régime des clercs et employés de notaires (1° du IV) et à celui des IEG (1° du V) après le 1^{er} septembre 2023 :**

- **en cas de prise de certains congés** ne donnant lieu ni au versement de cotisations ni à la constitution de droits à pension dans ces régimes et dont la liste serait fixée par décret¹ ;

- **en cas de rupture du contrat de travail** après le 1^{er} septembre 2023 et pendant un mois si la rupture était à l'initiative du salarié ou d'un commun accord, pendant un an si elle était à l'initiative de l'employeur ou jusqu'à la reprise d'une activité entraînant affiliation auprès d'un autre régime de sécurité sociale si cette reprise intervenait avant l'expiration de ces délais.

Les salariés ayant suspendu ou cessé leur activité avant le 1^{er} septembre 2023 demeureraient affiliés au régime spécial concerné après cette date **le temps de la suspension ou de l'interruption du contrat de travail**, quelle que soit la cause de celle-ci, et **pour une durée maximale de dix ans.**

Il serait enfin procédé à une coordination légistique (2° du IV).

5. Une entrée en vigueur en 2024 et 2025

Les dispositions relatives à la contribution devant être versée par l'Agirc-Arrco à la Cnav, à la contribution au financement du C2P des employeurs de ressortissants de régimes spéciaux dont la branche AT-MP n'a pas été fermée et au maintien de l'affiliation aux régimes des clercs et employés de notaires et des IEG en cas de cessation temporaire d'activité seraient **applicables à compter du 1^{er} janvier 2024**, les autres dispositions entrant en vigueur **au 1^{er} janvier 2025 (VI).**

¹ Les fiches d'évaluation préalable des articles du PLFSS pour 2024 (annexe 9) précisent qu'il s'agirait de « certaines périodes de congés familiaux ou conjugaux » (page 86).

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : des modifications rédactionnelles

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale est réputée avoir adopté cet article assorti de sept amendements rédactionnels de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale ainsi modifié.

III - La position de la commission : garantir à l'Agirc-Arrco la liberté de contribuer au financement de la revalorisation des minima de pension et à la Cnav la compensation par l'État des conséquences de l'adossement des régimes spéciaux fermés

Si elle consent à ce que **l'expérience en demeure le seul juge**, la commission relève que le schéma de financement proposé par le Gouvernement paraît **bien moins simple que le versement d'une compensation** par la Cnav et l'Agirc-Arrco à chacun des régimes spéciaux fermés.

Elle note, au surplus, que cette mesure ne fait pas l'unanimité auprès des organismes concernés. Ainsi, le conseil d'administration de la CPRP SNCF a regretté qu'un dispositif d'une telle ampleur n'ait fait l'objet d'**aucune concertation ni information préalable**, alors que le mécanisme conventionnel actuellement en vigueur, qui avait fait l'objet de travaux importants, lui donnait satisfaction.

De même, les administrateurs de la CRPCEN, qui réfléchissaient depuis plusieurs années à l'affectation d'une fraction de la cotisation sur les émoluments au financement d'un dispositif de retraite supplémentaire par capitalisation, se voient contraints, du fait de l'affectation prioritaire des fonds propres de la caisse au financement des déficits prévisionnels découlant de la fermeture aux nouveaux entrants, de **renoncer à ce projet** que permettait d'envisager la bonne santé financière du régime.

En tout état de cause, le nouveau schéma de financement laisse **craindre que l'État ne se désengage dans les années à venir** et ne compense pas intégralement le coût occasionné par cette intégration financière pour le régime général. Il paraît donc nécessaire de s'assurer que cette charge sera intégralement compensée année après année.

Par ailleurs, l'adossement au régime général des régimes spéciaux déficitaires que l'État équilibre actuellement au travers de la mission « Régimes sociaux et de retraite » devrait entraîner une réduction considérable du périmètre de la mission, qui n'engloberait plus que les subventions d'équilibre des régimes des marins, de la Comédie-Française et de l'Opéra de Paris, dans la mesure où ces sommes seront désormais versées par l'État au régime général par le biais d'une clé de TVA. Dès lors, **le contribuable ne disposera plus d'une parfaite visibilité sur la part du financement desdits régimes qu'il assume** au travers des impôts dont il est redevable.

Concernant l'Agirc-Arrco, après plusieurs tentatives s'étant soldées par des échecs, le Gouvernement choisit aujourd'hui une autre manière de départir le régime complémentaire d'une partie de ses excédents - qui, du reste, alimentent ses réserves - au profit du régime général, en recourant au véhicule conventionnel.

Il convient de noter à ce propos que, malgré les protestations du Gouvernement, les dispositions du présent article relatives à la contribution due par l'Agirc-Arrco au régime général sont **objectivement très confuses**, mélangeant, au sein du même alinéa, contribution due au titre de la solidarité financière au sein du système de retraite et contribution due au titre de la compensation de la fermeture des régimes spéciaux, et appellent donc **une clarification juridique**.

Le rapporteur tient à rappeler que les réserves constituées par les régimes de retraite sont avant tout le produit d'excédents successifs qu'ont permis de dégager **les efforts consentis par leurs affiliés**, soit au travers de taux de cotisation supérieurs au taux d'équilibre, soit par des pensions de retraite inférieures au niveau qu'aurait permis le strict équilibre du système par répartition.

Dans ce cadre, chaque régime a provisionné des réserves en vue d'anticiper les évolutions à venir de la situation démographique de sa population de cotisants et de pensionnés ; aussi celles-ci ne doivent-elles pas être considérées comme une « cagnotte », mais plutôt comme **des économies indispensables à la préservation de l'équilibre futur du régime qui les a constituées et au bénéfice de ses seuls assurés**.

Dès lors, l'Agirc-Arrco doit se voir garantir **l'entière liberté de contribuer ou non** au financement des mesures de revalorisation des pensions les plus faibles qui concerneraient un public plus large que les assurés de l'Agirc-Arrco.

De l'aveu même des directeurs de la direction de la sécurité sociale et de la Cnav, l'inscription d'une contribution de solidarité de l'Agirc-Arrco dans la liste des ressources de l'Assurance vieillesse **n'est pas une condition nécessaire au versement d'une somme de cette nature**, qui pourrait librement être opéré par voie conventionnelle.

Sur la proposition du rapporteur de la branche vieillesse, la commission a donc adopté :

- un **amendement n° 225** :

- **supprimant les dispositions prévoyant une contribution de l'Agirc-Arrco au titre de la solidarité financière du système de retraite ;**

- prévoyant, pour la compensation de la fermeture des régimes spéciaux, la conclusion d'une convention pluriannuelle entre la Cnav et l'Agirc-Arrco, comme c'est le cas actuellement entre ces deux organismes et la CPRP SNCF, plutôt que de les contraindre à renégocier chaque année le montant des sommes dues ;

- **prévoyant la remise par le Gouvernement d'un rapport présentant les modalités de compensation intégrale par l'État, chaque année, des conséquences, pour la Cnav, de l'adossment au régime général des régimes spéciaux fermés, de façon à éviter qu'il ne se désengage au cours des années à venir ;**

- un **amendement n° 227** visant à annuler le « gel » des taux de la CTA à leur niveau actuel, dans la mesure où cette imposition vise uniquement à couvrir les droits acquis avant 2005 par les affiliés de la Cnieg relevant du secteur régulé ainsi qu'une fraction de la soulte Cnieg et n'a pas vocation, une fois ces charges éteintes, à continuer de peser sur le consommateur final d'énergie.

- un **amendement n° 224** de correction d'une erreur matérielle prévoyant l'adossment au régime général du régime des régies ferroviaires d'outre-mer ;

- et deux **amendements rédactionnels n°s 223 et 226.**

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 10

**Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale
et avec le budget de l'État (« article tuyau »)**

Cet article tend notamment à réaliser divers transferts présentés comme la conséquence de dispositions existantes ou prévues par le PLF 2024. En particulier, il comprend un transfert de 194 millions d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche vieillesse, compensé par une augmentation à due concurrence de la TVA affectée à la branche maladie (prévue par l'article 32 du PLF 2024) et présenté comme la conséquence des économies permises par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État.

Il met l'affectation de TSA au financement de la C2S et de l'ASI en conformité avec la loi organique du 28 décembre 2021.

Surtout, il comprend des dispositions tendant :

- à neutraliser l'augmentation de 250 millions d'euros des plafonds de compensation par la CNSA aux départements de la PCH et de l'APA qui devrait normalement résulter du transfert en 2024 de 2,6 milliards d'euros de CSG de la Cades à la CNSA en application de l'article 3 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie ;*
- à permettre au Gouvernement de réduire par arrêté, dès 2023 et sans plafonnement, la compensation à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive des contributions patronales d'assurance chômage.*

La commission propose de supprimer ces deux mesures, de corriger une erreur matérielle relative au transfert de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche vieillesse¹ et de transférer 2 milliards d'euros de la branche maladie vers la branche famille, afin de compenser l'attribution à la Cnaf de 60 % de la charge des indemnités journalières (IJ) pour congé de maternité et de l'intégralité des IJ relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant, résultant de l'article 20 de la LFSS pour 2023.

Elle propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Le montant transféré est de 395 millions d'euros alors que le Gouvernement indique vouloir transférer 294 millions d'euros (194 millions d'euros au titre des gains permis pour le régime de la fonction publique d'État par la réforme des retraites et 100 millions d'euros au titre du transfert d'une partie du supplément de rendement de la taxe sur les véhicules de société résultant de l'article 14 du PLF 2024).

I - Le dispositif proposé

A. Réalisation de divers transferts en conséquence de dispositions existantes ou prévues

Le présent article propose tout d'abord divers transferts présentés comme la conséquence de dispositions existantes ou prévues.

Ces transferts sont synthétisés par le tableau ci-après.

Impact financier en droits constatés des transferts prévus par le présent article, selon le Gouvernement

(en millions d'euros)

	2024	2025	2026	2027
ROBSS	609	755	838	959
Maladie	100	100	100	100
AT-MP				
Famille	-92	-92	-92	-92
Vieillesse	260	399	474	586
Autonomie	341	348	356	365
Régime complémentaire agricole (RCO)	35	35	35	35

Lecture : un signe positif correspond à une économie ou à une recette supplémentaire, un signe négatif à une dépense supplémentaire ou à une moindre recette.

Remarques :

- Comme le souligne l'annexe 9 au présent PLFSS, l'impact sur les Robss de la diminution de la compensation par l'Acoss à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive de cotisations sociales patronales est nul, la diminution de cette compensation devant s'accompagner d'une diminution à due concurrence de la fraction de TVA affectée à l'Acoss par la loi de finances pour l'exercice concerné.

- Ce tableau ne prend pas en compte 100 millions d'euros de transferts de la branche maladie vers la branche vieillesse, de fait inclus dans les 395 millions d'euros de transferts de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche vieillesse résultant du *a* du 1° du I du présent article (*cf.* encadré *infra*). Interrogée à ce sujet, la DSS a indiqué qu'il s'agissait d'une erreur matérielle dans la rédaction de l'article, que la commission proposera de rectifier en conséquence.

Source : Annexe 9 au présent PLFSS

1. Mesures présentées par le Gouvernement comme résultant au moins partiellement de modifications apportées par la LFRSS 2023

a) Transferts de taxe sur les salaires

Le 1° du I du présent article modifie l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, qui affecte des recettes fiscales aux différentes branches.

Tout d'abord, dans le cas de la taxe sur les salaires, le *a* du 1° du I transfère 395 millions d'euros¹ de la branche maladie vers la branche vieillesse et 92 millions d'euros de la branche famille vers la branche autonomie. Sur ce montant de 395 millions d'euros, 194 millions d'euros sont présentés comme correspondant aux économies permises par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État.

Impact financier en droits constatés de la modification de l'affectation de la taxe sur les salaires (*a* du 1° du I du présent article, pour la partie présentée par le Gouvernement comme résultant de la LFRSS 2023), selon le Gouvernement (en millions d'euros)

	2024	2025	2026	2027
Maladie	0*	0*	0*	0*
AT-MP				
Famille	- 92	- 92	- 92	- 92
Vieillesse	194	333	408	520
Autonomie	92	99	106	113

Lecture : un signe positif correspond à une économie ou à une recette supplémentaire, un signe négatif à une dépense supplémentaire ou à une moindre recette.

* Opposé des montants de la branche vieillesse, compensé par une affectation à due concurrence de TVA par la loi de finances (dans le cas de 2024, l'article 32 du PLFSS 2024).

Source : Tableau reconstitué par la commission des affaires sociales d'après les données de l'annexe 9

La répartition de la taxe sur les salaires entre les différentes branches est définie au 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, dont la rédaction actuelle résulte de l'article 25 de la LFRSS 2023.

¹ Source : Calcul de la commission des affaires sociales. Selon la DSS, ce montant devrait en réalité être de 294 millions d'euros (cf. encadré infra).

- **Le financement en année pleine de l'AVA**

Dans le cas du transfert de 92 millions d'euros de taxe sur les salaires de la branche famille à la branche autonomie, il s'agit, selon l'annexe 9 au présent PLFSS, de prendre en compte l'impact en année pleine du financement par la branche autonomie de la part de assurance vieillesse des aidants (AVA), créée par l'article 25 précité de la LFRSS 2023 correspondant aux prestations liées à la situation de handicap ou de la perte d'autonomie.

On calcule que la modification des taux prévus au 1° de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale résultant de l'article 25 précité correspondait au transfert d'environ 60 millions d'euros de la branche famille vers la branche autonomie, ce qui est cohérent avec le supplément en année pleine de 92 milliards d'euros prévu par le présent article.

- **Le transfert de 194 millions d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie à la branche vieillesse, une nouveauté du présent PLFSS**

Dans le cas du transfert de 194 millions d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie à la branche vieillesse figurant dans le tableau précédent, il s'agit, toujours selon l'annexe 9, du « réinvestissement dans le système des retraites du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État ».

En effet, parallèlement au présent article, l'article 32 du PLF 2024, relatif aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale, augmente de 0,09 point (soit 194 millions d'euros) la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, cette augmentation étant octroyée à la branche maladie¹.

La ligne « maladie » du tableau précédent est d'un montant nul. En effet, selon l'annexe 9 au présent PLFSS, le transfert de la branche maladie vers la branche vieillesse au titre du gain de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État, de 194 millions d'euros en 2024, 333 millions d'euros en 2025, 408 millions d'euros en 2026 et 520 millions d'euros en 2027, « a vocation à être totalement compensée par l'affectation de TVA ».

Contrairement à ce que l'annexe 9 semble suggérer², aucune disposition de la LFRSS 2023 ne prévoit de transfert de la branche maladie vers la branche retraite.

¹ Cette fraction de TVA est minorée en 2024 d'un montant de 2,5 milliards d'euros correspondant à la reprise, prévue par le Gouvernement, d'une partie des excédents de l'Unédic (cf. infra).

² « Un transfert financier, également prévu par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale, vise à flécher dans le système des retraites le rendement de la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique de l'État, conformément au principe selon lequel la totalité des économies engendrées par la récente réforme devaient être consacrées à rééquilibrer le système de retraite. Il s'agit ici d'un transfert par répercussion depuis la branche maladie, par ailleurs affectataire à ce titre d'une fraction de TVA majorée, vers la branche vieillesse. Il était intégré à la trajectoire financière présentée en LFRSS » (annexe 9 au présent PLFSS).

En particulier, la seule disposition de la LFRSS 2023 modifiant l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale était son article 25, qui effectuait un transfert de la branche famille vers la branche autonomie (cf. *supra*). L'annexe 9 ne semble d'ailleurs véritablement rattacher le transfert de la branche maladie vers la branche vieillesse à la LFRSS 2023 que par le fait qu'il était implicitement intégré à la trajectoire financière présentée en LFRSS.

Si la commission des affaires sociales n'a pas d'objection de principe au transfert de 194 millions d'euros de TVA de l'État vers la sécurité sociale, elle constate son caractère paradoxal. En effet, le régime de la fonction publique d'État n'est équilibré que par la cotisation employeur de l'État et serait lourdement déficitaire en cas de normalisation de ses taux de cotisation au niveau de ceux du privé. Du reste, le CAS « Pensions » devrait devenir déficitaire dès 2024 avant la réforme, ce qui devrait en théorie conduire à un relèvement des taux de cotisation employeur de l'État, déjà très élevés (74,28 % pour les fonctionnaires civils et 126,07 % pour les militaires contre environ 16,5 % pour les salariés du privé).

Les transferts de taxe sur les salaires de la branche maladie à la branche vieillesse résultant du a du 1° du I du présent article

Les transferts de taxe sur les salaires de la branche maladie à la branche vieillesse résultant du a du 1° du I du présent article sont au total d'environ 395 millions d'euros, comme le montre le tableau ci-après.

Chiffrage par la commission de l'impact total de la modification de l'affectation de la taxe sur les salaires (a du 1° du I du présent article)

(en millions d'euros)

	Taux actuels (%)	Taux proposés (%)	Écart (points)	Impact en année pleine calculé par la commission (en M€)*
Vieillesse	53,37	55,57	2,2	<u>395</u>
Famille	16,87	16,36	-0,51	-92
Maladie	25,19	22,99	-2,2	<u>-395</u>
Autonomie	4,57	5,08	0,51	92
Total	100	100	0	0

* Estimation par la commission sur la base des taux et des prévisions de produit de taxe sur les salaires figurant dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2024 (p. 53), soit 17 993 millions d'euros.

Source : Commission des affaires sociales

Sur ce montant de 395 millions d'euros, 194 millions d'euros sont explicitement présentés comme correspondant aux économies permises par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État (cf. *supra*).

L'annexe 9 au présent PLFSS indique que 100 millions d'euros correspondent à la rétrocession par l'assurance maladie à la branche vieillesse de 100 millions d'euros du produit supplémentaire découlant de hausse des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévue par l'article 14 du PLF 2024¹.

Le solde, soit environ 100 millions d'euros, n'est pas explicité. Interrogée à ce sujet par la rapporteure générale, la DSS a indiqué qu'il s'agissait d'une erreur matérielle, devant être corrigée dans le cadre de la navette. La commission proposera un amendement en ce sens.

b) Transfert d'accise sur les alcools

Le II du présent article propose de modifier la répartition de la part de l'accise sur les alcools (de 53,4 %) affectée au financement de l'assurance vieillesse et du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire du régime de protection sociale des non-salariés agricoles.

Actuellement, ce taux de 53,4 % est réparti entre le régime de base et le régime complémentaire à hauteur, respectivement de 26,02 % et 27,38 %. Le présent article propose de modifier cette répartition au profit du régime complémentaire, en remplaçant ces taux par ceux de 24,51 % et 28,89 %.

Selon l'annexe 9 au présent PLFSS, il s'agit de prendre en compte le coût en année pleine de l'assouplissement des conditions d'accès à des droits gratuits à la retraite complémentaire agricole réalisé par l'article 18 de la LFRSS 2023. Le transfert proposé par le présent article serait de 35 millions d'euros, le coût en année pleine de la mesure s'établissant à 50 millions d'euros tandis que 15 millions d'euros ont déjà été affectés en LFRSS 2023.

¹ L'annexe 9 au présent PLFSS précise que la branche maladie « en rétrocèdera 100 millions d'euros à la branche [vieillesse] via une affectation de taxe sur les salaires ». La base juridique de cette affectation n'est pas explicitée, mais la DSS confirme qu'elle correspond bien au a du 1° du I du présent article.

**Impact financier en droits constatés du transfert d'accise sur les alcools
(II du présent article), selon le Gouvernement**

(en millions d'euros)

	2024	2025	2026	2027
Robss				
Maladie				
AT-MP				
Famille				
Vieillesse	- 35	- 35	- 35	- 35
Autonomie				
Régime complémentaire agricole (RCO)	35	35	35	35

Lecture : un signe positif correspond à une économie ou à une recette supplémentaire, un signe négatif à une dépense supplémentaire ou à une moindre recette.

Source : Tableau reconstitué par la commission des affaires sociales d'après les données de l'annexe 9

2. Redéfinition des plafonds de compensation de la PCH par la CNSA aux départements en conséquence du transfert de 0,15 point de CSG de la Cades à la CNSA

Le présent article tend à réduire les taux maximum de compensation de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la CNSA aux départements afin, selon les termes de l'annexe 9 au présent PLFSS, de « *tire[r] les conséquences* » du transfert, à compter du 1^{er} janvier 2024, de 0,15 point de CSG (soit 2,6 milliards d'euros¹) de la Cades à la CNSA² « *en révisant, en vue d'en préserver le niveau, les règles de détermination des concours de l'APA et de de la PCH* ».

Le 2° du I du présent article met en œuvre cette mesure pour ce qui concerne la PCH. Actuellement, le financement de la CNSA est plafonné à 2 % du montant global de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et de la fraction de CSG affectée à la CNSA (qui représentent la quasi-totalité de la fiscalité affectée à la CNSA). Le présent article propose de ramener ce taux à 1,87 %.

Le III du présent article met en œuvre cette mesure pour ce qui concerne l'APA. Actuellement, l'article L. 223-9 du code de l'action sociale et des familles fixe ce plafond à 7,70 % du montant global de la CSA, de la CASA et de la fraction de CSG affectée à la CNSA. L'article 75 de la LFSS 2023 a défini une trajectoire portant progressivement ce taux jusqu'à 8,6 % en 2028. Le présent article propose de modifier l'article 75 précité pour retenir une trajectoire inférieure d'environ 0,5 point chaque année, ce taux n'étant porté qu'à 8,1 % en 2028.

¹ Source : annexe A du présent PLFSS.

² En application de l'article 3 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Le plafond prévu pour la compensation de l'APA (III du présent article)

(en %)

	2023	2024	2025	2026	2027	2028
Article 75 LFSS 2023	7,7	7,9	8,1	8,3	8,4	8,6
Présent article	7,7	7,39	7,57	7,75	7,93	8,1
Écart (en points)	0	- 0,51	- 0,53	- 0,55	- 0,47	- 0,5

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Selon le Gouvernement, par rapport au droit actuel la mesure améliorerait le solde théorique de la branche autonomie (en supposant que la CNSA soit aux plafonds) de **250 millions d'euros par an**¹.

Impact financier en droits constatés de la modification des plafonds des compensations PCH et APA (2° du I et III du présent article), selon le Gouvernement

(en millions d'euros)

	2024	2025	2026	2027
Maladie				
AT-MP				
Famille				
Vieillesse				
Autonomie	250	250	250	250

Lecture : un signe positif correspond à une économie ou à une recette supplémentaire, un signe négatif à une dépense supplémentaire ou à une moindre recette.

Source : Tableau reconstitué par la commission des affaires sociales d'après les données de l'annexe 9

Le tableau ci-après, élaboré par la commission des affaires sociales, permet de vérifier les taux proposés par le présent article ainsi que le chiffrage à 250 millions d'euros.

Comme le montrent les colonnes A et B, du fait de l'affectation supplémentaire de CSG, en l'absence d'adaptation des taux des plafonds, ceux-ci passeraient globalement de 3,90 milliards d'euros à 4,16 milliards d'euros, soit une augmentation d'environ 260 millions d'euros.

¹ L'annexe 9 au présent PLFSS précise : « S'agissant de la mise en cohérence des recettes et dépenses de la CNSA compte-tenu de l'affectation complémentaire à la branche autonomie de 0,15 point de CSG, elle se traduit dans la présentation du tableau ci-dessous des dépenses évitées de la branche autonomie de l'ordre de 250 millions d'euros en 2024. Ces dépenses étaient toutefois théoriques en lien avec le mode de calcul en vigueur et ne correspondaient donc à aucune nouvelle prestation ou service ».

Le présent article (colonne C) permet de maintenir le plafond global quasiment inchangé par rapport à la situation actuelle (colonne A), et même de le faire très légèrement diminuer (de plus de 10 millions d'euros).

L'écart entre le total des colonnes B et C correspond à l'impact de la mesure proposée par le présent article, ici de 270 millions d'euros (ce qui est cohérent avec l'ordre de grandeur du chiffrage du Gouvernement, de 250 millions d'euros).

**Vérification par la commission des taux proposés
et du chiffrage de la mesure du Gouvernement (2° du I et III du présent article)**

(en millions d'euros)

		Droit actuel, sans transfert de 2,6 Md€ de CSG	Droit actuel, avec transfert de 2,6 Md€ de CSG	Droit proposé, avec transfert de 2,6 Md€ de CSG
		A	B	C
Recettes 2024 à partir desquelles les plafonds de compensation sont calculés (CSA+CASA+CSG CNSA*)		39 435	42 035	42 035
PCH (2° du I du présent article)	Plafonds de compensation			
	Plafond au taux actuel de 2 %	789	841	
	Plafond au taux proposé par le présent article de 1,87 %			786
APA (III du présent article)	Plafond au taux actuel de 7,90 %	3 115	3 321	
	Plafond au taux proposé par le présent article de 7,39 %			3 106
Total des deux plafonds		3 904	4 161	3 892

CSA : contribution de solidarité pour l'autonomie. CASA : contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie. CSG : contribution sociale généralisée. CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

* Prévision pour 2024 de la commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2004 (prenant déjà en compte le transfert de CSG, de 2,6 milliards d'euros). Dans la colonne A, la prévision est réduite du montant du transfert de CSG.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La commission propose de supprimer ces dispositions, qui maintiennent le plafond des compensations de la CNSA aux départements pour la PCH et l'APA malgré l'augmentation de 2,6 milliards d'euros des ressources de la CNSA. En effet, les dépenses des départements dans le domaine du handicap vont fortement augmenter ces prochaines années, et il n'y a pas de raison d'abaisser la proportion des ressources de la CNSA qui leur est reversée par celle-ci. L'enjeu est on l'a vu d'environ 250 millions d'euros, ce qui est significatif.

3. Transfert de la branche famille à la branche maladie du produit supplémentaire découlant de hausse des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévue par l'article 14 du PLF 2024

Le *b* du 1° du I du présent article modifie l'affectation des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques (taxe annuelle sur les émissions de CO₂ et taxe annuelle sur l'ancienneté des véhicules, qui ont succédé à l'ancienne taxe sur les véhicules de société). Il en résulte un transfert de la branche famille vers la branche maladie de 200 millions d'euros.

Modification de l'affectation des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques (b du 1° du I du présent article) : chiffrage par le Gouvernement

	Taux actuels (%)	Taux proposés (%)	Écart (points)	Impact*
Vieillesse			0	0,0
Famille	100	75,9	- 24,1	- 200
Maladie		24,1	24,1	200
Autonomie			0	0,0
Total			0	0,0

* Source : annexe 9 au présent PLFSS. Le chiffrage est cohérent avec le produit de la taxe sur les salaires, d'environ 800 millions d'euros.

Source : Commission des affaires sociales

Selon l'exposé des motifs du présent article, il s'agit de **transférer de la branche famille à la branche maladie le produit supplémentaire découlant de la mesure de hausse de ces taxes prévue par l'article 14 du PLF 2024.**

Selon l'évaluation préalable de l'article 14 du PLF 2024, cet article augmente les recettes de l'État de 0,2 milliard d'euros (renforcement du malus CO₂ et du renforcement du malus masse) et celles de la sécurité sociale également de 0,2 milliard d'euros (renforcement de la taxe annuelle CO₂).

L'annexe 9 au présent PLFSS précise que la branche maladie « en rétrocèdera 100 millions d'euros à la branche [vieillesse] via une affectation de taxe sur les salaires ». La base juridique de cette affectation n'est pas explicitée. Interrogée à ce sujet, la DSS confirme qu'elle résulte du a du 1° du I du présent article, qui comme indiqué *supra* transfère 395 millions d'euros de la branche maladie vers la branche vieillesse, dont seulement 194 millions d'euros représentant les économies permises par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État (le solde, soit 100 millions d'euros, correspondant à une erreur matérielle que la commission propose de corriger).

Impact financier en droits constatés de l'affectation des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques (b du 1° du I du présent article), selon le Gouvernement

(en millions d'euros)

	2024	2025	2026	2027
Maladie	100*	100*	100*	100*
AT-MP				
Famille	0**	0**	0**	0**
Vieillesse	100*	100*	100*	100*
Autonomie				

Lecture : un signe positif correspond à une économie ou à une recette supplémentaire, un signe négatif à une dépense supplémentaire ou à une moindre recette.

* Selon l'annexe 9 au présent PLFSS, « s'agissant de l'affectation des taxes sur l'utilisation des véhicules de tourisme à des fins économiques, la révision opérée vise à flécher les apports en recettes (200 millions d'euros) issus de la mesure prévue en loi de finances vers la branche maladie qui en rétrocèdera 100 millions d'euros à la branche [vieillesse] via une affectation de taxe sur les salaires ».

** Le transfert de 200 millions d'euros de la branche famille vers la branche maladie est compensé par la hausse des taxes sur l'affectation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévue par l'article 14 du PLF 2024.

Source : Tableau reconstitué par la commission des affaires sociales d'après les données de l'annexe 9

B. Mise en conformité avec la loi organique du 28 décembre 2021 de l'affectation de TSA au financement de la C2S et de l'ASI

Le c du 1° du I du présent article modifie l'affectation de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance maladie complémentaire.

Actuellement, cette taxe est affectée à deux fonds de la Cnam, le Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire (C2S) et le Fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI). Elle doit assurer leur équilibre, le solde étant reversé à la branche maladie.

Le présent article propose de modifier ce circuit de financement pour que la taxe soit directement affectée à la Cnam, qui la reverserait partiellement au deux fonds (toujours pour assurer leur équilibre).

Selon l'annexe 9 au présent PLFSS, il s'agit d'une mise en conformité avec les règles d'affectation des taxes prévues par l'article 2 de la loi organique du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques. En effet, désormais l'affectataire doit disposer de la personnalité morale. Cette même annexe confirme que ne sont modifiées ni « les fractions ni les modalités de gestion ».

C. Réforme des modalités de compensation à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive des contributions patronales d'assurance chômage

1. Possibilité pour le Gouvernement de réduire par arrêté la compensation à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive de cotisations sociales patronales

Depuis le 1^{er} janvier 2019¹, la réduction générale dégressive des cotisations et contributions sociales sur les rémunérations allant jusqu'à 1,6 Smic s'applique aux contributions patronales d'assurance chômage². À ce titre, l'Unédic est intégralement compensée par l'Acoss des pertes de recettes résultant de ces exonérations³. En contrepartie, une fraction de TVA est affectée chaque année par la loi de finances à l'Acoss⁴.

Selon le rapport financier de l'Unédic pour 2022⁵, le montant de cette compensation financière par l'Acoss représente en 2022 un montant global de **4,5 milliards d'euros** versé au régime d'assurance chômage.

Le 3^o du I du présent article modifie le 7^o bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale afin de **permettre au Gouvernement de réduire discrétionnairement, sans plafonnement, par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, le montant de la compensation à l'Unédic** de la perte de recettes résultant du dispositif de réduction dégressive de cotisations sociales patronales.

Dans le cas de l'exercice 2024, l'article 32 du PLF 2024, relatif aux relations financières entre l'État et la sécurité sociale, augmente de 0,09 point (soit 194 millions d'euros) la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale, cette fraction de TVA étant minorée en 2024 d'un montant de **2,5 milliards d'euros** correspondant à la reprise d'une partie des excédents de l'Unédic, ce qui correspond au **prélèvement envisagé pour 2024**.

¹ Article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

³ 7^o bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ b du 9^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

⁵ Unédic, Rapport financier 2022, page 34 (juin 2023).

Le document du Gouvernement destiné au cadrage de la négociation en cours prévoit une réduction comprise entre 2,5 milliards d'euros et 2,7 milliards d'euros en 2024 ; la DSS a indiqué à la rapporteure générale que le montant de 2,5 milliards d'euros inscrit à l'article 32 du PLF serait « ajusté en fonction de la discussion » avec les partenaires sociaux¹.

Selon l'exposé des motifs du présent article, il s'agit de tenir compte de la situation excédentaire du régime d'assurance chômage et de permettre la réaffectation d'une partie des recettes actuelles de l'Unédic vers l'apprentissage et France Travail, censés réduire le nombre de chômeurs, et donc les dépenses de l'Unédic.

Selon l'annexe 9 au présent PLFSS, « la chronique sera conforme à celle communiquée aux partenaires sociaux dans le cadre du document de cadrage des négociations relatives à la convention d'assurance chômage. Pour l'année 2023, ce montant sera fixé à deux milliards d'euros ». Le document du Gouvernement destiné au cadrage de la négociation prévoit que les recettes de l'Unédic seront réduites de 2 milliards d'euros dès 2023, puis, sur la durée de la convention, entre 2,5 milliards d'euros et 2,7 milliards d'euros en 2024, entre 3 et 3,2 milliards d'euros en 2025, entre 3,5 et 4 milliards d'euros en 2026.

2. Disposition de précision sur les modalités de répartition des soldes de la compensation des allègements dégressifs entre l'Unédic et les autres organismes

Le 4° du I du présent article est une disposition de précision sur les modalités de répartition des soldes de la compensation des allègements dégressifs entre l'Unédic et les autres organismes. La DSS confirme que cette disposition est bien indépendante du 3°, relatif à la réduction de la compensation à l'Unédic.

Actuellement, l'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale prévoit que le solde résultant pour l'Acoss (après prise en compte des recettes qui lui sont attribuées à ce titre) de la compensation à l'Unédic² et à d'autres organismes³ des allègements dégressifs de cotisations sociales patronales est affecté :

- dans le cas de la compensation à l'Unédic, aux branches du régime général « selon une répartition fixée par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale en fonction des soldes prévisionnels de ces branches » ;
- dans le cas des autres organismes, à la branche vieillesse du régime général.

¹ De même, l'article 2 du projet de loi de finances de fin de gestion pour 2023 propose de réduire la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale de 2 milliards d'euros en 2023.

² 7° bis de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ 7° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale.

Le 4° du I du présent article complète le II de cet article L. 225-6 afin de prévoir que « *la répartition entre les recettes affectées aux dépenses de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale [concernant respectivement l'Unédic et les autres organismes] est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en tenant compte du niveau des compensations prévues par ces dispositions* ».

En effet, le droit existant ne précise pas comment les soldes de la compensation des allègements dégressifs sont répartis entre l'Unédic et l'Agirc-Arrco. Le 4° du I propose de préciser que cette répartition est fixée par arrêté en tenant compte du poids relatif des compensations, ce qui selon la DSS est déjà la pratique actuelle en l'absence de texte.

3. Une entrée en vigueur dès 2023, ne relevant pas de la deuxième partie du PLFSS

Contrairement aux autres dispositions du présent article, les 3° et 4° du I (ainsi que les mesures réglementaires prises pour leur application, cette précision n'ayant pas été maintenue dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité) entreraient rétroactivement en vigueur, le 1^{er} janvier 2023.

Cette disposition ne semble pas conforme à l'article L.O. 111-3-1 du code de la sécurité sociale¹, selon lequel les dispositions relatives à l'année en cours (ce qu'il faut comprendre comme susceptibles d'avoir un impact sur le tableau d'équilibre) doivent figurer dans la première partie. Compte tenu de l'importance des sommes en jeu (2 milliards d'euros en 2023 pour la réduction de la compensation à l'Unédic prévue par le document de cadrage du Gouvernement), un article relatif à l'exercice 2023 aurait dû, selon la commission, figurer en première partie. Le fait que la réduction en 2023 de la compensation à l'Unédic ne soit qu'une faculté donnée au Gouvernement ne change pas cet état de fait.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a repris dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité deux amendements de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale :

- le IV a été modifié pour prévoir, dans le cas des 3° et 4° (relatifs à l'Unédic), que ce sont seulement ces dispositions qui entrent rétroactivement en vigueur le 1^{er} janvier 2023, et non les mesures réglementaires prises pour leur application ;

¹ « La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend un article liminaire et trois parties : 1° Une première partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ; 2° Une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ; 3° Une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir ».

- le V a fait l'objet d'une précision rédactionnelle.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un accord sur les transferts « techniques » entre branches

La commission n'a pas d'objection aux transferts entre branches proposés par le présent article. En particulier, elle n'a pas d'objection au schéma consistant à attribuer 194 millions d'euros de TVA supplémentaires à la branche maladie (conformément à l'article 32 du PLF 2024) pour que celle-ci les reverse à la branche vieillesse, au titre du « réinvestissement dans le système des retraites du rendement généré par la réforme des retraites pour le régime de la fonction publique d'État ». Elle remarque toutefois que, contrairement à ce que suggère l'annexe 9 au présent PLFSS, cela n'était pas prévu par la LFRSS 2023. Elle souligne en outre le caractère paradoxal de cette affectation, compte tenu de la situation du CAS « Pensions » (cf. *supra*).

Toutefois, comme on l'a indiqué, le *a* du 1° du I, relatif aux transferts de taxe sur les salaires entre branches, comprend une **erreur matérielle**, le transfert de la branche maladie vers la branche vieillesse étant d'environ 395 millions d'euros, soit 100 millions d'euros de trop¹. **Il est proposé de la corriger (amendement n° 228).**

B. Le transfert de 2 milliards d'euros de recettes de la taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche famille

En cohérence avec la position qu'elle a défendue l'année dernière lors de l'examen de la LFSS 2023², la commission a souhaité **annuler les effets du transfert de charges de 2 milliards d'euros de la branche famille à la branche maladie.**

L'article 20 de la LFSS 2023 a transféré à la Cnaf 60 % de la charge des indemnités journalières (IJ) pour congé de maternité et l'intégralité des IJ relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant.

La commission considère à la fois, sur le fond, que ce transfert ne se justifiait pas et, d'autre part, qu'il symbolise l'absence d'ambition de la politique familiale du Gouvernement alors même que l'évolution du taux de natalité devait figurer au premier rang de ses préoccupations.

¹ La DSS confirme qu'il s'agit bien de réaliser des transferts de taxe sur les salaires de 194 millions d'euros au titre des gains permis pour le régime de la fonction publique d'État par la réforme des retraites et 100 millions d'euros au titre du transfert d'une partie du supplément de rendement de la taxe sur les véhicules de société résultant de l'article 14 du PLF 2024.

² Rapport n° 99 (2022-2023) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Gruny, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales, tome II, déposé le 2 novembre 2022, commentaire de l'article 10.

À cette fin, l'**amendement n° 228** précité procède également à une modification de la répartition de la taxe sur les salaires afin d'**augmenter de 2 milliards d'euros les recettes de la branche famille** et de diminuer à due concurrence celles de la branche maladie.

C. Le refus du rabotage des plafonds de compensation de la CNSA aux départements

En revanche, la commission propose de supprimer le 2° du I et le III du présent article (**amendement n° 229**), qui maintiennent en montant le plafond des compensations de la CNSA aux départements pour la PCH et l'APA malgré l'augmentation de 2,6 milliards d'euros des ressources de la CNSA résultant du transfert de 0,15 point de CSG par l'article 3 de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. En effet, les dépenses des départements dans le domaine du handicap vont fortement augmenter ces prochaines années, et il n'y a pas de raison d'abaisser la proportion des ressources de la CNSA qui leur est reversée par celle-ci. L'enjeu est d'environ 250 millions d'euros, ce qui est significatif.

D. Le rejet de la réduction unilatérale de compensation des baisses de cotisations de l'Unédic

La commission propose également de **supprimer** le 3° du I du présent article (**amendement n° 230**), **qui permet au Gouvernement de réduire par arrêté la compensation par l'Acoss à l'Unédic du coût du dispositif de réduction dégressive de cotisations sociales patronales.**

En effet, cette mesure est contraire au principe de gestion paritaire de l'Unédic et suscite une forte opposition des partenaires sociaux. On peut d'ailleurs s'interroger sur la constitutionnalité d'une disposition qui, ne prévoyant aucun plafond, permettrait au Gouvernement de réduire la compensation à l'Unédic de n'importe quel montant, aussi élevé soit-il, et qui ne concerne pas directement les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, par lesquels la compensation à l'Unédic ne fait que transiter. Enfin, on ne voit pas bien son intérêt pour les finances publiques, dès lors qu'elle consiste en un simple transfert de ressources entre administrations publiques (de l'Unédic vers l'État, qui versera moins de TVA à l'Acoss), qui maintient le déficit public inchangé. Par ailleurs, à moins d'une augmentation de ses taux par l'Unédic, son désendettement s'en trouverait fragilisé.

La commission propose bien entendu par coordination de supprimer la disposition du IV selon laquelle le 3° du I (soit la disposition relative à la réduction de la compensation à l'Unédic) entre en vigueur dès le 1^{er} janvier 2023.

Elle ne propose pas en revanche de supprimer celle selon laquelle tel est également le cas du 4° du I (mesure de précision technique sur les modalités de répartition des soldes de la compensation des allègements dégressifs entre l'Unédic et les autres organismes). Il appartiendra au Conseil constitutionnel d'apprécier si cette disposition, relative à l'exercice 2023 mais purement procédurale et correspondant à une pratique existante, a sa place dans la deuxième partie de la LFSS¹.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 10 bis (nouveau)

Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous condition de revenus

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à ouvrir l'affiliation au régime des non-salariés agricoles aux exploitants de petites surfaces justifiant d'une capacité contributive.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : l'extension du périmètre du régime des non-salariés agricoles aux exploitants de petites surfaces dont les revenus professionnels atteignent l'équivalent de 800 heures rémunérées au Smic

A. La mise en valeur de petites surfaces agricoles ne permet pas à l'exploitant de disposer d'une couverture sociale

1. L'affiliation au régime des non-salariés agricoles est conditionnée à la justification d'une activité minimale

Pour qu'un dirigeant d'exploitation ou d'entreprise agricole soit considéré comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et affilié, à ce titre, au régime des non-salariés agricoles, il doit **justifier d'une activité minimale d'assujettissement (AMA)**², qui est atteinte :

- lorsque la superficie mise en valeur est **au moins égale à la surface minimale d'assujettissement (SMA)**³, fixée par arrêté préfectoral ;

¹ L'article L.O. 111-3-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les dispositions relatives à l'année en cours doivent figurer dans la première partie.

² Article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 722-5-1 du code rural et de la pêche maritime.

- dans le cas où l'activité ne peut être appréciée à partir de la superficie mise en valeur, lorsque le temps de travail nécessaire à la conduite de cette activité est **au moins égal à 1 200 heures par an** ;

- ou, **dans le cas où le dirigeant est cotisant de solidarité** (voir *infra*) et n'a pas fait valoir ses droits à la retraite, lorsque son revenu professionnel est au moins égal à l'assiette forfaitaire de nouvel installé applicable à la cotisation d'assurance vieillesse due au titre de la retraite forfaitaire, soit l'équivalent de **800 heures rémunérées au Smic**¹.

En cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire, les membres ou associés participant aux travaux sont considérés comme chef d'exploitation ou d'entreprise agricole s'ils satisfont à l'un des deux premiers critères.

2. Certains des non-salariés agricoles n'atteignant pas les seuils requis pour l'affiliation cotisent au régime au titre de la solidarité

Le dirigeant d'une exploitation ou d'une entreprise agricole dont l'importance est **inférieure à la SMA mais supérieure ou égale à 25 % de cette surface** est redevable d'une cotisation dite « de solidarité » au taux de 16 %², **qui ne lui permet pas de se constituer de droits à prestations sociales**³.

Lorsque l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée sur la base de sa superficie, l'importance de l'activité professionnelle agricole est appréciée par rapport au temps de travail que requiert la conduite de l'exploitation ou de l'entreprise, qui doit être compris **entre 150 heures et 1 200 heures par an**⁴.

Toutefois, dans les deux cas, lorsque le revenu professionnel du cotisant de solidarité n'ayant pas déjà fait valoir ses droits à la retraite atteint un montant égal à 800 fois le Smic horaire, **il cesse d'être redevable de la cotisation de solidarité** et se voit affilier au régime des non-salariés agricoles.

Par ailleurs, les cotisants de solidarité dirigeant une exploitation ou une entreprise agricole dont la superficie est **supérieure à 40 % de la SMA** sont obligatoirement affiliés à l'assurance accidents du travail des exploitants agricoles (ATEXA)⁵, ce qui conditionne l'accès aux aides européennes accordées dans le cadre de la politique agricole commune (PAC).

¹ Articles L. 731-16, D. 731-27, D. 731-31 et D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

² Article D. 731-43 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 731-23 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Article D. 731-34 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Articles L. 752-1, R. 752-1 et D. 752-1-1 du code rural et de la pêche maritime.

3. Lorsque la superficie mise en valeur est trop limitée, l'exploitant est censé être affilié au régime général

Si les seuils d'assujettissement à la cotisation de solidarité ne sont pas atteints, l'intéressé relève en théorie du régime général. Dans les faits, néanmoins, il est fréquent que l'exploitant, s'il n'exerce pas d'autre activité, ne soit **affilié à aucun régime**.

Cette situation est problématique compte tenu du développement d'**activités agricoles dites « innovantes »**, comme l'exploitation de microfermes, qui sont exercées sur des surfaces trop limitées pour entraîner l'assujettissement à la contribution de solidarité et, à plus forte raison, au régime des non-salariés agricoles sur la base du revenu professionnel. Dès lors, ces exploitants ne disposent d'**aucune couverture sociale**.

B. Le PLFSS pour 2024 prévoit donc l'affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces justifiant d'une capacité contributive

Le présent article, issu d'amendements identiques du Gouvernement et du groupe Démocrate retenus par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à permettre l'affiliation au régime des non-salariés agricoles **de tout exploitant (et non plus seulement des cotisants de solidarité)** n'ayant pas fait valoir ses droits à la retraite et dont le revenu professionnel est **au moins égal à l'équivalent de 800 heures rémunérées au Smic**, sans considération de l'importance de l'exploitation (*a du 1° du I et II*).

Il serait également prévu qu'en cas de coexploitation ou d'exploitation sous forme sociétaire dont l'importance ne permet pas à ses membres ou associés participant aux travaux d'être affiliés au régime à ce titre, seuls ceux d'entre eux qui satisfont à cette condition de revenu y soient affiliés (*b du 1° du I*).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une mesure nécessaire et équilibrée

La commission approuve la mesure proposée, qui doit permettre d'**accorder une protection sociale complète** aux exploitants mettant en valeur de petites surfaces dans le cadre des nouvelles pratiques agricoles et en tirant un minimum de revenus.

Elle a adopté un **amendement de précision n° 231** de la rapporteure générale.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 10 ter (nouveau)

Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à unifier les assiettes des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : l'unification des assiettes des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants et diverses mesures en matière de recouvrement social

A. Les travailleurs indépendants acquittent proportionnellement plus de contributions sociales et moins de cotisations que les salariés

1. Les modalités de calcul et de paiement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants sont particulièrement complexes

a) Les contributions et cotisations sociales des travailleurs indépendants sont calculées sur deux assiettes distinctes

Les cotisations et contributions sociales dues au titre de l'emploi d'un salarié sont calculées sur **une assiette « brute »**, c'est-à-dire sur le coût du travail pour l'employeur réduit du montant des cotisations patronales¹.

Historiquement, à défaut d'employeur partageant avec eux la charge du paiement de leurs cotisations sociales, les travailleurs indépendants, eux, sont redevables de montants de cotisations moindres, pour une protection sociale plus limitée.

Ils cotisent ainsi sur une assiette « nette » équivalant au revenu d'activité retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu², soit le chiffre d'affaires réduit du montant des frais et charges réels, de la CSG déductible et des cotisations sociales³.

En d'autres termes, pour déterminer l'assiette de cotisation d'un travailleur indépendant, **il faut calculer préalablement le montant des cotisations dues** selon une méthode « circulaire » particulièrement complexe.

¹ Articles L. 136-1-1 et L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

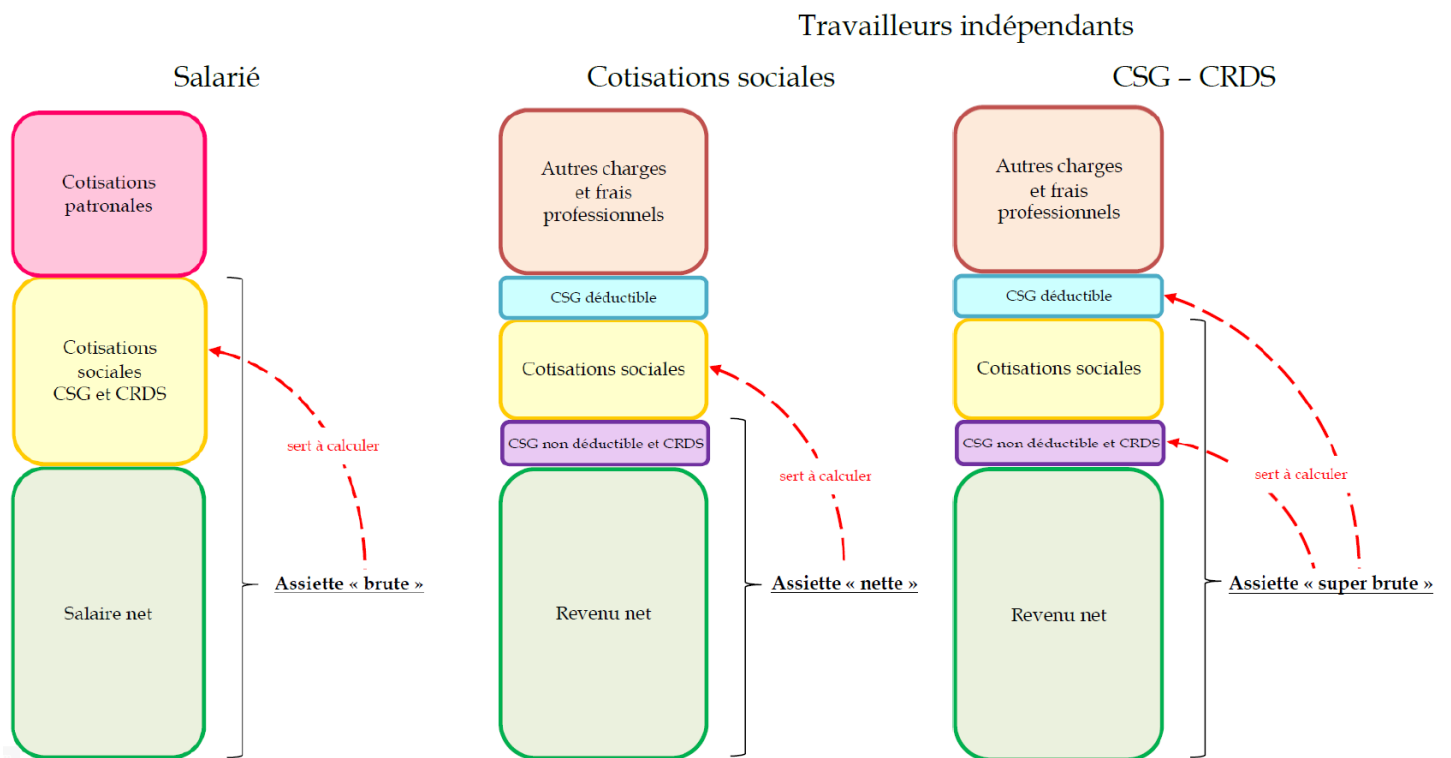
² Après réintégration, notamment des exonérations fiscales, des moins-values à long terme, des reports déficitaires, des cotisations de protection sociale complémentaire ou encore de la part des dividendes assujettie à cotisations (la part supérieure à 10 % du capital social).

³ Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale ; article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime.

Dans le même temps, la CSG et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sont, quant à elles, calculées sur **une assiette « super-brute »** correspondant à l'assiette « nette » à laquelle est ajouté le montant des cotisations sociales¹.

Il est donc là encore nécessaire de connaître le montant de la part déductible de la CSG pour en calculer l'assiette.

Assiettes sociales des salariés et des travailleurs indépendants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Ce mode de calcul présente deux inconvénients majeurs :

- son aspect « circulaire » induit **une très forte complexité** pour les travailleurs indépendants et leurs experts-comptables ;

- pour un même niveau global de prélèvements sociaux, **la part des contributions non créatrices de droits (CSG et CRDS) dues par ces travailleurs est plus importante que chez les salariés**, tandis que celle des cotisations créatrices de droits (notamment vieillesse, retraite complémentaire, indemnités journalières et invalidité-décès) est plus faible.

¹ Articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale.

b) Ces cotisations et contributions ne peuvent être calculées sur une assiette inférieure à l'assiette minimale

Du reste, les travailleurs indépendants « classiques » (artisans et commerçants hors microentrepreneurs) sont redevables d'une **cotisation minimale** lorsque leurs revenus sont inférieurs à certains seuils.

Il s'agit de leur permettre à la fois de contribuer au financement des prestations sociales universelles et d'acquiescer un **minimum de droits aux prestations contributives** (indemnités journalières (IJ), pensions d'invalidité, capital décès et retraite de base).

Les assiettes minimales des travailleurs indépendants

	Indemnités journalières maladie		Invalidité-décès		Retraite de base ¹	
	Assiette minimale	Taux	Assiette minimale	Taux	Assiette minimale	Taux
Artisans et commerçants	40 % du Pass (15 597 €) ²	0,5 % ³	11,5 % du Pass (5 059 €) ⁴	1,3 % ⁵	11,5 % du Pass (5 059 €) ⁶	17,75 % ⁷
Professions libérales	40 % du Pass (15 597 €) ⁸	0,3 % ⁹			11,5 % du Pass (5 059 €) ¹⁰	11,1 % ¹¹
Exploitants agricoles	Cotisation forfaitaire de 200 € ¹²		11,5 % du Pass (5 059 €) ¹³	1,1 % ¹⁴	Retraite forfaitaire : 800 fois le Smic horaire ¹⁵	3,32 % ¹⁶
					Retraite proportionnelle : 600 fois le Smic horaire ¹⁷	13,79 % (11,55 % ¹⁸ + 2,24 % ¹⁹)
					Retraite complémentaire : 1 820 fois le Smic horaire ²⁰	4 % ²¹

Note : Le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) s'élève à 43 992 euros en 2023.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ La cotisation minimale vieillesse permet aux artisans, commerçants et professions libérales de valider trois trimestres et aux exploitants agricoles d'en valider quatre.

² Articles L. 621-1 et D. 621-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 621-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Articles L. 632-1 et D. 632-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article D. 632-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Articles L. 633-1 et D. 633-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article D. 633-3 du code de la sécurité sociale.

⁸ Articles L. 621-2 et D. 621-3 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article D. 621-3 du code de la sécurité sociale.

¹⁰ Article D. 642-4 du code de la sécurité sociale.

¹¹ Article D. 642-3 du code de la sécurité sociale.

¹² Articles L. 731-35-1 et D. 731-98 du code de la sécurité sociale.

¹³ Articles L. 731-11 et D. 731-89 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁴ Article D. 731-89 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁵ Articles L. 731-42 et D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁶ Article D. 731-21 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁷ Articles L. 731-42 et D. 731-120 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁸ Article D. 731-122 du code rural et de la pêche maritime.

¹⁹ Article D. 731-124 du code rural et de la pêche maritime.

²⁰ Articles L. 732-59 et D. 732-155 du code rural et de la pêche maritime.

²¹ Article D. 732-165 du code rural et de la pêche maritime.

D'après le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS), **17 % des travailleurs indépendants non agricoles** (hors microentrepreneurs), dont 27 % des commerçants, cotisaient au titre du risque vieillesse sur la base de l'assiette minimale en 2020¹.

Il convient de noter que l'existence d'assiettes minimales induit des distorsions en bas de l'échelle des revenus : plus ceux-ci sont faibles, plus le taux effectif de cotisation par rapport au revenu net est élevé.

c) Des réductions de cotisations sont accordées aux travailleurs indépendants aux revenus les plus faibles

En miroir des allègements généraux de cotisations applicables aux salariés, les travailleurs indépendants bénéficient de dispositifs de **réduction de leurs taux de cotisation**, notamment :

- **une exonération de cotisations d'allocations familiales** pour les travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à 110 % du Pass, soit 48 391 euros en 2023, et un taux progressif jusqu'à 3,10 % pour un revenu d'activité supérieur à 140 % du Pass, soit 61 589 euros en 2023² ;

- **une réduction de cotisations d'assurance maladie et maternité** variant selon le statut professionnel et le niveau des revenus d'activité³.

La réduction des cotisations maladie-maternité des travailleurs indépendants

Le taux de la cotisation maladie-maternité des travailleurs indépendants fait l'objet d'une première réduction décroissant à proportion des revenus **pour les travailleurs dont les revenus sont inférieurs à 110 % du Pass**⁴. En pratique :

- pour un revenu inférieur à 40 % du Pass, le taux de cotisation s'élève à 0,5 % pour les artisans et commerçants et à 0,3 % pour les professions libérales et les non-salariés agricoles (**ce qui correspond à la seule cotisation due au titre des IJ**) ;

- pour un revenu situé entre 40 % et 60 % du Pass, il progresse jusqu'à 4,5 % pour les artisans et commerçants et 4 % pour les professions libérales et les non-salariés agricoles ;

- pour un revenu situé entre 60 % et 110 % du Pass, il progresse jusqu'à 7,2 % pour les artisans et commerçants et 6,5 % pour les professions libérales et les non-salariés agricoles.

¹ Haut Conseil du financement de la protection sociale, rapport sur la protection sociale des travailleurs indépendants, septembre 2020.

² Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, article 2 ; ancien article L. 242-11 du code de la sécurité sociale ; loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 8 ; articles L. 613-1 et D. 613-1 du code de la sécurité sociale ; article L. 731-25 du code rural et de la pêche maritime.

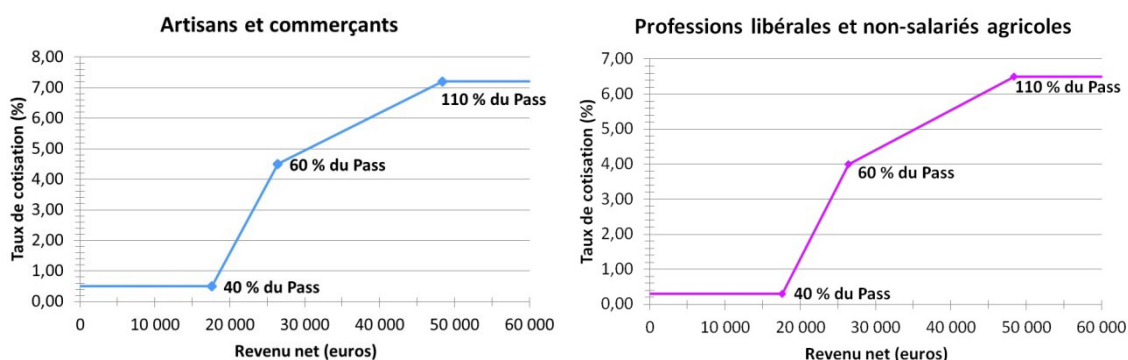
³ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 8 ; Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, article 3.

⁴ Articles L. 621-3, D. 621-2 et D. 621-3 du code de la sécurité sociale ; article L. 731-35 du code rural et de la pêche maritime.

Le bénéfice de cette réduction ne peut être cumulé avec aucun autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable à ces cotisations, à l'exception de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (ACRE)¹ et de la réduction des cotisations d'allocations familiales dont bénéficient les travailleurs indépendants.

Les artisans et commerçants bénéficient en outre d'une seconde réduction, qui porte leur taux de cotisation à 6,5 % pour la tranche de revenus supérieure à 5 fois le montant du Pass, soit 219 960 euros en 2023².

Évolution du taux de cotisation maladie-maternité des travailleurs indépendants selon le niveau de revenu



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

d) Les cotisations provisionnelles versées par les travailleurs indépendants font l'objet d'une régularisation une fois leur revenu définitif connu

Au début de l'année en cours (N), les cotisations dues par les travailleurs indépendants sont calculées, à titre provisionnel, **sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année (N-2)**, à l'exception des deux premières années d'installation, au titre desquelles les cotisations provisionnelles sont déterminées sur une base forfaitaire³.

Lorsque le revenu d'activité de la dernière année écoulée (N-1) est définitivement connu⁴, c'est-à-dire après la souscription de la déclaration fiscale et sociale unique des indépendants (entre avril et juin)⁵, **les versements opérés au titre de N-1 sont régularisés** par le remboursement du trop-perçu ou le paiement du solde et les cotisations provisionnelles dues au titre de N - hormis celles qui sont dues au titre de la première année d'installation - sont **recalculées sur la base de ce revenu**.

¹ Article L. 131-6-4 du code de la sécurité sociale.

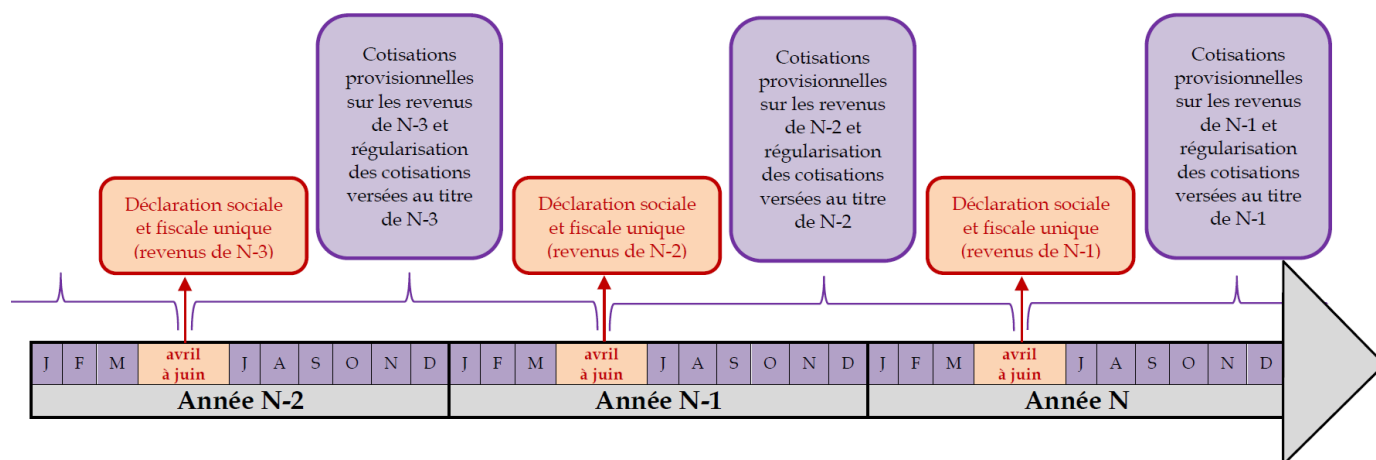
² Articles L. 621-1 et D. 621-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Après la clôture de l'exercice comptable, de façon à permettre au travailleur indépendant de déterminer le montant exact de ses frais et charges réels.

⁵ Article L. 613-2 du code de la sécurité sociale.

Modalités de versement des cotisations sociales des travailleurs indépendants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

2. Au contraire, l'assiette sociale des microentrepreneurs se caractérise par sa simplicité

Les microentrepreneurs, quant à eux, disposent d'une assiette sociale unique, qui correspond à leur chiffre d'affaires, auquel est appliqué **un taux global de cotisation** couvrant l'ensemble des risques sociaux¹ et **intégrant un abattement forfaitaire** représentatif des frais professionnels exposés.

Le régime de la microentreprise

Accessible, en 2023, aux travailleurs indépendants dont le chiffre d'affaires n'excède pas, l'année civile précédente ou la pénultième année, 188 700 euros s'ils exercent une activité de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement et 77 700 euros dans les autres cas, le régime de la microentreprise leur permet de bénéficier de **modalités simplifiées de déclaration et de paiement des impôts et cotisations sociales dus**.

En pratique, plutôt que de devoir attendre la clôture de l'exercice comptable pour calculer leurs frais et charges réels et donc leur revenu imposable, ce qui implique le versement de cotisations provisionnelles et une régularisation *a posteriori*, les microentrepreneurs appliquent à leur chiffre d'affaires **un abattement forfaitaire** variant en fonction de la nature de leur activité (71 % pour les activités de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement, 50 % pour les autres prestations de services artisanales et commerciales et 34 % pour les activités libérales)².

¹ Hormis les risques accidents du travail et maladie professionnelles (AT-MP) et chômage, au titre desquels les travailleurs indépendants ne sont assurés.

² Articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts.

Ils bénéficient également, sous condition de chiffre d'affaires, d'une **exonération de la TVA**¹.

D'autre part, dans le cadre du régime microsocial simplifié, les microentrepreneurs payent mensuellement ou trimestriellement leurs cotisations sociales, calculées par **l'application d'un taux forfaitaire** - qui intègre un abattement permettant de forfaitiser les charges professionnelles - à leur chiffre d'affaires du mois ou du trimestre précédent² (en 2023, 12,3 % pour les activités de vente de marchandises, d'objets, de fournitures ou de denrées ou de fourniture de logement, à 21,2 % pour les autres prestations de services artisanales et commerciales et pour les professions libérales réglementées et à 22,1 % pour les professions libérales non réglementées³). Jusqu'en 2016, le régime microsocial n'était qu'une option ouverte aux autoentrepreneurs⁴.

Enfin, ces derniers peuvent opter pour le régime microfiscal simplifié, qui leur permet d'effectuer un **versement libératoire de l'impôt sur le revenu** par application à leur chiffre d'affaires d'un taux intégrant un abattement forfaitaire, de la même manière que pour le paiement des cotisations sociales⁵.

Ce taux global est fixé de manière à garantir, pour chaque catégorie de microentrepreneurs, **un niveau équivalent** entre le taux effectif global de prélèvements sociaux applicable, d'une part, aux microentrepreneurs et, d'autre part, aux autres travailleurs indépendants⁶.

Aucune cotisation minimale n'est due par les microentrepreneurs, mais ceux-ci peuvent opter pour le paiement des cotisations minimales dues par les autres travailleurs indépendants⁷. Cependant, leurs cotisations et contributions sont dès lors calculées et recouvrées dans les mêmes conditions que celles d'un travailleur indépendant ne relevant pas du régime microsocial⁸, ce qui ne les empêche pas, sur le plan fiscal, d'être imposés en tant que microentrepreneurs.

¹ Article 293 B du code général des impôts.

² Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 613-4 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ancien article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article 151-0 du code général des impôts.

⁶ Articles L. 613-7 et D. 613-4 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 613-7 du code de la sécurité sociale.

⁸ Les différences portent sur le niveau des assiettes sociales (chiffre d'affaires du mois précédent pour les microentrepreneurs contre revenu net de l'année précédente pour les autres travailleurs indépendants), les taux de cotisations et de contributions sociales, les modalités de calcul (règles différentes en matière d'abattement), les dates d'exigibilité des prélèvements sociaux (échéance mensuelle ou trimestrielle contre échéance annuelle) et les modalités de régularisation (calcul définitif contre calcul provisionnel).

3. La refonte de l'assiette sociale des travailleurs indépendants est envisagée depuis plusieurs années

En 2020, en vue de l'institution d'un système universel de retraites, le Gouvernement a proposé au Parlement de l'habiliter à procéder par ordonnances à **la refonte des assiettes sociales des travailleurs indépendants**¹.

Le projet de réforme ayant été abandonné après l'éclatement de la crise de la covid-19 et dans un contexte de forte opposition de l'opinion publique, ce sujet a refait surface à l'occasion de la remise par le HCFiPS d'un rapport faisant état d'**inéquités en matière de prélèvement social et de droits sociaux** entre les salariés et les indépendants², puis de la réforme des retraites de 2023. **Le Gouvernement s'était alors engagé** à apporter des réponses aux revendications des travailleurs indépendants lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024.

L'avant-projet de LFSS pour 2024 soumis à l'avis du Conseil d'État comportait bel et bien un article visant à réformer l'assiette sociale des travailleurs indépendants, mais **celui-ci ne figurait plus dans le texte déposé** sur le bureau de l'Assemblée nationale, suscitant des inquiétudes et des alarmes de la part des organisations professionnelles.

Finalement, la mesure a été introduite dans le PLFSS par le biais d'**un amendement gouvernemental** retenu dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution.

¹ *Projet de loi instituant un système universel de retraite, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 24 janvier 2020 (n° 2623 rect.), article 21.*

² *Haut Conseil du financement de la protection sociale, rapport sur la protection sociale des travailleurs indépendants, septembre 2020.*

B. Le PLFSS pour 2024 procède donc à une refonte de l'assiette sociale des travailleurs indépendants, ainsi qu'à divers ajustements relatifs au recouvrement de leurs cotisations

1. Une assiette sociale unifiée serait constituée de façon à accroître la part des cotisations dans les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants

a) L'assiette sociale des indépendants serait globalement constituée du revenu d'activité abattu forfaitairement

Le présent article, issu d'amendements identiques du Gouvernement, des groupes Renaissance, Horizons et Démocrate et du député Christophe Naegelen (Liot) retenus par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, tend à unifier les assiettes des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants au sein d'une assiette unique se rapprochant de la rémunération brute des salariés par application au revenu professionnel d'un abattement représentatif d'une partie des cotisations sociales.

La CSG et la CRDS dues par les travailleurs indépendants non agricoles (**6° du I**) et agricoles (**7° du I**) se trouveraient par conséquent calculées sur **une assiette plus restreinte que l'assiette en vigueur**, qui intègre le montant des cotisations sociales.

Schématiquement, celle-ci se composerait désormais du **revenu professionnel diminué du montant des frais et charges professionnels** autres que les cotisations et contributions sociales¹, auquel serait appliqué **un abattement de 26 %**² ne pouvant être inférieur à un plancher fixé par décret (au maximum égal à la cotisation minimale d'assurance vieillesse, soit 898 euros en 2023), ni supérieur à un plafond également fixé par décret (au minimum égal au plafond annuel de la sécurité sociale (Pass)³, soit 43 992 euros en 2023).

Au surplus, il serait prévu que la CSG et la CRDS dues par les travailleurs non salariés agricoles soient recouvrées dans les mêmes conditions que leurs cotisations sociales (**8° du I**).

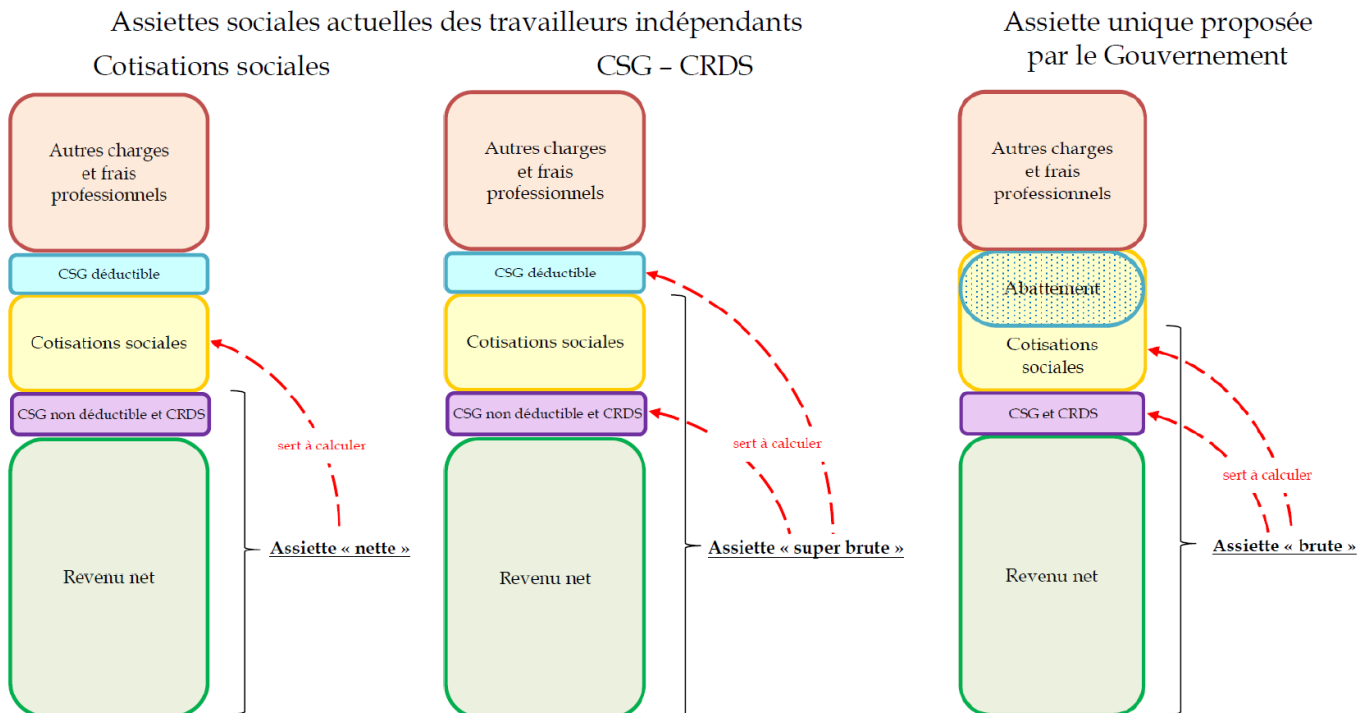
¹ Après déduction de certaines sommes fiscalement et socialement déductibles et réintégration de certains revenus fiscalement déductibles.

² D'après les informations obtenues par la commission, ce taux serait proche, mais légèrement inférieur au taux effectif médian de cotisation constaté à ce jour (26,83 %).

³ Ces niveaux minimum et maximum visent à limiter les pertes pouvant être induites par la réforme aux deux extrémités de l'échelle des revenus.

Sous réserve de la déduction et de l'addition de certaines sommes accessoires¹, cette même assiette servirait de base au calcul des cotisations sociales des travailleurs indépendants non agricoles (1° du I) et agricoles (7° du II), ce qui tendrait, à l'inverse, à **étendre le champ actuel de l'assiette de cotisation**, qui n'intègre pas le montant des cotisations dues.

Projet d'assiette sociale unique des travailleurs indépendants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Il en résulterait à la fois :

- **une simplification considérable** du mode de calcul de l'assiette sociale résultant de la suppression de sa « circularité » ;
- **une diminution globale des prélèvements sociaux** des travailleurs indépendants, mais **une augmentation pour certaines catégories de travailleurs** compte tenu de la fixation d'un taux d'abattement unique² ;
- **une diminution de la part relative des contributions sociales** dans le total de ces prélèvements ;

¹ Les sommes versées au titre de l'intéressement, de la participation et de l'abondement d'un plan d'épargne d'entreprise en seraient déduites, tandis que certains revenus de remplacement y seraient intégrés.

² Dans la mesure où les travailleurs indépendants à faibles revenus sont redevables d'une cotisation minimale dont le montant peut représenter une part très importante du revenu, le taux d'abattement de 26 % serait, dans leur cas, plus faible que le taux effectif de cotisation. À l'inverse, les barèmes en vigueur étant dégressifs à partir d'un revenu équivalent peu ou prou au niveau du Pass, le taux d'abattement serait plus élevé que le taux effectif de cotisation des travailleurs dont les revenus sont les plus importants.

• corrélativement, **une augmentation de la part relative des cotisations sociales**, ce qui permettrait d'**accroître les droits à prestations contributives** de ces travailleurs, et en particulier **les droits à pension de retraite**, *via* deux leviers :

- pour la retraite de base des artisans et commerçants, l'élargissement de l'assiette de cotisation induit **une augmentation du revenu porté au compte** de l'assuré (dans la limite du Pass) et donc du revenu annuel moyen des 25 meilleures années, sur la base duquel est calculée la pension¹ ;

- pour la retraite de base des non-salariés agricoles et des professionnels libéraux et pour la retraite complémentaire de l'ensemble des indépendants, l'augmentation du montant des cotisations entraîne mécaniquement, à barème constant, **une augmentation du nombre de points acquis**.

À défaut de fiche d'évaluation préalable – le présent article ayant été extirpé de l'avant-projet de loi pour être ensuite réintroduit par voie d'amendement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, le rapporteur de la branche vieillesse a sollicité auprès du Gouvernement **une évaluation plus fine des conséquences de la réforme, qui ne lui a pas été communiquée** à la date de publication du présent rapport.

En tout état de cause, l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement indique que « *les barèmes de cotisations seront revus* » et que « *les cotisations de sécurité sociale affectées à la retraite de base et à la maladie seront renforcées par décret* », et ce afin de **garantir la neutralité financière de l'opération**.

D'après les informations obtenues par la commission, le barème des cotisations d'assurance maladie, en particulier, ferait l'objet d'adaptations visant à harmoniser les barèmes en vigueur pour les différentes catégories de travailleurs indépendants et à **rendre les réductions de cotisations plus progressives**.

Le taux global de cotisation des microentrepreneurs, quant à lui, devrait être modifié en conséquence, de façon à **maintenir une équivalence** avec le taux effectif de cotisation des travailleurs indépendants « classiques ».

Enfin, l'article 10 *nonies* du présent PLFSS tend à habiliter le Gouvernement à **légiférer par voie d'ordonnances** pour **adapter les conditions et les modalités de déclaration** par les indépendants de leurs cotisations et contributions sociales dans une logique de simplification et de fiabilisation, ainsi que pour **harmoniser les assiettes applicables aux non-salariés agricoles de l'Hexagone et d'outre-mer**, les prélèvements sociaux de ces derniers étant assis sur la superficie exploitée.

¹ Article R. 351-29 du code de la sécurité sociale.

b) Le « toilettage » des dispositions législatives en vigueur

Il serait procédé à diverses coordinations visant à assurer la conformité aux modifications ainsi apportées des autres dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'assiette sociale des indépendants (**2° à 5° et 10° à 12° du I, 1° à 5° et 8° à 15° du II**).

Disparaîtraient à cette occasion les dispositions encadrant la réduction des cotisations maladie-maternité des travailleurs indépendants, la détermination du niveau de l'assiette en deçà de laquelle une telle réduction est accordée et des modalités de mise en œuvre de celle-ci étant confiée au pouvoir réglementaire (**12° du I**).

De même, les articles du code rural et de la pêche maritime rendus caducs par l'intégration de dispositions analogues au sein des nouveaux articles définissant l'assiette des contributions et cotisations sociales des travailleurs indépendants seraient abrogés (**16° du II**).

Les dispositions relatives à l'assiette sociale des travailleurs indépendants non agricoles¹ s'appliqueraient au calcul des cotisations dues par les travailleurs autres que microentrepreneurs **au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2025**. Celles qui portent sur l'assiette sociale des non-salariés agricoles seraient applicables au calcul des cotisations dues **au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026 (VII)**.

c) Les régimes de retraite complémentaire devraient prendre les mesures nécessaires à la garantie de la neutralité financière de la réforme

En sus de la révision des taux et des barèmes de cotisation des régimes de base, **le Gouvernement souhaite que les régimes complémentaires de retraite des professions libérales contribuent à assurer la neutralité financière de la réforme** à l'échelle des administrations de sécurité sociale (Asso) en revoyant leurs propres barèmes de façon à augmenter le niveau des cotisations qui leur sont dues. Il en résulterait d'ailleurs une amélioration supplémentaire des droits acquis en contrepartie par leurs affiliés.

Par conséquent, le présent article prévoit qu'une évaluation des conséquences financières de la refonte de l'assiette sociale des indépendants sur leurs régimes de retraite complémentaire soit transmise par le Gouvernement aux sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CnavPL) et à la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) avant le 1^{er} mai 2024. Il s'agirait :

- de préciser les conséquences de cette réforme sur les cotisations et contributions dues par les assurés du régime concerné et sur sa trajectoire financière ;

¹ Les dispositions du I, à l'exception du 9°.

- et de **fixer le cadre dans lequel devraient évoluer les règles relatives à la détermination du montant des cotisations dues et des prestations versées** dans ce régime aux fins de garantir, sous réserve découlant, le cas échéant, de son équilibre financier ou de l'évolution prévisible de celui-ci, la neutralité financière de la réforme pour le régime.

En tout état de cause, **ce cadrage ne pourrait autoriser une hausse des cotisations inférieure au montant des baisses de prélèvements** dont auraient bénéficié les assurés du régime et tiendrait compte de l'équité intergénérationnelle au sein de ce dernier, selon que les assurés y auraient déjà liquidé ou non leur pension de retraite et, dans ce dernier cas, selon leur durée de cotisation dans le régime.

Dans le cas où les caisses concernées n'auraient pas transmis au Gouvernement de propositions d'évolution des paramètres de cotisation et des modalités de calcul des prestations respectant ce cadrage avant le 1^{er} septembre 2024, **un décret fixerait, pour le régime concerné, le mode de calcul, les montants et taux des cotisations et les valeurs d'achat et de service des points** qui lui seraient applicables (VI).

d) Un coût conséquent à barèmes de cotisation inchangés

Selon les différents organismes et administrations entendus par le rapporteur, à barèmes de cotisation constants, la réforme représenterait **un coût de l'ordre de 1,4 milliard d'euros** (hors prélèvements sociaux des microentrepreneurs), **supporté à près de 75 % par les régimes de base et à hauteur d'environ 25 % par l'Unedic et la Cades**, du fait de la contraction des recettes de la CSG et de la CRDS.

En intégrant une révision des barèmes des cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, cependant, l'incidence financière de la réforme pourrait être divisée par deux, pour atteindre **un coût inférieur à 700 millions d'euros**.

Cette somme pourrait ensuite être compensée, à l'échelle des Asso, par une révision des barèmes des cotisations de retraite complémentaire.

2. Plusieurs autres mesures liées au calcul et au recouvrement des cotisations sociales des travailleurs indépendants sont proposées

a) Le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de la Cipav serait sécurisé

Les psychomotriciens avaient été rattachés par erreur au régime général lors de la redéfinition de la liste des professions dont l'exercice entraîne une affiliation à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav) en 2017¹, bien qu'il s'agisse d'une profession réglementée.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

Ces travailleurs ont finalement été **réaffiliés au régime de retraite des professions libérales** entre 2021 et 2022, ce que le législateur a régularisé *a posteriori*¹.

Or, le transfert aux Urssaf de l'activité de recouvrement de la Cipav, réalisé le 1^{er} janvier 2023, a été prévu en 2021² et n'intégrait donc pas la collecte des cotisations d'assurance vieillesse, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès des psychomotriciens. **Le présent article vise donc à y remédier (9° du I et V).**

D'autre part, il ne serait plus permis aux professionnels libéraux non réglementés affiliés au régime général depuis 2019 de solliciter le bénéfice de taux spécifiques pour le calcul de leurs cotisations de retraite complémentaire³ **que jusqu'au 31 décembre 2023 (III).**

b) Les modalités de mise en œuvre de la déclaration unique des indépendants feraient l'objet de précisions au titre des dernières campagnes déclaratives

Les déclarations sociale et fiscale des travailleurs indépendants ayant fusionné à compter de l'exercice 2021 au titre des revenus de l'année 2020⁴, il serait prévu, dans un souci de sécurisation juridique des déclarations souscrites au titre des années 2020 à 2022, que les corrections apportées après la date limite de dépôt de la déclaration de revenus par ces travailleurs aux éléments de revenus déclarés pour ces trois années qui affectent la détermination du montant des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables doivent être transmises **par leurs soins aux Urssaf et caisses de mutualité sociale agricole (MSA), par voie dématérialisée (1° du IV).**

Enfin, pour les affiliés du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC), la fusion des deux déclarations étant intervenue à compter des déclarations transmises en 2023 au titre des revenus de l'année 2022, **la mise en œuvre de la déclaration unique dès cette année serait rétroactivement prévue par la loi (2° du IV).**

¹ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 10.

² Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 12.

³ 0 % jusqu'au niveau du Pass et 14 % entre une et quatre fois le montant du Pass (loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15 ; décret n° 2019-386 du 29 avril 2019 fixant les taux spécifiques applicables à certains affiliés relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants, article 1^{er}).

⁴ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 19.

Le régime des PAMC

Sont affiliés au régime de sécurité sociale des PAMC :

- les médecins exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les étudiants en médecine ayant validé leur diplôme du deuxième cycle et effectuant le remplacement d'un docteur en médecine¹.

Par dérogation, les médecins qui ont choisi de pratiquer des dépassements d'honoraires peuvent demander à ne pas être affiliés au régime des PAMC². Ils relèvent alors de la sécurité sociale des indépendants (SSI), intégrée au régime général.

Le cas échéant, ceux-ci ne peuvent opter pour la non-affiliation qu'au moment de leur début d'activité ou lorsque la convention leur ouvre la faculté de modifier leur option.

Le régime des PAMC permet à ses affiliés de bénéficier de plusieurs types d'avantages, et notamment d'**une participation de l'Assurance maladie au financement de leurs cotisations sociales**³ ainsi que d'allocations et d'indemnités en cas de maternité, d'adoption, de paternité ou d'accueil d'un enfant⁴.

c) Les règles d'affectation des sommes collectées auprès des non-salariés agricoles en cas de recouvrement partiel seraient abrogées

Il est proposé d'abroger les dispositions prévoyant le prélèvement par priorité de la CSG et de la CRDS en cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions dues par les non-salariés agricoles, ainsi que l'affectation du solde éventuel aux cotisations selon un ordre fixé par décret⁵ (**6° du II**).

En effet, contrairement aux dispositions applicables aux travailleurs indépendants non agricoles, en cas de recouvrement partiel, elles ne prévoient pas d'**imputation par priorité du paiement sur la créance due au principal**, puis, le cas échéant, sur les majorations de retard et pénalités restant dues et sur les frais de justice⁶.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

¹ Article L. 646-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 646-2 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 646-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 725-3-3 du code rural et de la pêche maritime.

⁶ Article L. 133-14-11 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission : une réforme nécessaire, mais une méthode inappropriée

La commission constate que la réforme prévue au présent article fait l'objet d'**une forte attente** de la part des organisations professionnelles des travailleurs indépendants et paraît justifiée tant par l'objectif d'**amélioration des droits sociaux** de ces travailleurs qui lui est assigné que par la **simplification** qu'elle devrait induire.

Elle regrette toutefois, à l'instar du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI), qui n'a pas été consulté à ce propos par le Gouvernement, qu'une réforme d'une telle ampleur soit proposée sans que ses effets précis sur les différentes catégories de travailleurs indépendants et ses conséquences financières fassent l'objet d'**une évaluation précise** permettant aux représentants de la Nation de se prononcer en parfaite connaissance de cause.

En outre, décider d'une réforme de cette nature **dans une telle précipitation** (celle-ci ne devant s'appliquer qu'à compter des cotisations et contributions dues en 2026) **sans avoir préalablement défini les modalités exactes de sa mise en œuvre** n'est pas de bonne politique.

Toutefois, **la commission ne peut qu'approuver, sur le fond, les mesures proposées** et restera particulièrement vigilante aux paramètres qui seront retenus pour assurer son application.

Néanmoins, bien que la révision des barèmes et des taux de cotisation de retraite complémentaire des professions libérales et des avocats s'avère nécessaire pour assurer la neutralité financière de la réforme à l'échelle des ASSO, les dispositions permettant au Gouvernement de modifier par décret les principaux paramètres applicables à ces régimes constitueraient **un dangereux précédent** et une première étape vers **l'étatisation des retraites complémentaires**.

Jugeant préférable de **s'en remettre à la responsabilité de ces professions** pour prendre les mesures nécessaires et, du reste, **d'assurer le respect du périmètre des lois de financement de la sécurité sociale** tel que déterminé par la loi organique, la commission a adopté un **amendement n° 238** du rapporteur de la branche vieillesse **supprimant les dispositions en cause** en conservant le principe de la remise d'une évaluation des conséquences financières de la réforme sur la trajectoire financière de ces régimes et sur les prélèvements sociaux acquittés par leurs affiliés. Celle-ci se bornerait à **présenter les mesures paramétriques qui seraient à même de garantir la neutralité financière de la mesure** pour les assurés et pour les finances publiques.

Ont par ailleurs été adoptés six **amendements rédactionnels et de précision n°s 232, 233, 235, 236, 237 et 239** du rapporteur.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 10 quater (nouveau)

Adaptation du titre emploi simplifié agricole à l'environnement DSN

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à assurer la compatibilité du titre emploi simplifié agricole (Tesa-S) avec la déclaration sociale nominative (DSN).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : l'adaptation des dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales des salariés agricoles à l'environnement DSN

A. Les employeurs de salariés agricoles bénéficient de dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales dues

1. Le service Tesa+ simplifie le calcul et la déclaration de la rémunération des salariés agricoles

Depuis 2017¹, les **entreprises** de l'Hexagone dont les salariés relèvent du régime des salariés agricoles bénéficient d'un service d'aide à l'accomplissement de leurs obligations en matière sociale, **le dispositif Titre emploi-service agricole (Tesa+)**².

Celui-ci permet à l'entreprise :

- **d'obtenir le calcul des rémunérations dues aux salariés** en tenant compte des stipulations des conventions collectives applicables au secteur d'activité concerné et des cotisations et contributions sociales dues ;

- et de **souscrire la DSN** qui doit être adressée aux organismes de protection sociale, aux caisses de congés payés et à Pôle emploi³.

¹ Article L. 712-8 du code rural et de la pêche maritime ; décret n° 2017-1035 du 10 mai 2017 relatif au titre emploi-service agricole.

² Loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt, article 37 ; article L. 712-2 du code rural et de la pêche maritime.

³ Article L. 712-4 du code rural et de la pêche maritime.

La déclaration sociale nominative (DSN)

Le développement de la DSN, qui **remplace la quasi-totalité des démarches des entreprises en la matière** (45 à ce jour)¹, ainsi que diverses formalités liées à l'ouverture de droits sociaux (liquidation des indemnités journalières, formalités chômage, alimentation des comptes retraite et du compte personnel de formation, etc.), a permis de faire converger les procédures déclaratives des employeurs.

Ouverte à partir de 2013 aux entreprises volontaires², **la DSN a été généralisée à l'ensemble des employeurs du secteur privé au 1^{er} janvier 2017³**, puis étendue progressivement aux employeurs publics, pour lesquels elle est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2022⁴. En avril 2023, elle concernait 2,3 millions d'entreprises, 65 000 émetteurs de la fonction publique et 28 millions de salariés et agents publics.

Réalisée sur le site net.entreprises.fr et transmise par voie électronique, **la DSN est structurellement basée sur l'acte de paie**, dont elle est un sous-produit. Elle établit, pour chaque salarié ou assimilé :

- le lieu d'activité et les caractéristiques de l'emploi et du contrat de travail ;
- les montants des rémunérations, des cotisations et contributions sociales et la durée de travail retenus ou établis pour la paie de chaque mois ;
- les dates de début et de fin de contrat, de suspension et de reprise du contrat de travail intervenant en cours de mois ;
- le cas échéant, une régularisation au titre des données inexactes ou incomplètes transmises au cours des mois précédents⁵.

Cette nouvelle déclaration unifiée tend à **rationaliser le système déclaratif** en mutualisant la collecte des données, partagées entre les organismes sociaux selon leurs besoins, de façon à réduire la charge administrative pesant sur les employeurs, ainsi qu'à **sécuriser les droits des assurés en limitant les risques d'erreur ou d'oubli**.

Les organismes destinataires de la DSN utilisent les données qu'elle contient pour déterminer le taux de certaines cotisations sociales, pour recouvrer les cotisations et contributions sociales et certaines impositions, pour vérifier leur montant et verser certains revenus de remplacement, entre autres.

¹ Incluant la déclaration unifiée des cotisations sociales (DUCS), la déclaration annuelle des données sociales unifiées (DADS-U), la déclaration obligatoire d'emploi des travailleurs handicapés, ou encore la déclaration de mouvement de main d'œuvre.

² Loi n° 2012-387 du 22 mars 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des charges administratives, article 35.

³ Ordonnance n° 2015-682 du 18 juin 2015 relative à la simplification des déclarations sociales des employeurs, article 9 ; décret n° 2016-611 du 18 mai 2016 fixant les délais limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative, article 1^{er}.

⁴ Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, article 43 ; décret n° 2018-1048 du 28 novembre 2018 fixant les dates limites pour la transmission obligatoire de la déclaration sociale nominative pour les régimes mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 711-1 du code de la sécurité sociale, article 1^{er}.

⁵ Article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale.

Les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) délivrent à l'entreprise un bulletin de paie à remettre au salarié¹, lequel est réputé satisfaire à certaines formalités².

Le *Tesa+* est notamment utilisé par les employeurs agricoles ne disposant pas de logiciels de paie compatibles avec la norme DSN.

2. Le Tesa-S allège la charge déclarative de l'employeur au titre de l'emploi de salariés agricoles dans le cadre de contrats courts

En parallèle, le **titre emploi simplifié agricole** (*Tesa-S*), délivré par les caisses de MSA, permet aux **employeurs** (y compris particuliers), lorsqu'ils recrutent **par contrat à durée déterminée** (CDD)³ des salariés agricoles exerçant dans certains secteurs d'activité, de satisfaire à une dizaine d'obligations en matière d'embauche et d'emploi⁴.

Lorsqu'il en est fait usage pour des travaux saisonniers, les salariés concernés doivent être rémunérés à l'issue de chaque campagne saisonnière et au moins une fois par mois.

En tout état de cause, le *Tesa-S* ne peut être utilisé que pour les CDD dont la durée est **inférieure ou égale à trois mois** et pour lesquels la rémunération brute n'excède pas **trois fois le montant du plafond de la sécurité sociale** (Pass), soit 10 998 euros en 2023⁵, ce qui en fait un outil privilégié pour l'embauche de travailleurs occasionnels : le dispositif est utilisé chaque année par **30 000 employeurs** pour la déclaration de **70 000 à 260 000 salariés** chaque mois.

À défaut d'être compatible avec la norme DSN, le *Tesa-S* devait disparaître dès 2019, mais a été maintenu pour permettre à la Caisse centrale de la MSA (CCMSA) de l'y adapter. Ces travaux devraient aboutir à la mise en œuvre des solutions identifiées **d'ici à janvier 2024**.

¹ Article L. 712-5 du code rural et de la pêche maritime.

² Règles relatives à l'établissement d'un contrat de travail, déclaration préalable à l'embauche, délivrance d'un certificat de travail et établissement d'un contrat de travail écrit (article L. 712-6 du code rural et de la pêche maritime).

³ Sauf lorsque le CDD est conclu au titre de dispositions légales destinées à favoriser le recrutement de certaines catégories de personnes sans emploi et lorsque l'employeur s'engage à assurer un complément de formation professionnelle au salarié (ancien article L. 122-2 du code du travail).

⁴ Déclaration préalable à l'embauche, établissement d'un contrat de travail écrit, immatriculation du salarié, signalement au service de santé au travail, tenue du registre unique du personnel (RUP), demande de bénéfice des exonérations de cotisations patronales pour l'emploi d'un travailleur occasionnel, établissement du bulletin de paie, conservation du double du bulletin de paie, déclaration trimestrielle des salaires, délivrance d'un certificat de travail et déclaration annuelle des salaires (article L. 712-1 du code rural et de la pêche maritime).

⁵ Article R. 712-12 du code rural et de la pêche maritime.

B. Le PLFSS pour 2024 tend à assurer la comptabilité du Tesa-S avec la norme DSN

Le présent article, issu d'un amendement du groupe Démocrate retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à mettre en cohérence la législation relative au *Tesa-S* avec l'environnement DSN.

En premier lieu, les dispositions législatives instituant le *Tesa-S*, devenues en partie obsolètes du fait de l'abrogation de nombreux articles auxquels elles font référence, seraient révisées de façon à en améliorer la rédaction et à renvoyer aux dispositions appropriées (**1° du II**).

Il s'agit, en particulier, de disposer que l'utilisation du *Tesa-S* permet aux employeurs agricoles de **satisfaire à l'obligation d'émission d'une DSN¹ (1° et b du 3° du II)**.

Du reste, le *Tesa+* devant être **ouvert aux particuliers employeurs**, et non plus seulement aux entreprises (**a du 2°, a du 3° et 4° du II**), les particuliers employeurs pourraient désormais utiliser ce service, et plus le *Tesa-S*, pour déclarer leurs employés à domicile relevant du régime des salariés agricoles (**1° et b du 2° du II**).

Dans le même temps, tant les employeurs utilisant le *Tesa-S* que ceux qui utilisent le *Tesa+* seraient désormais réputés satisfaire à l'obligation de tenue du registre unique du personnel² et de souscription de la déclaration des sommes prélevées à la source au titre de l'impôt sur le revenu³ (**b du 5° du II**).

Les dispositions du code de la sécurité sociale listant les catégories de personnes pouvant demander le bénéfice d'un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales préciseraient désormais que les employeurs de salariés agricoles peuvent bénéficier non seulement du *Tesa+*, mais également du *Tesa-S* (**I**).

Enfin, il serait procédé à certaines précisions à des fins de sécurisation juridique (**a du 5° et 6° du II**).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

¹ Ou, le cas échéant, à l'établissement des formalités et des déclarations auxquelles la DSN se substitue.

² Article L. 1221-13 du code du travail.

³ Article 87-0 A du code général des impôts.

II - La position de la commission : permettre aux exploitants agricoles de faire face à leurs besoins temporaires de main-d'œuvre

La commission se félicite du maintien des dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement dont bénéficient les employeurs agricoles, qui leur permettent de procéder au recrutement des salariés occasionnels dont ils ont besoin selon les saisons **sans devoir accomplir des démarches administratives disproportionnées.**

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 10 quinquies (nouveau)

Réforme des « bandeau maladie » et « bandeau famille »

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, propose de définir les seuils jusqu'auxquels s'appliquent les « bandeau maladie » et « bandeau famille » des allègements de cotisations sociales patronales en euros, et non plus en multiples du Smic. Il s'agit à la fois d'éviter une augmentation excessive du coût en cas de forte inflation et de réduire progressivement ces seuils en multiples du Smic, actuellement de respectivement 2,5 Smic et 3,5 Smic, afin de les rendre plus efficaces en termes de créations d'emplois.

La commission estime cet article bienvenu. Elle juge toutefois nécessaire de préciser le dispositif.

Elle propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

Les allègements généraux de cotisations et contributions sociales comprennent :

- une réduction générale dégressive des cotisations et contributions sociales¹, qui supprime l'ensemble des cotisations et contributions de droit commun au niveau du Smic et dont le niveau décroît en fonction du salaire pour devenir nulle pour une rémunération annuelle égale à 1,6 fois le Smic ;

- une réduction de 6 points des cotisations d'assurance maladie pour les rémunérations inférieures à 2,5 Smic². Cette réduction, dite « bandeau maladie », est issue de l'ex-crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), transformé en 2019 en allègement de cotisations ;

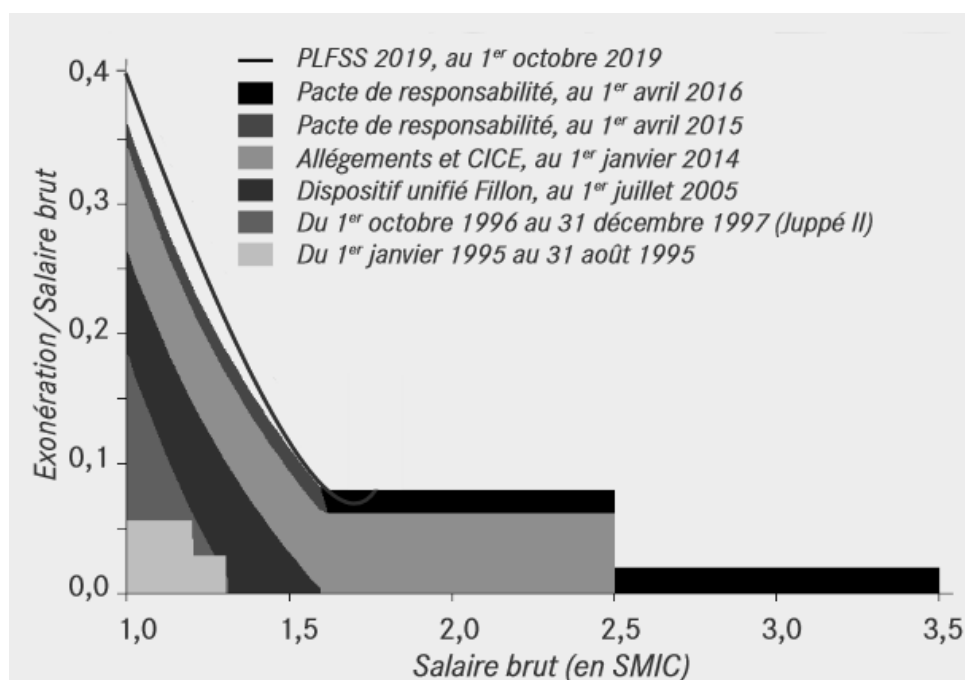
¹ Articles L. 241-13 et L. 921-4 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 241-2-1 du code de la sécurité sociale.

- une réduction de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales pour les rémunérations inférieures à 3,5 Smic¹. Cette réduction, dite « bandeau famille », est issue du « pacte de responsabilité et de solidarité ». Elle a été mise en place en 2014 jusqu'à 1,6 Smic puis portée en 2016 jusqu'à 3,5 Smic.

Le schéma ci-après permet de visualiser ces différents éléments.

Les allégements généraux de cotisations sociales patronales



Source : Yannick L'Horty, Philippe Martin, Thierry Mayer, « Baisses de charges : stop ou encore ? », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019

Selon l'annexe 4 au présent PLFSS, ces allégements ont réduit les recettes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) de près de 60 milliards d'euros en 2022, dont :

- 24,3 milliards d'euros pour les allégements généraux dégressifs de cotisations sociales entre 1 et 1,6 Smic ;
- 25,3 milliards d'euros pour le « bandeau maladie » ;
- 9,9 milliards d'euros pour le « bandeau famille ».

Le coût prévisionnel pour 2024 est de 66,9 milliards d'euros pour les Robss (80,6 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale).

¹ Article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale.

L'impact sur l'emploi de ces trois composantes est très différent :

- l'allègement dégressif entre 1 et 1,6 Smic permettrait environ 800 000 emplois¹ ;

- selon les études mentionnées en 2022 par France Stratégie, l'ex-CICE, au coût analogue, permettrait seulement autour de 200 000 emplois² ;

- l'impact sur l'emploi du « bandeau famille » pour sa part supérieure à 1,6 Smic, et *a fortiori* à 2,5 Smic, est forcément faible, et une note³ de 2019 du Conseil d'analyse économique indique ne pas parvenir à identifier d'impact sur la compétitivité.

Ainsi, la note précitée du Conseil d'analyse économique recommande d'« abandonner pour le budget 2020 les baisses de charges au-dessus de 2,5 Smic voire 1,6 Smic, si les évaluations à venir de France Stratégie venaient à confirmer leurs résultats décevants ».

Les études produites depuis vingt ans sur l'impact des allègements de charges sur l'emploi conduisent à des résultats analogues, dont les ordres de grandeur peuvent être retrouvés avec quelques calculs simples.

L'impact des allègements de cotisations sur l'emploi

Schématiquement, selon les estimations disponibles, l'élasticité de la demande de travail par les entreprises à son coût est d'environ 1,5 au niveau du Smic⁴ et diminue à partir d'environ 1,6 Smic pour s'annuler progressivement ; elle est évaluée à environ 0,5 pour l'ensemble des salaires. La masse salariale du secteur privé présente environ 50 points de PIB, pour environ 20 millions de salariés, dont la moitié entre 1 et 1,6 Smic.

¹ Ce chiffre de 800 000 emplois figure notamment dans un article publié en janvier 2006 par Yannick L'Horty (« Dix ans d'évaluation des exonérations sur les bas salaires », in *Connaissance de l'emploi*, n° 24, janvier 2006), synthétisant la quinzaine d'études qui avaient été faites sur le sujet en France.

² « Ces travaux offrent ainsi différents ordres de grandeur de l'effet sur l'emploi, conditionnellement à la méthode employée : au niveau des entreprises, l'effet mesuré sur les emplois créés ou sauvegardés demeure autour de 100 000 sur 2014-2016 ; l'approche macro-sectorielle aboutit quant à elle à une estimation autour de 200 000 emplois, essentiellement identifiés dans les secteurs des services. Les tentatives de bouclage macroéconomique, tenant compte des résultats sectoriels et d'hypothèses sur le financement de la mesure, débouchent sur une fourchette plus large allant de 160 000 à 400 000 emplois. (...) Des travaux macroéconométriques réalisés par la Banque de France, portant plus globalement sur les effets des politiques publiques affectant le coût du travail entre 2015 et 2019, aboutissent à des résultats un peu plus élevés mais d'ordre de grandeur compatible (240 000 emplois créés ou sauvegardés) (...) » (*Comité de suivi et d'évaluation de la loi PACTE*, Troisième rapport, France Stratégie, septembre 2022).

³ Yannick L'Horty, Philippe Martin, Thierry Mayer, « Baisses de charges : stop ou encore ? », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019.

⁴ Cela signifie que quand le Smic augmente de 1 %, le nombre d'emplois au Smic augmente de 1,5 %.

Un allègement uniforme de 25 milliards d'euros (ce qui correspond au « bandeau maladie »), soit environ 1 point de PIB, réduit le coût salarial d'environ 2 %, ce qui, avec une hypothèse d'élasticité de 0,5, conduit à une augmentation du nombre d'emplois de 1 %, soit 200 000.

En revanche, un allègement de 25 milliards d'euros concentré sur les salaires entre 1 et 1,6 Smic réduit leur coût salarial d'environ 5 %, ce qui, avec une hypothèse d'élasticité de 1,5, conduit à une augmentation du nombre d'emplois (10 millions) d'environ 7,5 %, soit environ 750 000.

B. Le droit proposé

Le présent article prévoit :

- **que dans le cas du « bandeau maladie » et du « bandeau famille », le salaire à partir duquel l'allègement disparaît (respectivement 2,5 Smic et 3,5 Smic) est remplacé par un montant défini en euros ;**

- **que ce montant est défini par décret et ne peut être inférieur à celui constaté au 31 décembre 2023.**

L'objectif mis en avant dans l'exposé sommaire de l'amendement est financier. Il souligne en effet que le niveau élevé de l'inflation en 2022 et 2023 a suscité, en particulier par les revalorisations du Smic, une forte hausse du coût des allègements généraux, qui pour les Robss passerait de 51 milliards d'euros en 2021 à 67 milliards d'euros en 2024. Il mentionne le cas de certains salaires supérieurs au Smic qui, sans avoir évolué, bénéficient désormais d'un allègement, l'augmentation du Smic ayant suscité celle du salaire maximal permettant d'en bénéficier. Il évoque l'article 20 du projet de LPFP, qui prévoit que les niches sociales ne peuvent excéder 14 % des recettes des Robss et des organismes concourant à leur financement, considérant que le « dynamisme excessif » des allègements « fragilise l'objectif ».

Selon la direction de la sécurité sociale, le présent article réduirait les allègements de 570 millions d'euros en 2024.

III - La position de la commission

A. Un amendement issu de travaux de la Mecss de l'Assemblée nationale

La suppression du « bandeau famille » au-delà de 2,5 Smic est une proposition d'un récent rapport d'information¹ des députés Marc Ferracci et Jérôme Guedj pour la mission d'évaluation et de contrôle (Mecss) de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

¹ Marc Ferracci, Jérôme Guedj, « rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l'efficacité des exonérations de cotisations sociales », n° 1685 (XVI^e législature), 28 septembre 2023.

Le rapport suggérerait également de supprimer les allègements au-delà de 1,6 Smic (ce qui concernait également le « bandeau maladie »), sans prendre toutefois clairement position¹.

Dans le cadre de l'examen du présent PLFSS, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement en ce sens de M. Ferracci, prévoyant que l'économie serait « recyclée » pour renforcer les allègements dégressifs, étendus aux salaires compris entre 1 et 1,64 Smic. Le Medef a exprimé dans un communiqué la crainte que cela suscite un « choc négatif de compétitivité ». M. Ferracci a déposé pour la séance un autre amendement, dont résulte le présent article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité.

B. Une mesure budgétairement vertueuse qui améliore l'efficacité des allègements de charges

En période d'inflation élevée, la croissance du coût des allègements de cotisations sociales patronales est supérieure à celle de la masse salariale, du fait des règles de revalorisation du Smic². Les récents rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) soulignent ainsi le décalage entre la croissance de la masse salariale, habituellement voisine de celle du PIB en valeur, et celle des allègements de cotisations et contributions, actuellement nettement supérieure³.

Toutefois les conjoncturistes anticipent actuellement, comme le Gouvernement, un recul de l'inflation au cours des prochaines années.

Un autre effet du présent article est qu'à long terme, comme les salaires augmenteront, les seuils supérieurs du « bandeau maladie » et du « bandeau famille » représenteront un multiple du Smic de plus en plus faible, ce qui rendra le dispositif plus efficace en termes de création d'emplois.

¹ « Le rapport questionne, bien qu'il n'apporte pas de réponse. Dans tous les cas, il fait écho à des interrogations que plusieurs économistes et acteurs ont mentionnées devant nous. En effet, entre 1,6 et 2,5 Smic, la question de la pertinence peut se poser. Nous n'apportons pas de réponse aussi tranchée que s'agissant des salaires supérieurs à 2,5 Smic sur le bandeau famille, mais le « bandeau maladie », qui représente la majeure partie de l'exonération entre 1,6 et 2,5 Smic, s'élève entre 20 et 25 milliards d'euros sur lesquels nous pensons qu'il faudrait prolonger les travaux d'évaluation et d'appréciation au regard des objectifs assignés » (Jérôme Guedj, lors de l'examen du rapport par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le 27 septembre 2023).

² Le montant du Smic est revalorisé automatiquement au 1^{er} janvier de chaque année à partir de deux indicateurs : l'inflation constatée pour les 20 % de ménages aux plus faibles revenus et la moitié du gain de pouvoir d'achat du salaire horaire moyen des ouvriers et employés.

³ Par exemple, selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023, « les allègements généraux continueraient d'augmenter significativement en 2023 (+ 10,0 %, dont + 9,5 % pour l'ensemble des régimes de base) en raison des hausses successives du Smic (+ 5,4 % attendu en moyenne annuelle) qui conduisent à une évolution plus forte que celle du SMPT, et freineraient ainsi pour - 0,9 point la progression des cotisations du secteur privé ».

La commission ne peut chiffrer avec précision les recettes supplémentaires résultant du présent article, celles-ci dépendant de l'évolution du Smic. Toutefois le gain permis par la seule suppression du « bandeau famille » au-delà de 2,5 Smic est évalué à 1,5 milliard d'euros. Il s'agit donc d'une mesure importante, qui à terme améliorera le solde public de plusieurs milliards d'euros.

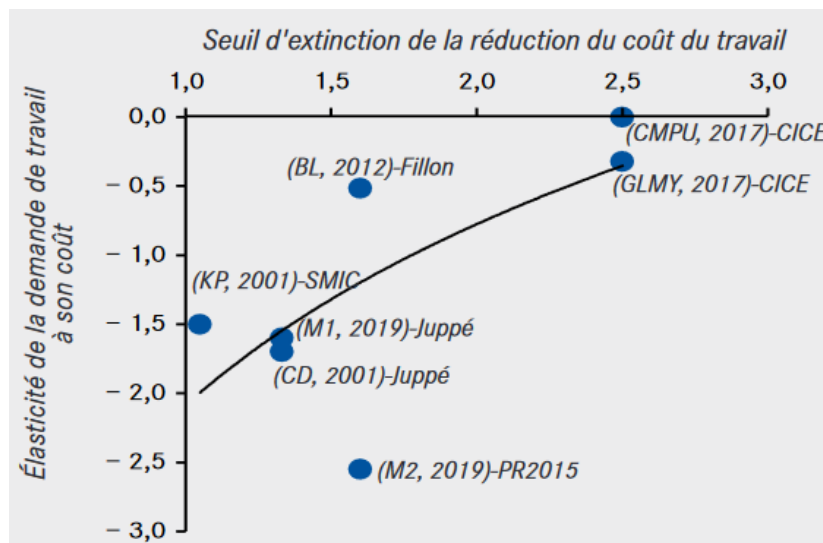
C. Un dispositif à préciser

Si le présent article est bienvenu, il semble devoir être précisé.

En effet, il ne prévoit aucune limite basse des seuils maximaux, exprimés en multiple du Smic de l'année en cours¹.

Comme le montre le graphique ci-après, un allègement de cotisations patronales crée d'autant moins d'emplois qu'il concerne des salaires élevés par rapport au Smic.

Élasticité de la demande de travail à son coût : évaluation *ex post* sur micro-données individuelles d'entreprises



Lecture : chaque point du graphique correspond au résultat central d'une évaluation *ex post* sur micro-données d'entreprises. L'axe horizontal correspond au seuil d'extinction des mesures de réduction du coût du travail qui ont été évaluées par chaque étude. L'axe vertical donne l'élasticité moyenne de la demande de travail à son coût, estimée dans chaque étude.

Les références précises des différentes études figurent dans la source du présent graphique.

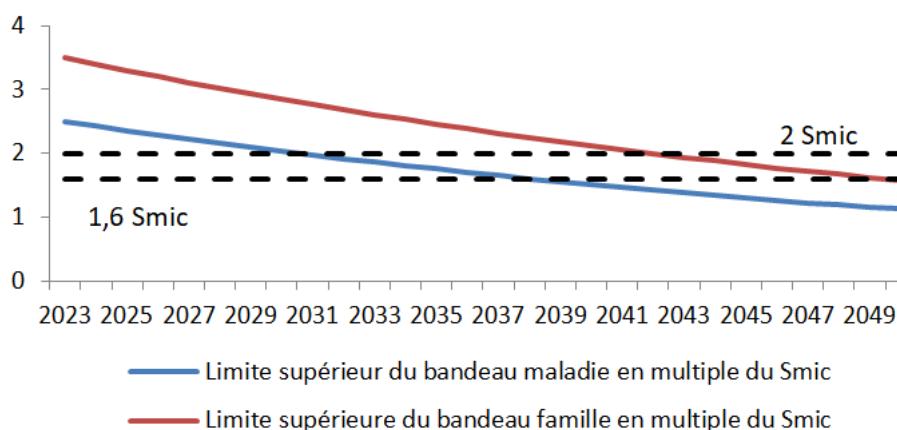
Source : Yannick L'Horty, Philippe Martin, Thierry Mayer, « Baisses de charges : stop ou encore ? », Les notes du Conseil d'analyse économique, n° 49, janvier 2019

¹ En revanche, elle ne permettrait pas au Gouvernement de porter le seuil du « bandeau maladie » et du « bandeau famille » au-delà de 3,5 Smic et 2,5 Smic.

Il convient donc de se demander quel objectif on souhaite atteindre en termes de définition des seuils supérieurs d'allègement en multiple du Smic. Le maintien des allègements pour les salaires de 1,6 Smic semblant consensuel, la question est de savoir si on vise le seuil de 1,6 Smic ou le seuil de 2 Smic.

En retenant une hypothèse conventionnelle de croissance du Smic de 3 % par an, fixer les seuils maximaux à 2,5 Smic de 2023 (pour le « bandeau maladie ») et à 3,5 Smic de 2023 (pour le « bandeau famille ») aurait pour effet de ramener ces seuils à 2 Smic en 2031 pour le « bandeau maladie » et en 2042 pour le « bandeau famille » ; et à les ramener à 1,6 Smic en 2039 pour le « bandeau maladie » et en 2050 pour le « bandeau famille ».

Impact du présent article sur les limites supérieures des bandeau « maladie » et « famille » en multiples du Smic



Hypothèses : seuil supérieur des bandeaux « maladie » et « famille » de respectivement 2,5 Smic de 2023 et 3,5 Smic de 2023, croissance du Smic de 3 % par an.

Lecture : en 2039, le seuil supérieur du « bandeau maladie » devient inférieur à 1,6 Smic de 2039.

Source : Calculs de la commission des affaires sociales

Afin de donner de la visibilité à long terme aux employeurs, et d'éviter qu'une incertitude sur le niveau futur des allègements réduise leur efficacité, il serait donc utile de **préciser dans la loi que les seuils maximaux du « bandeau maladie » et du « bandeau famille » ne peuvent descendre en dessous d'un certain niveau en multiple du Smic de l'année en cours, que l'on propose de fixer à 2 Smic de l'année en cours (amendement n° 240)**. Ce seuil est un paramètre essentiel du dispositif d'allègements de charges, dont il ne serait pas compréhensible qu'il ne figure pas dans la loi, comme les seuils actuels.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 10 sexies (nouveau)

Précision du nouveau régime social des indemnités de rupture conventionnelle versées aux salariés et agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à préciser le régime d'exonération de cotisations sociales des indemnités versées lors d'une rupture conventionnelle aux salariés et agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant

1. Les indemnités pour mise à la retraite du salarié

Lorsque l'employeur met un salarié à la retraite, en application de l'article L. 1237-5 du code du travail, il doit lui verser **une indemnité** d'un montant au moins égal à celui de l'indemnité de licenciement¹. La mise à la retraite du salarié peut être effectuée à l'initiative de l'employeur, sans l'accord du salarié, lorsque ce dernier atteint l'âge de 70 ans.

L'indemnité versée au salarié **est exclue de l'assiette de revenus imposables**, dans la limite d'un plafond². Le montant non imposable est également **exonéré de cotisations sociales**, dans la limite de deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass)³. **En outre, il est exonéré de CSG et de CRDS**, dans la limite du montant légal ou conventionnel de l'indemnité, sans que ce montant ne puisse dépasser le montant exonéré de cotisations⁴.

Avant le 1^{er} septembre 2023⁵, **une contribution de 50 %** affectée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) **était due par les employeurs sur les indemnités versées** en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur.

¹ Article L. 1237-7 du code du travail.

² 4^o de l'article 80 duodecimes du code général des impôts.

³ 7^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le montant dépasse 10 fois le Pass, il est assujéti à cotisations sociales dès le premier euro.

⁴ 5^o du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 137-12 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à la LFRSS pour 2023.

2. Les indemnités versées lors d'une rupture conventionnelle

Aux termes de l'article L. 1237-11 du code du travail, l'employeur et le salarié peuvent convenir des conditions de la rupture du contrat de travail qui les lie. Cette modalité de rupture, appelée **rupture conventionnelle**, est exclusive du licenciement ou de la démission et ne peut être imposée par l'une ou l'autre des parties. Elle résulte d'une convention signée par les parties au contrat.

La convention détermine le montant de l'indemnité spécifique de rupture conventionnelle qui ne peut pas être inférieur à celui de l'indemnité de licenciement¹.

• **Pour les salariés qui ne sont pas en droit de bénéficier d'une pension de retraite** d'un régime légalement obligatoire, l'indemnité de rupture conventionnelle est **exclue de l'assiette de revenus imposables**, dans la limite d'un plafond².

Le montant non imposable est également **exonéré de cotisations sociales**, dans la limite de deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale (Pass)³. **En outre, il est exonéré de CSG et de CRDS**, dans la limite du montant légal ou conventionnel de l'indemnité, sans que ce montant ne puisse dépasser le montant exonéré de cotisations⁴.

Ce montant ainsi exonéré était **soumis, avant le 1^{er} septembre 2023, à un forfait social de 20 %** dont le produit était affecté à la Cnav⁵.

• **Pour ceux qui sont en droit de bénéficier d'une pension de retraite** d'un régime légalement obligatoire, cette indemnité est considérée comme du **revenu imposable**⁶.

Avant le 1^{er} septembre 2023, elle était assujettie dès le premier euro à cotisations sociales, à la CSG et à la CRDS⁷.

3. Une contribution sociale harmonisée à 30 % sur ces indemnités, instituée par la LFRSS pour 2023

L'article 4 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023⁸ a supprimé la contribution de 50 % due sur les indemnités de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur et le forfait social de 20 % dû sur les indemnités versées lors d'une rupture conventionnelle.

¹ Article L. 1237-13 du code du travail.

² 6° de l'article 80 duodecimes du code général des impôts.

³ 7° de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le montant dépasse 10 fois le Pass, il est assujetti à cotisations sociales dès le premier euro.

⁴ 5° du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 137-15 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à la LFRSS pour 2023.

⁶ 6° de l'article 80 duodecimes du code général des impôts.

⁷ 7° du II de l'article L. 242-1 dans sa version antérieure à la LFRSS pour 2023 et article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

Il a institué, à compter du 1^{er} septembre 2023, **une contribution de 30 % à la charge de l'employeur sur ces deux indemnités**, pour la part exclue de l'assiette des cotisations sociales, dont le produit est affecté à la Cnav¹.

En outre, cet article 4 de la LFRSS pour 2023 a prévu que **l'exonération de cotisations sociales et de CSG-CRDS serait applicable aux indemnités de rupture conventionnelle versées aux salariés et agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire²**, alors que ces indemnités, considérées comme du revenu imposable, ne faisaient auparavant pas l'objet d'exonérations sociales.

B. Le droit proposé : une précision relative au régime social des indemnités pour rupture conventionnelle imposables

Le présent article est issu d'un amendement de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution. Il entend préciser la portée du dispositif introduit par l'article 4 de la LFRSS pour 2023, qui a prévu l'exonération de cotisations sociales et de CSG-CRDS sur les indemnités de rupture conventionnelle versées aux salariés et agents en droit de bénéficier d'une pension de retraite d'un régime légalement obligatoire, qui sont dans ce cas assujetties à l'impôt sur le revenu.

Il complète le second alinéa du 7^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que ces sommes sont exonérées de cotisations sociales, y compris lorsqu'elles sont imposables et dans la limite des montants d'indemnité pouvant faire l'objet de l'exonération d'impôt.

II - La position de la commission

Lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, le Sénat a approuvé l'harmonisation à 30 % du taux de la contribution assise sur les indemnités de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur et sur celles versées à l'occasion d'une rupture conventionnelle.

La commission avait alors souscrit à l'objectif poursuivi par cette harmonisation, qui visait à ce que, du point de vue du régime social, la rupture conventionnelle ne soit pas plus avantageuse que la mise à la retraite du salarié.

¹ Article L. 137-12 du code de la sécurité sociale.

² Second alinéa du 7^o de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

À l'initiative de la rapporteure générale, **la commission a donc approuvé le présent article** qui précise la portée du dispositif introduit par l'article 4 de la LFRSS pour 2023 adopté par le Sénat.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 10 septies (nouveau)

**Sécurisation de l'affiliation des commissaires aux comptes
au régime de retraite des professions libérales**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à éviter l'affiliation des commissaires aux comptes au régime général plutôt qu'au régime de retraite des professions libérales.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : la sécurisation de l'affiliation des commissaires aux comptes à la CnavPL

A. Ne relevant pas explicitement du périmètre du régime de retraite des professions libérales, les commissaires au compte devraient être affiliés au régime général

Le code de la sécurité sociale liste avec précision les professions dont l'exercice emporte une affiliation au régime d'assurance vieillesse des professions libérales¹, géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CnavPL) et ses dix sections professionnelles.

Les travailleurs indépendants dont la profession n'est pas mentionnée comme relevant du périmètre de la CnavPL sont, pour leur part, **affiliés à la sécurité sociale des indépendants (SSI)**, intégrée au régime général depuis 2020.

Or, l'affiliation au régime des professions libérales des commissaires aux comptes ne résulte aujourd'hui que d'**une disposition réglementaire** du code de commerce², devenue par ailleurs **obsolète**³.

Il en résulte un risque juridique pour ces professionnels, qui **devraient théoriquement relever de la SSI et non de la CnavPL.**

¹ Article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 822-31 du code de commerce.

³ Est visée « l'organisation autonome d'allocations vieillesse des professions libérales instituées par l'article L. 621-3 du code de la sécurité sociale », alors que cet article est aujourd'hui le support de la réduction progressive des cotisations maladie-maternité des travailleurs indépendants.

B. Le PLFSS pour 2024 régularise donc l'affiliation des commissaires au compte au régime des professions libérales

Le présent article, issu d'amendements identiques du Gouvernement et des députés Véronique Louwagie, Yannick Neuder et Stéphane Viry (Les Républicains) retenus par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à **intégrer la profession de commissaire aux comptes à la liste de celles dont l'exercice entraîne l'affiliation au régime des professions libérales.**

D'après l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement, 11 800 professionnels seraient concernés par cette mesure¹, qui permettrait, en outre, de « *sécuriser leur affiliation au dispositif d'indemnités journalières propre aux professionnels libéraux entré en vigueur le 1^{er} juillet 2021* ».

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une mesure nécessaire

La commission approuve la mesure proposée dans l'objectif d'éviter de maintenir les commissaires aux comptes dans une situation juridiquement fragile et de provoquer une perte de recettes pour le régime des professions libérales.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ En 2021.

Article 10 octies (nouveau)

Prolongation et extension de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations des travailleurs indépendants

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prolonger jusqu'en 2027 l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations des travailleurs indépendants et à sécuriser la participation des psychomotriciens.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : la prolongation de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations des indépendants et l'intégration des cotisations des psychomotriciens

A. La modulation en temps réel des cotisations des indépendants vise à remédier aux limites de leur circuit de déclaration et de paiement

1. Les cotisations dues par les travailleurs indépendants sont calculées sur une base provisionnelle avant régularisation

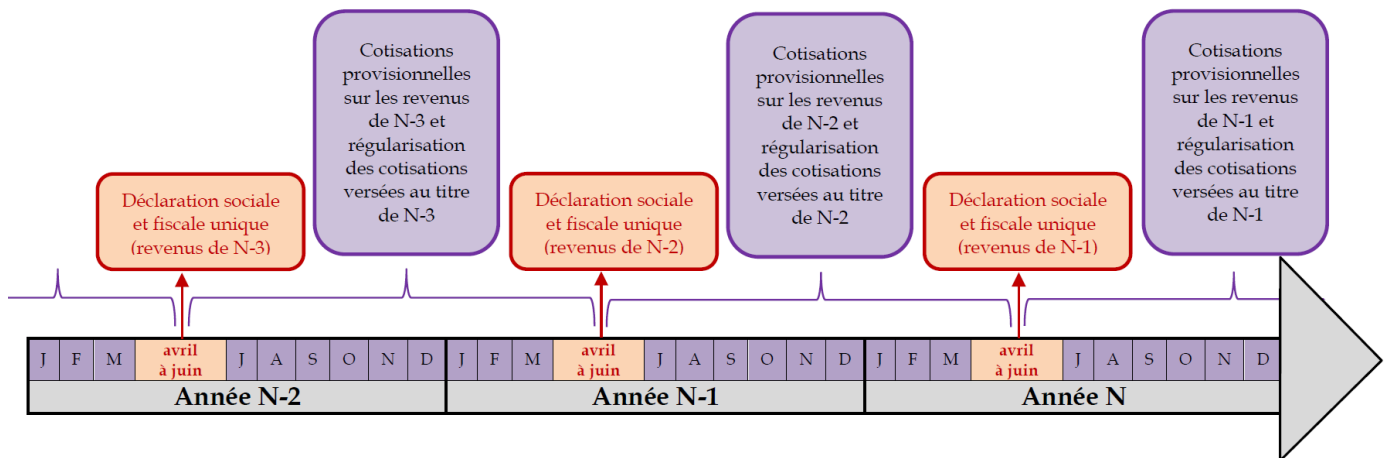
Les travailleurs indépendants ne peuvent déterminer le montant exact de leurs frais et charges réels, et donc leur revenu de l'exercice, **qu'après la clôture de ce dernier**. Les revenus d'activité de la dernière année écoulée (N-1) font donc l'objet d'une déclaration souscrite **entre avril et juin de l'année en cours (N)**.

Au début de l'année N, les cotisations dues par les travailleurs indépendants sont donc calculées, à titre provisionnel, **sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année (N-2)**, à l'exception des deux premières années d'installation, au titre desquelles les cotisations provisionnelles sont déterminées sur une base forfaitaire¹.

Lorsque le revenu de l'année N-1 est définitivement connu, c'est-à-dire après la souscription de la déclaration fiscale et sociale unique des indépendants, **les versements opérés au titre de l'année N-1 sont régularisés** par le remboursement du trop-perçu ou le paiement du solde et les cotisations provisionnelles dues au titre de l'année N - hormis celles qui sont dues au titre de la première année d'installation - sont **recalculées sur la base de ce revenu**.

¹ Article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

Modalités de versement des cotisations sociales des travailleurs indépendants



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

Il résulte de ce mécanisme qu'une diminution des revenus n'entraîne pas de réduction du montant des cotisations provisionnelles versées par le travailleur concerné avant la déclaration de revenu suivante. À l'inverse, à défaut de révision à la hausse des cotisations provisionnelles avant cette échéance en cas d'augmentation des revenus, les montants versés font l'objet d'une importante régularisation après la déclaration de revenu.

2. Depuis 2019, la possibilité, pour les travailleurs indépendants, de moduler en temps réel leurs cotisations fait l'objet d'une expérimentation

Dans une logique d'amélioration de la lisibilité du recouvrement et d'**ajustement des sommes prélevées aux variations des revenus** dans le temps, plusieurs mesures ont été mises en œuvre au cours des dernières années.

L'adaptation progressive des cotisations aux évolutions des revenus

Depuis 2012, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être **calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours**¹. La possibilité accordée aux Urssaf d'appliquer une majoration de retard lorsque le revenu définitif était supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant a été supprimée en 2021².

¹ Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 37 ; article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 19.

En outre, depuis 2015, dès que le revenu de l'année N-1 est connu, **les cotisations provisionnelles sont recalculées sur cette base pour la période restant à courir de l'année**¹.

Enfin, depuis 2020, les Urssaf mettent à la disposition des travailleurs indépendants **un simulateur leur permettant de calculer le montant des cotisations sociales dont ils sont redevables** en fonction du revenu déclaré².

Afin de renforcer la contemporanéité des prélèvements, le législateur a approuvé, en 2017, **l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations sociales des travailleurs indépendants**³.

Les Urssaf ont ainsi pu proposer à des travailleurs indépendants d'acquitter leurs cotisations et contributions provisionnelles sur une base mensuelle ou trimestrielle **établie à partir des informations communiquées par ces travailleurs en fonction de leur activité ou de leurs revenus**, et ce jusqu'au 30 juin 2019.

Ouvert au 1^{er} janvier 2019, le téléservice dédié a permis aux cotisants éligibles, à savoir les travailleurs indépendants volontaires des Urssaf d'Île-de-France et de Languedoc-Roussillon, à l'exclusion des microentrepreneurs, des conjoints collaborateurs et des professionnels libéraux⁴, d'ajuster leurs prélèvements au niveau réel de leur activité.

La date de fin de l'expérimentation a ensuite été repoussée au 31 décembre 2019⁵, puis au 31 décembre 2020⁶ et enfin au 31 décembre 2021⁷, celle-ci étant par ailleurs **généralisée à l'ensemble des Urssaf en septembre 2021**.

Or, du fait de la crise sanitaire, les activités de recouvrement ont été interrompues, perturbant la mise en œuvre de l'expérimentation. Par conséquent, le législateur a de nouveau **reporté la fin de l'expérimentation, la fixant au 31 décembre 2023**, et étendu son champ aux professionnels libéraux à compter du 1^{er} janvier 2023⁸.

Un rapport d'évaluation devait être présenté par le Gouvernement au terme de l'expérimentation, ainsi qu'un rapport intermédiaire au plus tard le 30 septembre 2022. Ce dernier n'a pas été remis au Parlement à ce jour.

¹ Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, article 25 ; article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 22 ; article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

⁴ Décret n° 2018-533 du 27 juin 2018 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation prévue au XVII de l'article 15 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 1^{er}.

⁵ Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, article 25.

⁶ Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, article 19.

⁷ Décret n° 2021-849 du 29 juin 2021 relatif aux conditions de transmission par l'organisme chargé du recouvrement au travailleur indépendant des modalités de calcul des cotisations et contributions sociales, article 2.

⁸ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 19.

B. Le PLFSS pour 2024 vise à prolonger la durée de l'expérimentation et à sécuriser la participation des psychomotriciens

1. L'expérimentation serait poursuivie jusqu'en 2027

Le présent article, issu d'un amendement du député Mathieu Lefèvre (Renaissance) retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à **prolonger l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2027 (1°)**.

Il s'agit, d'après l'exposé des motifs de l'amendement, de « *promouvoir ce dispositif auprès des travailleurs indépendants concernés, par une communication mieux ciblée* ». Ce report permettrait, du reste, d'appuyer l'expérimentation sur la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants, qui s'appliquera pour la première fois aux cotisations sociales dues en 2026.

Dès lors, le Gouvernement se verrait accorder un délai courant jusqu'au 30 juin 2025 pour élaborer son rapport intermédiaire (3°).

2. La participation des psychomotriciens à l'expérimentation ferait l'objet d'une sécurisation

Par ailleurs, l'intégration des cotisations dues par les psychomotriciens au périmètre de l'expérimentation serait régularisée (2°).

Ces professionnels avaient en effet été rattachés par erreur au régime général lors de la redéfinition de la liste des professions dont l'exercice entraîne une affiliation à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav) en 2017¹, bien qu'il s'agisse d'une profession réglementée. Ils ont finalement été **réaffiliés au régime de retraite des professions libérales** en 2022², c'est-à-dire après l'adoption des dispositions législatives ayant prévu la conduite de l'expérimentation.

Or, certaines des cotisations dues par les professionnels libéraux, notamment les cotisations d'assurance vieillesse et de retraite complémentaire, ne sont pas concernées par l'expérimentation, dans la mesure où elles ne sont pas recouvrées par les Urssaf, mais par les sections professionnelles de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CnavPL), à **l'exception des cotisations dues par les affiliés de la Cipav, dont le recouvrement a été transféré aux Urssaf le 1^{er} janvier 2023³**.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 10.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 12.

II - La position de la commission : les Urssaf doivent enfin s'engager pleinement dans la conduite de l'expérimentation prévue par la loi

La commission constate que **le report proposé est le cinquième en l'espace de cinq ans** et que les Urssaf ne semblent pas se saisir pleinement des possibilités offertes par l'expérimentation, à défaut, notamment, d'une communication adaptée au public ciblé.

Elle souhaite que celle-ci **constitue désormais une priorité** dans la perspective de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette sociale des indépendants et qu'il soit rendu compte au Parlement, **dans les délais prescrits par la loi**, des résultats des travaux menés.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 10 nonies (nouveau)

Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à autoriser le Gouvernement à prendre, par ordonnances, diverses mesures découlant de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants par l'article 10 ter du présent PLFSS.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : une habilitation à prendre par ordonnances les ajustements impliqués par la réforme de l'assiette sociale des indépendants

A. Des adaptations devraient être apportées au circuit déclaratif des indépendants et à l'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins

L'article 10 ter du présent PLFSS tend à **unifier en une seule assiette « brute »** l'assiette « nette » de cotisation et l'assiette « superbrute » de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) des travailleurs indépendants, et ce à compter des cotisations dues **en 2026 pour les travailleurs indépendants non agricoles et en 2027 pour les non-salariés agricoles** (*voir le commentaire de l'article 10 ter*).

Toutefois, le Gouvernement envisage de procéder à **une révision des modalités de déclaration et de paiement des prélèvements sociaux** de ces travailleurs, qui pourrait s'imposer en conséquence de la réforme.

En outre, l'article 10 *ter* n'inclut pas de dispositions applicables aux non salariés agricoles des départements et régions d'outre-mer, dont les cotisations et contributions sociales sont **assises sur la superficie de l'exploitation**. Le Gouvernement souhaiterait **aligner leur assiette sociale sur celle des travailleurs indépendants de l'Hexagone**, ce qui devrait aboutir à une augmentation du montant de leurs prélèvements sociaux.

B. Le PLFSS pour 2024 tend donc à habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnances à cet effet

Le présent article vise à **autoriser le Gouvernement à prendre, par voie d'ordonnance¹** :

- **dans un délai de 9 mois** à compter de la promulgation de la LFSS pour 2024 (étant précisé qu'un projet de loi de ratification devrait être déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de l'ordonnance), toute mesure relevant du domaine de la loi permettant :

- d'adapter, à la suite de l'entrée en vigueur de la réforme de l'assiette sociale des indépendants, les conditions et les modalités de déclaration par les travailleurs non salariés des éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales, en vue de **simplifier et de fiabiliser leurs démarches déclaratives** ;
- et de procéder à toutes les modifications rendues nécessaires par les décisions prises à cet effet pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions obsolètes ou devenues sans objet (II) ;

- **dans un délai de 18 mois** à compter de la promulgation de la LFSS pour 2024 (étant précisé qu'un projet de loi de ratification devrait être déposé devant le Parlement dans un délai de 3 mois à compter de la publication de l'ordonnance), toute mesure relevant du domaine de la loi visant à :

- **rendre applicable aux non-salariés agricoles exerçant leur activité en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin**, sous réserve des adaptations nécessaires pour tenir compte des caractéristiques et des contraintes particulières de ces territoires, **les nouvelles dispositions relatives aux taux, au calcul et au recouvrement des cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants** ;

¹ Article 38 de la Constitution.

- **adapter le dispositif d'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les exploitants agricoles de ces territoires** qui exercent leur activité sur des exploitations de moins de 40 hectares pondérés¹ et étendre, le cas échéant, le champ de ce dispositif à la CSG afin d'atténuer les effets en termes de prélèvements sociaux engendrés par la réforme de l'assiette sociale des indépendants ;

- et procéder à toutes les modifications rendues nécessaires par les décisions prises à cet effet pour assurer le respect de la hiérarchie des normes, améliorer la cohérence rédactionnelle des textes, harmoniser l'état du droit, remédier aux erreurs et insuffisances de codification et abroger les dispositions obsolètes ou devenues sans objet (I).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une proposition justifiée par la complexité des travaux à mener

À défaut d'évaluation préalable des conséquences de la réforme de l'assiette sociale des indépendants, la commission ne dispose pas d'une visibilité précise sur les conséquences induites par celle-ci sur le circuit déclaratif applicable à ces travailleurs, **dont la refonte devrait appeler des ajustements du droit d'une particulière technicité.**

Il en va de même de l'harmonisation des assiettes applicables aux travailleurs indépendants agricoles de l'Hexagone et d'outre-mer, fondée sur le principe d'égalité, mais susceptible de pénaliser nos compatriotes ultramarins à **défaut d'adaptations déterminées avec précision et de manière à garantir l'acceptabilité de la réforme.**

Sous ces considérations, une habilitation à légiférer par ordonnances semble constituer une solution **appropriée à la nature des mesures à mettre en œuvre.**

La commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 241** du rapporteur de la branche vieillesse.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime.

Article 10 decies (nouveau)

**Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression
du régime social des indépendants**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prévoir la remise par le Gouvernement d'un rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du régime social des indépendants (RSI).

La commission propose de supprimer cet article.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : la remise d'un rapport évaluant les conséquences de la suppression du RSI et les solutions envisageables pour le règlement des contentieux nés à cette occasion

A. Le RSI a disparu en 2018, notamment en raison des difficultés rencontrées en matière de recouvrement

La fusion, en 2006, de l'Organisation autonome nationale d'assurance vieillesse de l'industrie et du commerce (Organic), de la Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse artisanale (Cancava) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des artisans (Canam) au sein du RSI¹ et l'instauration d'un interlocuteur social unique (ISU) a conduit à organiser **un partage relativement complexe des responsabilités en matière de recouvrement entre ce régime et les Urssaf, mais également entre les caisses du RSI.**

Ainsi, jusqu'en 2013, les caisses régionales du RSI étaient chargées, en tant qu'ISU, du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants², la caisse nationale du RSI assurant, soit à la demande des caisses régionales, soit de plein droit à l'expiration d'un délai d'un an suivant la date d'exigibilité, **le recouvrement contentieux des cotisations et des contributions impayées auprès des caisses régionales**³.

Dans les faits, l'encaissement et le recouvrement amiable des cotisations jusqu'au trentième jour suivant la date d'échéance ou la date limite de paiement étaient **délégués aux Urssaf**. Le RSI conservait, pour sa part, **l'affiliation des redevables, la collecte des déclarations de revenus, le recouvrement amiable au-delà du délai d'intervention des Urssaf, le recouvrement forcé et le versement des prestations.**

¹ Ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 relative à la création du régime social des indépendants.

² Ancien article L. 611-8 du code de la sécurité sociale.

³ Ancien article R. 631-2 du code de la sécurité sociale.

À l'occasion de la publication de son rapport annuel sur l'application des LFSS en 2012, la Cour des comptes a vivement critiqué cette architecture neuve, source de rigidités¹.

Réforme de l'interlocuteur social unique

	Avant la réforme		Après la réforme	
	Artisans commerçants	Professions libérales	Artisans, commerçants	Professions libérales
Recouvrement CSG, CRDS, cotisation famille	URSSAF		ISU	
Cotisation retraite (régimes de base et complémentaires), invalidité-décès	CANCAVA ORGANIC	CNAVPL CNBF	-affiliation RSI -déclarations de revenus RSI -recouvrement jusqu'à 30 jours par délégation et pour le compte du RSI URSSAF	CNAVPL CNBF
Cotisation maladie	Organismes conventionnés avec le réseau CANAM		-recouvrement après 30 jours : RSI	Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)
Prestations Retraite (régimes de base et complémentaires), invalidité-décès	CANCAVA ORGANIC	CNAVPL CNBF	RSI	CNAVPL CNBF
Maladie	Organismes conventionnés avec le réseau CANAM		Organismes conventionnés avec le RSI (gestion déléguée)	

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2012

Les difficultés ayant nécessairement résulté d'un mode de fonctionnement aussi obscur ont largement contribué à l'échec de l'ISU², qui affichait des taux de restes à recouvrer (TRAR) supérieurs à 10 %.

¹ « Le transfert du recouvrement aux Urssaf a été décidé en l'absence de vision commune des caisses intéressées. L'Acoss y voyait l'opportunité de consolider les Urssaf, en particulier les plus petites dont l'activité dépendait parfois de façon significative du recouvrement des contributions des indépendants. Le RSI gardait des responsabilités qui lui conservaient une proximité avec les assurés, à laquelle les représentants des professions concernées étaient particulièrement attachés, l'affiliation et le recouvrement amiable et forcé. Au total, dans un contexte de méfiance entre les acteurs de la protection sociale des indépendants, les préoccupations d'équilibre institutionnel ont primé sur le réalisme indispensable à la bonne mise en place d'un nouveau régime de sécurité sociale ».

² Voir sur ce point le rapport d'information n° 597 (2013-2014) de MM. Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy sur le régime social des indépendants, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales.

Supprimé en 2018 à l'initiative du gouvernement Édouard Philippe, le RSI a été remplacé par la sécurité sociale des indépendants (SSI), **adossée au régime général**.

Enfin, depuis **l'intégration de la SSI au régime général, intervenue au 1^{er} janvier 2020**, les caisses déléguées sont dissoutes et le recouvrement des cotisations est pleinement assuré par les Urssaf¹.

La réforme n'a eu aucune conséquence sur les droits des 6,5 millions de bénéficiaires du régime.

Désormais, la gouvernance politique de la protection sociale des indépendants est partagée entre les conseils d'administration des caisses nationales du régime général, chargées du recouvrement des cotisations et du service des prestations, et **le CPSTI, qui assure la représentation des travailleurs indépendants**, leur association à la gestion de leur protection sociale, le pilotage du régime de retraite complémentaire (RCI) et d'invalidité-décès des artisans et commerçants et le contrôle de la qualité du service délivré par le régime général aux indépendants.

B. Le PLFSS pour 2024 prévoit la remise d'un rapport évaluant les conséquences de la suppression du RSI et formulant des propositions de règlement amiable des contentieux liés aux dettes contractées auprès du régime

Le présent article, issu d'un amendement du groupe Liot retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prévoir la remise par le Gouvernement, avant le 1^{er} avril 2024, d'un **rapport d'évaluation des dispositions de l'article 15 de la LFSS pour 2018**, qui prévoyait la suppression du RSI et l'intégration de la SSI au régime général.

Ce rapport devrait notamment évaluer « *les difficultés persistantes rencontrées par les travailleurs indépendants pour rembourser leurs dettes envers l'ancien RSI en outre-mer, en particulier à La Réunion, ainsi que les pistes de solutions permettant un règlement amiable de cette situation* ».

L'exposé des motifs de l'amendement, qui précise qu'« *à La Réunion, 15 000 entreprises seraient en phase de contentieux, ce qui représenterait pas moins de 860 millions d'euros de dettes* », suggère que **ses auteurs souhaiteraient que ces dettes fassent l'objet d'une annulation pure et simple**.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

¹ Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, article 15.

II - La position de la commission : la suppression de cet article

Conformément à sa pratique constante concernant les demandes de rapports, la commission a adopté, sur la proposition de la rapporteure générale, un **amendement n° 242 de suppression de l'article**.

La commission propose de supprimer cet article.

CHAPITRE III

AMÉLIORER LA LISIBILITÉ DE LA RÉGULATION MACROÉCONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTÉ

Article 11

Révision des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé

Cet article vise à revoir, à compter du 1^{er} janvier 2026, les règles entourant l'assiette et les modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments, pour les rapprocher de celles applicables à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux et alléger les contraintes déclaratives pesant sur les entreprises. Il apporte, par ailleurs, deux modifications mineures à l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments, applicables dès 2024 et transpose, en sens inverse, des règles encadrant le recouvrement de la clause de sauvegarde des médicaments à celle des dispositifs médicaux. Enfin, il fixe pour 2024 les seuils de déclenchement de ces deux clauses.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux : des outils de régulation macroéconomique des dépenses de produits de santé

1. La clause de sauvegarde des médicaments : un dispositif complexe occupant désormais une place essentielle dans la régulation

Depuis sa création par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999¹, la clause de sauvegarde a été conçue comme une corde de rappel budgétaire, destinée à permettre le respect de l'Ondam dans le cas où les outils de régulation microéconomique du secteur ne permettraient pas de respecter le niveau de dépenses d'assurance maladie prévues.

¹ Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Le dispositif a, depuis, subi de **nombreuses modifications dans son assiette comme dans ses modalités de liquidation**. La LFSS pour 2019 lui a donné sa forme actuelle, en substituant aux deux « *taux L* », qui visaient respectivement à maîtriser l'évolution des dépenses de ville et des dépenses hospitalières, un unique « *montant M* » visant le chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises du secteur.

a) *L'assiette de la clause de sauvegarde et les modalités de calcul de la contribution*

L'assiette de la clause de sauvegarde a été **progressivement élargie** pour comprendre l'ensemble des médicaments pris en charge, entièrement ou partiellement, par l'assurance maladie.

- Celle-ci correspond au **chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année civile** en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin au titre des médicaments par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques¹.

Sont pris en compte pour le calcul du chiffre d'affaires les médicaments :

- dispensés en ville et inscrits au remboursement² ;
- inscrits sur la liste de rétrocession et pouvant, en conséquence, être rétrocédés par des pharmacies à usage intérieur à des patients³ ;
- pris en charge en sus de la tarification à l'activité hospitalière et relevant de la « *liste en sus* »⁴ ;
- bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle⁵, d'une autorisation d'importation parallèle⁶ ou du dispositif de prise en charge d'accès direct⁷.

Depuis la LFSS pour 2023, sont également intégrés à l'assiette les médicaments **acquis par Santé publique France** pour faire face aux menaces sanitaires graves⁸.

¹ Article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

² Premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

³ Deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Articles L. 5121-12 et 5121-12-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 5124-13 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁸ Article L. 1413-4 du code de la santé publique.

- Le chiffre d'affaires considéré est **minoré du montant des remises conventionnelles** consenties par les exploitants au moment de la négociation avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) du prix de leurs spécialités ou postérieurement, lorsque les médicaments concernés sont admis au remboursement par l'assurance maladie. L'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments ne comprend ainsi que la part des ventes du secteur pharmaceutique ayant, *in fine*, donné lieu à une prise en charge totale ou partielle de l'assurance maladie.

b) Le seuil de déclenchement et les règles de calcul de la clause de sauvegarde

- Depuis la LFSS pour 2019, **la clause de sauvegarde se déclenche lorsque l'activité du secteur dépasse le seuil déterminé**, c'est-à-dire lorsque le chiffre d'affaires réalisé au cours d'une année civile par l'ensemble des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques est supérieur au montant M fixé annuellement en LFSS. Dans ce cas, l'ensemble de ces entreprises est assujéti à une contribution, affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie¹.

La définition d'un montant M a vocation à **inciter, collectivement et individuellement, les entreprises du secteur à maintenir leur chiffre d'affaires en-deçà de ce seuil** : la clause de sauvegarde constitue en principe un outil de régulation de dernier ressort, déclenché dans le seul cas où les outils de régulation infra-annuelle (remises, baisses de prix négociées avec le CEPS) n'ont pas suffi à maintenir les dépenses d'assurance maladie à un niveau susceptible d'assurer le respect de l'Ondam voté. Elle est, toutefois, systématiquement déclenchée ces dernières années, pour des montants croissants².

- Lorsque le chiffre d'affaires minoré des remises excède toutefois le montant M, un **barème progressif** lui est alors appliqué : la part inférieure à 1,005 fois le montant M est soumise à un taux de prélèvement de 50 % ; la part comprise entre 1,005 et 1,01 fois le montant M à un taux de 60 % ; la part supérieure à 1,01 fois le montant M, enfin, est soumise à un taux de 70 %.

Les **modalités de répartition de la contribution** ainsi liquidée ont été révisées à compter de la clause de sauvegarde pour 2023³. Désormais, la contribution est répartie :

- à concurrence de 70 %, au prorata de leur chiffre d'affaires ;
- à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de leur chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente⁴.

¹ Article L. 138-19-13 du code de la sécurité sociale.

² Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 4 du présent PLFSS.

³ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

⁴ Article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

- Des **règles de plafonnement et d'abattement** peuvent, enfin, conduire à moduler la contribution due par chaque entreprise.

D'une part, le montant de la contribution due par chaque entreprise redevable ne peut, en principe, excéder 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes réalisé au titre des médicaments concernés réalisé en France métropolitaine et dans les départements, régions et collectivités d'outre-mer concernés. La LFSS pour 2023 a, de manière dérogatoire et pour la même année, fixé une règle de plafonnement plus favorable aux industriels, limitant la contribution à 10 % de leur chiffre d'affaires diminué des remises consenties à l'assurance maladie, telles que prises en compte dans le calcul de la clause¹.

D'autre part, **un mécanisme d'abattement** est prévu par le code de la sécurité sociale. Les entreprises qui ont conclu avec le CEPS une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la contribution est due, portant sur 90 % au moins du chiffre d'affaires de l'année, peuvent signer un accord prévoyant le versement de l'ensemble ou d'une partie de la contribution sous forme de remises. Lorsque ce versement est égal ou supérieur à 95 % du montant de la contribution due, l'entreprise est exonérée de cette dernière.

Ce taux peut être abaissé entre 80 % et 95 % lorsque l'entreprise a, par convention avec le CEPS, consenti une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite² :

- 90 % lorsque les économies générées sont inférieures ou égales à 0,70 % du chiffre d'affaires ;

- 85 % lorsqu'elles sont comprises entre 0,70 % et 3 % du chiffre d'affaires ;

- 80 % lorsqu'elles sont supérieures à 3 % du chiffre d'affaires³.

c) La procédure de déclaration et de recouvrement

La procédure de déclaration et de recouvrement de la clause de sauvegarde a été **réformée par la LFSS pour 2023**⁴. Celle-ci prévoit :

- que les entreprises redevables de la contribution sont tenues de remettre à un Urssaf désigné par le directeur de l'Acoss la déclaration permettant de déterminer le chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année avant le 1^{er} avril de l'année $n+1$;

- qu'avant le 15 juillet, le CEPS communique à l'Urssaf les éventuelles différences identifiées avec les données dont il dispose et, à l'Acoss, le montant des remises négociées pour chaque entreprise redevable ;

¹ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 précitée.

² Article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

³ Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article 18 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 précitée.

- que l'Urssaf communique sans délai aux entreprises une éventuelle différence signalée par le CEPS, celles-ci disposant d'un délai de 15 jours pour rectifier leur déclaration ;

- que l'Urssaf notifie au plus tard le 1^{er} octobre à chaque entreprise le montant de la contribution dont elle est redevable.

- que les entreprises concernées doivent verser la contribution, au plus tard, le 1^{er} novembre.

Pour fiabiliser la procédure et inciter les entreprises à respecter le calendrier prévu, la LFSS pour 2023 a également instauré une **sanction en cas de retard de déclaration**. Ainsi, lorsque l'entreprise redevable méconnaît le délai de déclaration ou de rectification, l'Urssaf met à sa charge une majoration forfaitaire pour déclaration tardive, affectée à la Cnam, égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes total déclaré par période de quinze jours de retard, sans pouvoir être inférieure à 2 000 ni excéder 100 000 euros¹.

2. La clause de sauvegarde des dispositifs médicaux : un dispositif qui pourrait être déclenché pour la première fois

Plus récente, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux a été créée par la LFSS pour 2020. Sur le modèle de la clause relative aux médicaments, elle met à la charge des exploitants de dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) une contribution, dès lors que le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile, minoré des remises conventionnelles, est supérieur à un montant Z déterminé chaque année en LFSS².

• **Le champ de cette contribution est toutefois plus réduit** : elle ne concerne que les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie et distribués en établissement de santé au titre de la liste en sus³ ainsi que, depuis 2022, ceux pris en charge à titre transitoire⁴. En sont donc exclus les dispositifs médicaux :

- dispensés par un distributeur détaillant – pharmacien d'officine ou prestataire de santé ;

- pris en charge en établissement de santé au sein des groupements homogènes de séjour (GHS) de la tarification à l'activité.

• En outre, **l'assiette de la clause et les règles de calcul de la contribution diffèrent** de celles retenues pour les médicaments.

Le seuil de déclenchement de la clause des dispositifs médicaux repose non sur le chiffre d'affaires du secteur, mais sur le **montant remboursé par l'assurance maladie**. Ce n'est que lorsque ce montant

¹ Article 138-15 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

remboursé est supérieur au montant Z, fixé annuellement en LFSS, que la contribution est mise à la charge des exploitants.

Dans ce cas, celle-ci est égale à la différence entre le montant remboursé et le montant Z. Autrement dit, au-delà du montant Z, les entreprises sont redevables de l'intégralité de la dépense d'assurance maladie réalisée¹.

La contribution due par chaque exploitant est déterminée au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des produits et prestations qu'il exploite. Elle ne peut excéder 10 % de ce montant remboursé.

- Enfin, la procédure de liquidation et le calendrier de recouvrement diffèrent également. La Cnam et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sont chargées de transmettre à l'Acos les montants remboursés, le CEPS de transmettre les montants des remises².

Le délai de liquidation et de recouvrement est plus court que celui retenu pour les médicaments, puisque la contribution doit être versée au plus tard le 1^{er} juillet de l'année $n+1$ ³.

B. L'article 11 révisé les règles entourant l'assiette, la liquidation et le recouvrement des deux clauses et fixe, pour 2024, leurs seuils de déclenchement

1. La modification des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments à compter du 1^{er} janvier 2026

L'article 11 vise à rapprocher, d'abord, le fonctionnement de la clause de sauvegarde des médicaments de celle de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux à compter du 1^{er} janvier 2026.

Pour cela, le 1^o du I de l'article modifie l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments, pour asseoir celle-ci non plus sur le chiffre d'affaires, mais sur le **montant remboursé par l'assurance maladie** aux assurés sociaux au cours de l'année civile, minoré des remises consenties par les entreprises, des marges des distributeurs, des honoraires de dispensation et des taxes en vigueur.

Le 2^o du I revoit, en conséquence, les modalités de liquidation de la clause en précisant que la Cnam, l'ATIH et Santé publique France transmettent à l'Acos, selon des modalités prévues par décret, les éléments nécessaires au calcul de l'assiette de la clause de sauvegarde pour chaque entreprise, et notamment le montant remboursé par l'assurance maladie. Le CEPS est, lui, chargé de transmettre à l'Acos les montants des remises prises en compte pour les entreprises redevables.

¹ Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale. Toutefois, l'article 11 ter du présent PLFSS propose de ramener ce taux à 90 % (cf. infra).

² Article L. 138-19-9 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 138-19-12 du code de la sécurité sociale.

Pour l'adapter au changement d'assiette prévu, le **3° du I** révisé la règle de calcul de la clause de sauvegarde portée par l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale. Désormais, le montant de la contribution sera égal à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie et le montant M. Celui-ci sera réparti entre les entreprises redevables :

- à concurrence de 70 %, au prorata du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments qu'elles exploitent, importent ou distribuent ;

- à concurrence de 30 %, en fonction de la progression de ce montant remboursé par rapport à l'année précédente.

Le **3° du I** adapte également le plafond de la contribution pouvant peser sur chaque entreprise : celui-ci n'équivaudrait plus à 10 % de son chiffre d'affaires hors taxes, mais à 12 % du montant remboursé par l'assurance maladie au titre des médicaments que l'entreprise exploite, importe ou distribue.

Le **4° du I** modifie l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, relatif aux modalités de règlement de la contribution et d'exonération des entreprises ayant accepté des baisses de prix, pour le mettre en cohérence avec les nouvelles règles définissant l'assiette et les modalités de liquidation de la clause.

Le **5° du I** revoit, en conséquence, les modalités de déclaration et le calendrier de liquidation de la clause, en prévoyant qu'il appartient non plus aux entreprises de déclarer leur chiffre d'affaires, mais à la Cnam, à l'ATIH et à Santé publique France de déclarer à l'Acoss, avant le 15 juillet de l'année $n+1$, les montants totaux remboursés par l'assurance maladie pour chaque entreprise. Le CEPS demeurera chargé de communiquer à l'Acoss, pour la même date, le montant des remises consenties par chaque entreprise.

L'Acoss devra communiquer sans délai aux entreprises redevables la liste des médicaments pris en compte dans le calcul du montant remboursé.

Le **V de l'article 11** prévoit que l'ensemble de ces modifications n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2026, pour la liquidation de la clause de sauvegarde due au titre de l'année 2025.

L'étude d'impact jointe au PLFSS précise que cette réforme vise à alléger les contraintes déclaratives des entreprises et résoudre les difficultés de liquidation et de recouvrement observées ces dernières années. Les règles actuelles faisant dépendre le calcul de la clause des déclarations transmises par les entreprises, chaque erreur ou retard individuel serait susceptible de ralentir la procédure collective. Le mécanisme de sanction mis en place en 2023 ne suffirait pas, d'après le Gouvernement, « à résoudre les retards de déclarations de chiffre d'affaires de certains laboratoires ».

Le Gouvernement précise également que le montant M pour 2025 sera « recalculé pour garantir une stricte équivalence de rendement, malgré ce changement d'assiette »¹.

2. Deux modifications mineures de l'assiette de la clause des médicaments applicables dès 2024

L'article 11 apporte, par ailleurs, deux modifications de moindre importance à l'assiette de la clause qui ont vocation, elles, à entrer en vigueur dès 2024.

D'une part, le **ii du b du 1° du I de l'article** ajoute, parmi les médicaments entrant dans l'assiette de la clause de sauvegarde, ceux pris en charge au titre d'une autorisation d'accès précoce qui bénéficieraient du régime temporaire de prise en charge créé par l'article 35 du présent PLFSS.

D'autre part, le **IV de l'article 11** exclut les médicaments indiqués dans le traitement de la covid-19, dont la liste est fixée par arrêté, du champ des médicaments acquis par Santé publique France entrant dans l'assiette de la clause de sauvegarde.

3. La transposition à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux de règles entourant le recouvrement et le contrôle de la clause de sauvegarde des médicaments

L'article 11 modifie, par ailleurs, les règles entourant le recouvrement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour les rapprocher, en sens inverse, de celles de la clause de sauvegarde des médicaments.

Le **6° du I** modifie, ainsi, l'article L. 138-19-12 du code de la sécurité sociale pour reporter la date à laquelle la contribution due au titre de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux doit être versée du 1^{er} juillet de l'année $n+1$ au 1^{er} novembre de la même année.

Le **7° du I** rend applicables à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux les règles et sanctions, d'ores et déjà applicables à la clause de sauvegarde des médicaments, encadrant le recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations.

¹ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 114.

4. La fixation des seuils de déclenchement, pour 2024, des clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux

Enfin, l'article 11 fixe, pour 2024, les seuils de déclenchement des clauses de sauvegarde des médicaments et des dispositifs médicaux.

Le **II de l'article** fixe, ainsi, le montant M pour 2024 à **26,4 milliards d'euros**, soit une augmentation de 6 % en comparaison du montant M pour 2023, tel que rectifié par l'article 4 du présent PLFSS.

Le **III** fixe le montant Z à 2,31 milliards d'euros, en augmentation de 4,5 % en comparaison du montant Z pour 2023.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Outre divers amendements rédactionnels, le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, un amendement de Thibault Bazin et Yannick Neuder (*Les Républicains*) appliquant à la clause de sauvegarde pour 2024 les règles de plafonnement qui avaient été prévues, de manière dérogatoire, par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Désormais, le **IV bis de l'article 11** prévoit ainsi que la contribution due au titre de l'année 2024 ne peut excéder, pour chaque entreprise, 10 % de son chiffre d'affaires diminué des remises prises en compte dans le calcul de l'assiette de la clause de sauvegarde.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

1. Sur la réforme des modalités de liquidation et de déclaration

- Consciente de la complexité du dispositif, dont elle a plusieurs fois souligné le manque de prévisibilité, la commission des affaires sociales est **favorable à une réforme des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments.**

Si la réforme proposée apparaît alléger les contraintes déclaratives des entreprises, en ne faisant plus dépendre le calcul de la clause des déclarations de chiffre d'affaires réalisées par elles, il n'est toutefois **pas assuré qu'elle atteigne ses objectifs de simplification et de sécurisation de la procédure de liquidation.**

À cet égard, plusieurs organismes auditionnés, ainsi que les représentants des industriels du médicament, ont souligné qu'il n'était pas certain que l'ATIH soit en mesure de transmettre dans les délais les données relatives aux remboursements de l'assurance maladie qui seraient désormais nécessaires à la liquidation de la contribution.

• La commission a, surtout, observé que la réforme proposée par le Gouvernement, consistant à asseoir, à compter du 1^{er} janvier 2026 pour la clause de sauvegarde 2025, le calcul de la clause sur les dépenses remboursées par l'assurance maladie plutôt que sur le chiffre d'affaires déclaré par les industriels, était susceptible d'avoir des **conséquences importantes sur la répartition de la charge entre entreprises**.

En effet, en faisant dépendre, à concurrence de 70 %, la contribution due par chaque entreprise de sa part dans le montant remboursé par l'assurance maladie, la réforme projetée **concentre l'effort sur les industriels dont le portefeuille est composé de produits présentant un taux de prise en charge élevé**. Tel est, notamment, le cas :

- des produits dispensés en ville qui présentent un service médical rendu (SMR)¹ majeur ou important² ;
- des produits dispensés à l'hôpital et inscrits sur la liste en sus, intégralement pris en charge³ ;
- des produits intervenant dans le traitement d'une affection de longue durée, pris en charge à 100 %⁴.

La commission relève que cette concentration de la taxation sur les médicaments les mieux pris en charge, soit les médicaments innovants, ceux intervenant dans le traitement des maladies chroniques ou ceux présentant le service médical rendu le plus important, est **contraire aux préconisations de plusieurs travaux récents du Sénat**.

La commission des affaires sociales a, en effet, déjà eu l'occasion de regretter que « *la clause de sauvegarde frappe les médicaments indépendamment de leur criticité thérapeutique ou industrielle* »⁵. La commission d'enquête relative à la pénurie de médicaments invitait de la même manière, à l'été 2023, à « *mieux tenir compte de la criticité thérapeutique [...] des médicaments dans la répartition de la clause de sauvegarde* »⁶.

¹ En application de l'article R. 163-3 du code de la sécurité sociale, le SMR prend en compte, pour chaque indication, l'efficacité et les effets indésirables du médicament, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, son caractère préventif, curatif ou symptomatique et son intérêt pour la santé publique. Le taux de participation de l'assuré, fixé par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) en application de l'article R. 163-10-1 du même code, dépend de ce critère.

² Dans ce cas, le taux de participation de l'assuré est compris entre 35 et 45 % en application de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale. Il est compris entre 80 et 90 % pour un SMR faible.

³ Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

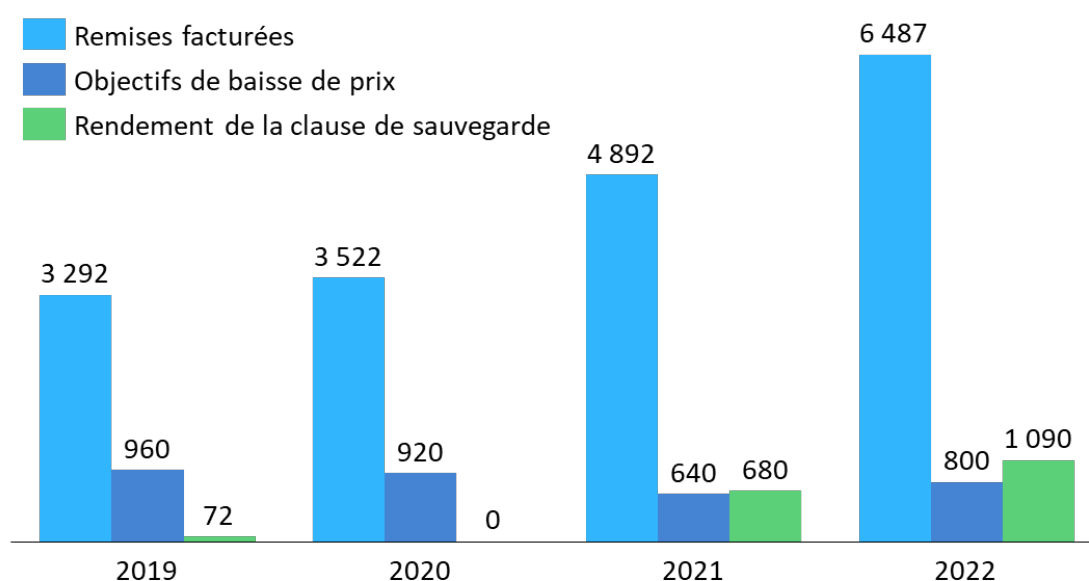
⁴ Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

⁵ Rapport n° 789 (2022-2023) de Mme Élisabeth Doineau sur le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour l'année 2022, déposé le 28 juin 2023, p. 43.

⁶ Rapport n° 828 (2022-2023) Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède, tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 263.

Cet enjeu semble d'autant plus impératif à la commission que la clause de sauvegarde est devenue ces dernières années, par l'augmentation de son rendement, un mécanisme de régulation à part entière, **dépassant désormais en importance les baisses de prix négociées par le CEPS**. Il apparaît indispensable, dans ce contexte, que cet outil puisse tenir compte des priorités de santé publique et des enjeux d'approvisionnement en médicaments, comme le peuvent les autres outils de régulation mobilisés, en cours d'année, par le CEPS¹.

Évolution des remises facturées, objectifs de baisse de prix et rendements constatés de la clause de sauvegarde entre 2019 et 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données transmises ou publiées par la DSS et le CEPS

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a adopté un **amendement n° 243 supprimant de l'article 11 la réforme de l'assiette et des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments**. Elle invite le Gouvernement à revoir cette réforme pour permettre à la fois d'alléger les contraintes déclaratives des industriels, de sécuriser la procédure de liquidation et de mieux tenir compte des enjeux de santé publique et d'approvisionnement désormais incontournables dans la politique du médicament.

¹ Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 4 du présent PLFSS.

2. Sur la fixation des montants M et Z

- S'agissant de la **clause de sauvegarde des médicaments**, la commission a observé que le montant M pour 2024 connaissait une **progression importante**, de l'ordre de 6 % par rapport au montant M pour 2023 tel que rectifié par le présent PLFSS. Le Gouvernement a annoncé que ce niveau élevé visait à maintenir, en 2024 comme en 2023, le rendement de la clause à 1,6 milliard d'euros.

La commission déduit de ce constat que la progression du montant M, très inférieure ces dernières années, était **manifestement décorrélée de la croissance spontanée du chiffre d'affaires du secteur**. À cet égard, elle a souligné que cette augmentation rapide du montant M permettrait seulement de maintenir le rendement de la clause à un niveau historiquement élevé, **incompatible avec l'objet initial et les limites, désormais bien documentées, de cet outil de régulation**. Elle s'est interrogée sur le délai dans lequel le Gouvernement entendait ramener la clause de sauvegarde au niveau de 500 millions d'euros préconisé par le récent rapport de la mission relative à la régulation des produits de santé confiée par la première ministre à six personnalités qualifiées¹.

- S'agissant de la **clause de sauvegarde des dispositifs médicaux**, la commission a favorablement accueilli l'augmentation prévue de 4,5 % du montant Z.

Elle a toutefois souligné que, bien que l'étude d'impact indique que celui-ci « *matérialise le soutien que le Gouvernement entend apporter au secteur* », ce taux d'évolution s'applique à une **base fortement contestée par les représentants du secteur**. Le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (Snitem), auditionné par la rapporteure générale, a notamment souligné que celle-ci ne prenait pas en compte la croissance conjoncturelle du secteur, qui suit nécessairement la contraction du chiffre d'affaires des entreprises concernées intervenue durant la crise sanitaire².

À cet égard, les industriels indiquent craindre un déclenchement, inédit, de la clause de sauvegarde pour 2022 puis une augmentation importante de la contribution due dans les années 2023 et 2024.

La commission s'étonne qu'à la fin du mois d'octobre 2023, le secteur demeure dans l'incertitude quant au déclenchement de la clause de sauvegarde pour 2022, alors que le versement de la contribution doit, en principe, intervenir au plus tard le 1^{er} juillet de l'année suivante. Elle relève que le fait de fonder l'assiette sur les montants remboursés par l'assurance maladie ne semble pas constituer une condition suffisante pour assurer l'effectivité de la procédure de liquidation.

¹ Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélien Epis de Fleurian, Magali Leo et Mathilde Lignot Leloup, Pour un « new deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, août 2023.

² Réponses écrites au questionnaire adressé par la rapporteure générale.

Compte tenu de ces incertitudes et dans la mesure où le secteur des dispositifs médicaux apparaît très hétérogène, et constitué de nombreuses petites et moyennes entreprises fournissant au système de santé des produits essentiels à la prise en charge des patients, la commission a adopté un **amendement n° 245** de sa rapporteure générale, augmentant le montant Z pour 2024 dans les mêmes proportions qu'à l'article 4 pour 2023. invité le Gouvernement à améliorer la prévisibilité de la clause de sauvegarde et porter la plus grande attention, ces prochains mois, aux **effets d'un éventuel déclenchement sur la santé économique des entreprises concernées**.

À l'initiative de la rapporteure générale, elle a adopté un **amendement n° 244** visant à rendre applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux un certain nombre de garanties envisagées, dans le cadre de cet article, pour la clause de sauvegarde des médicaments. En particulier, la Cnam et l'ATIH devront désormais communiquer à l'Acoss, avant le 15 juillet de l'année $n+1$, les montants remboursés au titre des dispositifs médicaux exploités, importés ou distribués par chaque entreprise redevable. L'Acoss devra communiquer aux entreprises, sans délai, la liste des dispositifs concernés.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 11 bis (nouveau)

Suppression de dispositions dérogatoires favorisant les médicaments dérivés du sang issus d'un prélèvement « éthique »

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à supprimer les spécificités de l'autorisation française de mise sur le marché des médicaments dérivés du sang, pour faciliter la pénétration sur le marché français de médicaments fabriqués à l'étranger. Il tend également à supprimer une exclusion d'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques correspondant aux médicaments dérivés du plasma.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La situation actuelle

1. Une autorisation de mise sur le marché des médicaments dérivés du sang en principe subordonnée à l'exigence d'un prélèvement respectant des critères dits « éthiques »

Des médicaments peuvent être fabriqués à partir de produits sanguins comme le plasma. Il convient de distinguer le plasma dit « thérapeutique », qui relève du secteur concurrentiel¹, du plasma pour fractionnement, dont les tarifs sont fixés par arrêté ministériel² et qui est utilisé par le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB) pour produire des médicaments dérivés du sang (pour lesquels il dispose d'un monopole de production). Des entreprises pharmaceutiques étrangères peuvent toutefois commercialiser en France des médicaments dérivés du sang.

L'article L. 5121-11 du code de la santé publique prévoit que l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pour un médicament dérivé du sang ne peut être attribuée que lorsqu'il est préparé à partir de sang ou de composants du sang prélevés dans des conditions spécifiques, incluant des critères éthiques, qui sont précisées aux articles L. 1221-3 à L. 1221-7 du code de la santé publique. Il s'agit notamment des principes suivants :

- consentement du donneur et non-rémunération du don ;
- don réalisé sous la responsabilité ou la direction d'un médecin ;

¹ La société Octapharma est aujourd'hui le concurrent de l'Établissement français du sang (EFS) sur le marché français.

² Le plasma « thérapeutique », utilisé pour la transfusion, est en effet vendu à un tarif libre, contrairement au plasma pour fractionnement. La « filière sang » est présentée plus en détail dans le commentaire de l'article 31.

- réalisation d'examens biologiques et de tests de dépistage de maladies transmissibles avant distribution pour utilisation des dons ;

- interdiction, sauf exception, de prélèvement de sang en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui sur une personne mineure ou une personne majeure faisant l'objet d'une mesure de protection juridique ;

- exigence que les caractéristiques du sang avant le prélèvement en vue d'une utilisation thérapeutique pour autrui ne puissent être modifiées que par un médecin et au sein de l'EFS ou du centre de transfusion sanguine des armées, sous réserve d'un consentement écrit du donneur et d'une information préalable sur les risques ;

- principe d'anonymat du donneur et du receveur.

Lorsqu'il répond à ces conditions, le médicament dérivé du sang peut être marqué d'un pictogramme « Label éthique ».

L'article L. 5121-11 prévoit également, à son troisième alinéa, le cas exceptionnel dans lequel un tel médicament peut néanmoins bénéficier d'une AMM dérogatoire, alors même que les conditions de prélèvement du sang ou de ses composants ne répondent pas aux « critères éthiques ». Cette AMM dérogatoire ne peut être délivrée que « *si ce médicament apporte une amélioration en termes d'efficacité ou de sécurité thérapeutiques ou si des médicaments équivalents ne sont pas disponibles en quantité suffisante pour satisfaire les besoins sanitaires* ». L'AMM est alors délivrée pour une durée de deux ans.

Ces dispositions propres à la législation française favorisent le LFB, dont le fournisseur exclusif est l'Établissement français du sang (EFS), qui dispose du monopole de la collecte du sang en France et qui respecte l'ensemble de ces critères.

Pour mémoire, il existe des procédures nationales d'autorisation de mise sur le marché et une procédure centralisée européenne, qui autorise la commercialisation d'un médicament après évaluation à l'échelle de l'Union Européenne ; l'autorisation de mise sur le marché délivrée est valide dans tous les pays de l'Union européenne. Ces procédures ne sont pas exclusives l'une de l'autre mais complémentaires.

2. Le régime spécifique des médicaments dérivés du sang au titre de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

L'entreprise pharmaceutique est assujettie à une taxe sur le chiffre d'affaires prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Le taux de cette contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France a été relevé à 0,20 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022¹. Elle porte sur l'ensemble des médicaments bénéficiant d'un enregistrement et ceux bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, nationale ou européenne.

¹ Article 28 de la loi n° 2021-1754 du 2 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Le X de cet article indique que son montant est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), de manière prévisionnelle au 1^{er} juin de l'année au titre de laquelle elle est due, à hauteur de 95 % du montant total. Une régularisation intervient au 1^{er} mars de l'année suivante sur la totalité de la somme due.

Le III de l'article L. 245-6 précité prévoit certaines exclusions de l'assiette de cette contribution. Elles concernent le chiffre d'affaires associé à la vente des médicaments génériques ne faisant pas l'objet d'un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix de vente est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe (1^o), ainsi que celui associé aux médicaments orphelins (2^o) et aux médicaments dérivés du sang respectant les principes dits éthiques mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique (3^o).

Depuis la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, les médicaments dérivés du sang bénéficient donc d'un régime d'exonération de cette contribution. Ces dispositions devaient contribuer à remédier aux difficultés d'approvisionnement du marché français, en évitant un risque de perturbation par une taxation des produits issus de ces médicaments sensibles, pour lesquels il n'existe souvent pas d'alternative thérapeutique.

En revanche, les médicaments dérivés du sang ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché à l'échelle européenne et disponibles sur le marché français ne bénéficient pas de cette exonération au titre de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

B. Les modifications proposées

1. L'abrogation de l'article L. 5121-11 du code de la santé publique relatif aux spécificités de l'autorisation de mise sur le marché français des médicaments dérivés du sang

Le 2^o du I du présent article, issu d'un amendement du Gouvernement qu'il a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, prévoit d'abroger l'article L. 5121-11 précité, subordonnant la mise sur le marché des médicaments dérivés du sang au respect de critères dits « éthiques » et prévoyant une procédure d'AMM dérogatoire pour les médicaments ne respectant pas ces critères.

Les dispositions du code de la santé publique imposant que les prélèvements réalisés en France respectent les critères dits « éthiques » et donnant au LFB le monopole de la fabrication en France de médicaments dérivés du sang continuent de s'appliquer. Cette abrogation est donc sans effet sur les produits français. En revanche, elle permet aux produits étrangers d'accéder au marché français même quand le sang qu'ils utilisent n'a pas été prélevé selon les critères dits « éthiques ».

Le 1° du I du présent article modifie par coordination l'article L. 5121-1 du code de la santé publique¹.

Son III aménage des dispositions transitoires pour tenir compte de l'abrogation de l'article L. 5121-11 précité. Il prévoit ainsi que si une demande d'autorisation était en cours sur le fondement de cet article à la date d'entrée en vigueur de la loi, ces demandes sont examinées conformément aux dispositions des articles L. 5121-8 et L. 5121-9 du code de la santé publique. Ces dispositions déterminent les conditions de délivrance d'une autorisation de mise sur le marché par l'ANSM, y compris à titre exceptionnel, ainsi que les conditions de refus, de modification, de suspension ou de retrait de cette autorisation.

2. La suppression d'une exclusion d'assiette correspondant aux médicaments dérivés du plasma de la contribution des entreprises pharmaceutiques

Le II du présent article propose de supprimer le 3° du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises qui fabriquent, importent, exportent, distribuent des médicaments et spécialités pharmaceutiques.

Précisément, le 3° mentionne l'exclusion de l'assiette de cette contribution des médicaments dérivés du sang respectant les principes dits « éthiques » mentionnés aux articles L. 1221-3 à L. 1221-6 du code de la santé publique (cf. *supra*).

La présente modification vise donc à soumettre ces médicaments au mécanisme de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, dont seuls demeurent exclus certains médicaments génériques ne faisant pas l'objet d'un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix de vente est identique à celui des autres spécialités du même groupe et les médicaments orphelins. Il s'agit donc d'un retour à l'état de la législation avant 2014.

¹ L'article L. 5121-1 du code de la santé publique énumère et définit une liste de médicaments, dont, dans son 18°, les médicaments dérivés du sang. Ces médicaments incluent les médicaments issus du fractionnement du plasma (a) et le plasma à finalité transfusionnelle (b). Le présent article propose de supprimer, au b, les mots « dont l'autorisation de mise sur le marché respecte l'article L.5121-11 du présent code et ».

II - La position de la commission

Selon l'exposé des motifs de l'amendement dont est issu le présent article, « *il s'agit de supprimer [le régime dérogatoire actuel], rendu de fait inopérant par la réforme des autorisations de mise sur le marché européen, instaurant une procédure d'AMM [autorisation de mise sur le marché] centralisée relevant de l'EMA [Agence européenne des médicaments], à laquelle les critères éthiques définis au sein des articles L. 1222-3 et L. 122-7 du code de la santé publique ne s'appliquent pas* ». Le Gouvernement indique en outre que la suppression des AMM dérogatoires nationales vise à faciliter l'accès au marché français des médicaments dérivés du plasma produits à partir de dons de sang rémunérés, donc hors de France. Cette mesure vise ainsi à limiter les tensions d'approvisionnement du marché français en médicaments dérivés du plasma, qui connaissent des tensions régulières dans un contexte d'accroissement de la demande.

L'enjeu de sécurisation des approvisionnements en médicaments dérivés du plasma est récurrent. C'est d'ailleurs ce qui avait conduit à instaurer une exclusion d'assiette pour la contribution des industries pharmaceutiques sur le chiffre d'affaires en 2014, qu'il s'agit aujourd'hui de supprimer au motif d'une discrimination entre les secteurs et les acteurs assujettis, peu compatible avec les exigences de la réglementation européenne.

Cette question de la disponibilité des médicaments dans toute l'Union européenne a récemment justifié une proposition de la Commission européenne tendant à une révision de la législation pharmaceutique de l'Union européenne, pour simplifier les autorisations de mise sur le marché, renforcer les exigences en matière de surveillance des pénuries de médicaments et limiter les vulnérabilités sur la chaîne des approvisionnements pour les médicaments les plus sensibles.

La commission, consciente des enjeux de sécurisation des approvisionnements en médicaments dérivés du plasma et de la nécessité de faciliter l'accès au marché français de médicaments étrangers, a entendu l'assouplissement de la législation proposé par le Gouvernement.

Elle a enfin relevé l'instabilité des dispositions relatives à la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, s'inquiétant d'un risque de fragilisation de la « filière sang » en France, tout en ayant noté la réponse apportée sur ce point par l'article 31 du présent PLFSS, qui devrait sécuriser la situation de l'Établissement français du sang.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 11 ter (nouveau)

Modification de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à réviser les modalités de calcul de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour réduire le taux applicable au montant remboursé excédant le seuil Z à 90 %.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit existant : une contribution égale à 100 % du montant remboursé excédant le seuil Z

• Créée par la LFSS pour 2020¹, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux, plus précisément présentée *supra*², vise à garantir le respect de l'Ondam voté en imposant le secteur lorsque le **montant remboursé par l'assurance maladie** au cours de l'année civile, diminué des remises consenties par les entreprises, **excède un montant Z fixé annuellement en LFSS**.

Les dispositifs médicaux pris en compte sont ceux relevant de la **liste en sus hospitalière** et, depuis 2022³, ceux **pris en charge à titre transitoire** dans l'attente d'une inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).

• Lorsque le montant Z pour l'année considérée est dépassé, la contribution mise à la charge du secteur est égale à la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile, réduit des remises, et ledit montant Z⁴.

En conséquence, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux s'apparente à une **taxation à 100 % de la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie en excès**.

La contribution due par chaque entreprise est déterminée au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'elle exploite, réduit des remises consenties.

¹ Article 23 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

² Voir le commentaire de l'article 11 du présent PLFSS.

³ Article 26 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁴ Article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale.

B. Le droit proposé: ramener le taux applicable au montant remboursé en excès à 90 %

L'article 11 *ter*, issu d'un amendement du député Yannick Neuder (*Les Républicains*) et de plusieurs amendements identiques conservés par le Gouvernement dans le texte sur lequel ce dernier a engagé sa responsabilité, vise à réduire le taux applicable à la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie excédant le montant Z.

Pour cela, il modifie l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, pour prévoir que le montant total de la contribution due par le secteur en cas de dépassement n'est pas égal à la différence entre le montant remboursé, réduit des remises, et le montant Z, mais à **90 % de cette différence**.

II - La position de la commission

La commission a **favorablement accueilli ces dispositions**, susceptibles de modérer l'application de la clause de sauvegarde à un secteur hétérogène, constitué de nombreuses petites et moyennes entreprises dont la santé financière apparaît inégale.

Elle a souligné les craintes suscitées chez les entreprises redevables par le déclenchement, probable, de la clause en 2023 et 2024, ainsi que les limites de ce dispositif fiscal, similaires à celles observées pour la clause de sauvegarde des médicaments. À cet égard, l'imprévisibilité de la contribution, dénoncée par les représentants du secteur auditionnés par la rapporteure générale, lui a paru particulièrement préjudiciable.

À l'initiative de la rapporteure générale, la commission a adopté un **amendement n° 246** visant à apporter, à l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, d'ores et déjà modifié par l'article 11 *ter*, une correction rédactionnelle.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 11 quater (nouveau)

Prolongation du droit d'option des pédicures-podologues pour l'affiliation à la sécurité sociale des travailleurs indépendants

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à accorder aux pédicures-podologues libéraux un délai supplémentaire de sept mois pour demander leur désaffiliation du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : la possibilité, pour les pédicures-podologues, d'opter pour le régime général jusqu'au 31 juillet 2027

A. Jusqu'au 31 décembre 2023, les pédicures-podologues libéraux conventionnés peuvent demander à être affiliés à titre dérogatoire au régime général

Relèvent du régime des PAMC :

- les médecins exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux exerçant leur activité libérale dans le cadre conventionnel ;
- les étudiants en médecine ayant validé leur diplôme du deuxième cycle et effectuant le remplacement d'un docteur en médecine¹.

Ce régime permet à ses affiliés de bénéficier de plusieurs types d'avantages, et notamment d'**une participation de l'Assurance maladie au financement de leurs cotisations sociales**² ainsi que d'allocations et d'indemnités en cas de maternité, d'adoption, de paternité ou d'accueil d'un enfant³.

Par dérogation, les médecins qui ont choisi de pratiquer des dépassements d'honoraires peuvent **demandeur à ne pas être affiliés au régime des PAMC**⁴. Ils relèvent alors de la sécurité sociale des indépendants (SSI), intégrée au régime général depuis 2020.

¹ Article L. 646-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 646-4 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 646-2 du code de la sécurité sociale.

De fait, en sus de la cotisation maladie-maternité assise sur l'ensemble de leurs revenus professionnels¹, les professionnels affiliés au régime des PAMC sont redevables d'une **contribution additionnelle au taux de 3,25 % sur la part des revenus professionnels tirés des dépassements d'honoraires et des activités ne relevant pas du champ conventionnel**².

Cette contribution a été créée à la suite de l'abaissement du taux de cotisation maladie-maternité de 9,81 % à 6,5 %³, dans le but de maintenir le niveau des prélèvements opérés sur les revenus des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires.

Le droit d'option pour l'affiliation au régime général est également accordé aux pédicures-podologues, dans la mesure où leur convention nationale ne prévoyait jusqu'alors le remboursement que des actes liés au traitement du pied diabétique et où **la quasi-totalité des actes qu'ils réalisent sont donc soumis à la contribution additionnelle**.

Or, **ce droit ne peut être exercé qu'au moment de leur début d'activité** (ou lorsque la convention leur ouvre la faculté de modifier leur option). La plupart des pédicures-podologues ne disposent toutefois pas des éléments nécessaires à un arbitrage éclairé lors de leur installation et n'optent donc pas à temps pour l'affiliation au régime général.

Par conséquent, en 2022, le législateur a autorisé les pédicures-podologues exerçant alors leur activité libérale dans le cadre conventionnel à demander, **entre le 1^{er} avril et le 31 décembre 2023**, à ne plus être affiliés au régime des PAMC à compter de l'exercice suivant, et ce à titre définitif⁴.

B. Le PLFSS pour 2024 accorde aux pédicures-podologues un nouveau délai de sept mois pour exercer leur droit d'option

Le présent article, issu d'un amendement des députés Thibault Bazin et Yannick Neuder (Les Républicains) retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à **prolonger jusqu'au 31 juillet 2024** la possibilité, pour les pédicures-podologues en exercice, de renoncer à l'affiliation au régime des PAMC.

¹ Ancien article L. 621-2 et article D. 621-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 646-3 du code de la sécurité sociale.

³ Décret n° 2015-1852 du 29 décembre 2015 relatif au taux des cotisations d'assurance maladie du régime général et de divers régimes de sécurité sociale, article 1^{er}.

⁴ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, article 11 quater.

En effet, un avenant à leur convention nationale, signé en juillet dernier entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et Fédération nationale des podologues (FNP), a prévu le remboursement par l'Assurance maladie de nouveaux actes¹, ainsi que la poursuite des échanges entre les partenaires conventionnels « *dans le cadre d'un groupe technique dans le but de clarifier les conditions de participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des pédicures-podologues conventionnés et étudier les conditions dans lesquelles cette prise en charge pourrait être étendue et intégrer notamment l'activité liées aux orthèses plantaires* »².

Par conséquent, d'après l'exposé des motifs de l'amendement, la prolongation de la possibilité, pour les pédicures-podologues, d'exercer leur droit d'option vise à leur permettre de « *prendre connaissance des conclusions de ce groupe de travail et faire valoir leur droit d'option de manière éclairée* ».

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une mesure de bon sens

La commission approuve l'octroi d'un délai supplémentaire aux pédicures-podologues de façon à leur permettre de choisir **en pleine connaissance de cause** la prise en charge par l'Assurance maladie d'une partie de leurs cotisations ou l'évitement de la contribution additionnelle.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Les séances de prise en charge d'un syndrome main pied dans le cadre de certains traitements de chimiothérapie oraux ou thérapies ciblées et les séances de traitement et de suivi des verrues plantaires.

² Avenant n° 5 à la convention nationale organisant les rapports entre les pédicures-podologues et l'Assurance maladie signée le 18 décembre 2007, signé le 26 juillet 2023.

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 12

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4

Cet article a pour objet d'approuver le montant prévisionnel de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale qui font l'objet de l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale
(*extrait*)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

(...)

c) Approuve le montant de la compensation mentionnée à l'annexe prévue au 2° de l'article L.O. 111-4-1 du présent code ;

Le présent article propose d'approuver un montant de 7,1 milliards d'euros correspondant au montant prévisionnel de la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au présent PLFSS. Il s'agit des exonérations dites « ciblées compensées », faisant l'objet d'une compensation au moyen de crédits budgétaires inscrits au projet de loi de finances¹.

¹ Les montants de la compensation par l'État, reposant sur un calcul en comptabilité de caisse, ne peuvent pas être directement rapprochés des coûts des exonérations figurant dans les tableaux habituellement utilisés pour chiffrer le coût des exonérations (figurant dans la partie 3 de l'annexe 3 au présent PLFSS), établis sur la base des droits constatés.

Ce montant est en augmentation par rapport à celui qui a été adopté dans les LFSS 2020 (5,1 milliards d'euros), LFSS 2021 (5,3 milliards d'euros), LFSS 2022 (5,4 milliards d'euros) et LFSS 2023 (6,6 milliards d'euros).

Les principaux dispositifs pour lesquels les crédits prévus par le PLF 2024 connaissent une augmentation concernent les entreprises implantées en outre-mer (+ 513 millions d'euros), l'apprentissage (+ 252 millions d'euros) et les déductions sur les heures supplémentaires (+ 214 millions d'euros), dont le régime a été réformé dans le cadre de la loi portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat du 16 août 2022.

De manière plus générale, le montant global des allègements et exonérations recouvre des exonérations et allègements de différentes natures que l'on peut distinguer comme suit :

Synthèse des exonérations par nature (Robss)

(en milliards d'euros)

	2022	2023 (p)	2024 (p)
Allègements généraux	58,4	64,3	66,9
Exonérations compensées	6,6	6,3	6,6
Exonérations non compensées	2,5	2,7	2,8
Total	67,6	73,2	76,2

Remarque : ces montants, exprimés en droits constatés, ne sont pas directement comparables aux montants prévisionnels des exonérations compensées inscrits dans les LFSS, exprimés en comptabilité de caisse. Ainsi, le montant prévu pour 2024, de 6,6 milliards d'euros selon le tableau, est de 7,1 milliards d'euros selon le présent article.

Source : Annexe 4 au PLFSS

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission a approuvé le présent article, dont il convient de rappeler qu'il présente un caractère estimatif et informatif - et non normatif. Il ne saurait évidemment constituer une quelconque limite aux crédits budgétaires que l'État consacrerait à ces compensations en 2024.

On souligne par ailleurs que le présent article ne porte que sur une faible part des compensations d'exonérations. Selon l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, « toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'État pendant toute la durée de son application ». Cette compensation intégrale s'interprète comme une compensation par crédits du budget de l'État, à l'euro, des pertes de recettes occasionnées pour la sécurité sociale. Toutefois, dans le cas des allègements généraux de cotisations sociales patronales, la compensation est réalisée par affectation de recettes fiscales (TVA) pour « solde de tout compte ». Ainsi, les recettes des régimes obligatoires de base peuvent se trouver fortement réduites quand, du fait d'une inflation élevée, comme en 2022 et en 2023, une forte croissance du Smic suscite une croissance des cotisations sociales inférieure à celle de la masse salariale.

La question d'une évolution des modalités de compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales mérite d'être posée.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 13

Tableaux d'équilibre pour 2024

Cet article détermine les tableaux d'équilibre pour 2024 du Fonds de solidarité vieillesse et des différentes branches des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions **devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

(extraits)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

(...)

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

a) Prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que celles des organismes concourant au financement de ces régimes ;

(...)

d) Retrace l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes ;

(...)

Il présente le tableau d'équilibre contenant, par branche, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour 2024. Ce tableau est depuis la LFSS 2023 désormais le seul à être approuvé par le Parlement, le nouveau cadre organique ne prévoyant plus d'approbation des tableaux d'équilibre du régime général.

Ce tableau, qui agrège les régimes obligatoires de base et le FSV, fait apparaître une prévision de déficit consolidé de 11,2 milliards d'euros selon la répartition par branche suivante.

Tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse pour l'année 2024

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	242,7	251,9	-9,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	16	1,2
Vieillesse	287,8	293,7	-5,9
Famille	58,8	58	0,8
Autonomie	41,2	39,9	1,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	629,5	641,4	-11,9
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	630,7	641,8	-11,2

Source : *Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024*

Les prévisions pour 2024 ont été commentées par la rapporteure générale dans le tome I du rapport général. En particulier, les prévisions de dépenses de la branche maladie paraissent optimistes. Si l'Ondam augmentait de 3,5 % au lieu de 2,9 %, cela majorerait les dépenses de 1,5 milliard d'euros.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

L'approbation de cet article obligatoire est avant tout une prise d'acte des prévisions du Gouvernement par le Parlement.

Quant aux conséquences des votes du Sénat, par exemple sur les soldes des branches famille et maladie, il reviendra au Gouvernement d'en tenir compte dans la suite de la navette.

Sous le bénéfice de ces observations, la commission a approuvé l'adoption du présent article.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 14

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR et du FSV

Cet article détermine, pour l'année 2024, l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que les prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites et de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

(extraits)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

(...)

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

(...)

b) Détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ;

Le **I** du présent article fixe **l'objectif d'amortissement** au titre de l'année à venir de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à **16 milliards d'euros** (après 17,7 milliards d'euros pour la LFSS 2023). Au 31 décembre 2024, l'amortissement cumulé représenterait ainsi 258,6 milliards d'euros. La dette nette à amortir par la Cades devrait s'élever à 137,9 milliards d'euros au 31 décembre 2024.

Le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) n'étant plus affectataire d'aucune recette depuis la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le **II** du présent article propose logiquement de maintenir l'absence de recettes du fonds en 2024.

S'agissant du fonds de solidarité vieillesse (FSV), le **III** reconduit également l'absence de recettes mises en réserve.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

L'objectif d'amortissement de la dette sociale est purement prévisionnel. Il correspond à l'écart entre la prévision de ressources de la Cades (en quasi-totalité constituée par la CRDS et une fraction de CSG) et ses prévisions de charges (constituées par la charge d'intérêt).

Cet objectif est moins élevé que l'amortissement réalisé en 2022 (19,0 milliards d'euros) et que la prévision actuelle pour 2023 (18,3 milliards d'euros). En effet, du fait d'un recul de l'inflation, la masse salariale serait moins dynamique ; par ailleurs, les taux d'intérêt seraient plus élevés. De plus, cette diminution s'explique par le transfert vers la branche autonomie, à compter de 2024, de 0,15 point de CSG affecté jusqu'à présent à la Cades.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 15

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

Cet article vise à fixer les limites de recours à des ressources non permanentes pour les organismes de financement de la sécurité sociale.

La commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

(extraits)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

(...)

2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

(...)

e) Arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

Le présent article propose donc d'habiliter l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)¹, la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPR SNCF), la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)² à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir leurs besoins de trésorerie.

Le présent article fixe les plafonds de recours à ces ressources non permanentes comme suit :

Proposition de plafonds pour 2024

(en millions d'euros)

	Rappel des plafonds de la LFSS 2023	Plafonds proposés pour 2024
Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos)	45 000	45 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)	350	0
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) Période du 1 ^{er} au 31 janvier 2023	550	595
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP SNCF) Période du 1 ^{er} février au 31 décembre 2023	400	350
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)	450	450
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)	7 500	11 000

Source : Projets de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et 2024

L'annexe 3 au PLFSS pour 2024 précise qu'en 2024, l'Acos devrait débiter l'année avec un solde net prévisionnel de trésorerie de + 4,1 milliards d'euros. Le solde net au 31 décembre 2024 serait de - 3,6 milliards d'euros.

¹ Malgré le changement de nom au 1^{er} janvier 2021 de l'Acos, devenue « Urssaf Caisse nationale », le code de la sécurité sociale se réfère toujours à l'« Agence centrale des organismes de sécurité sociale ».

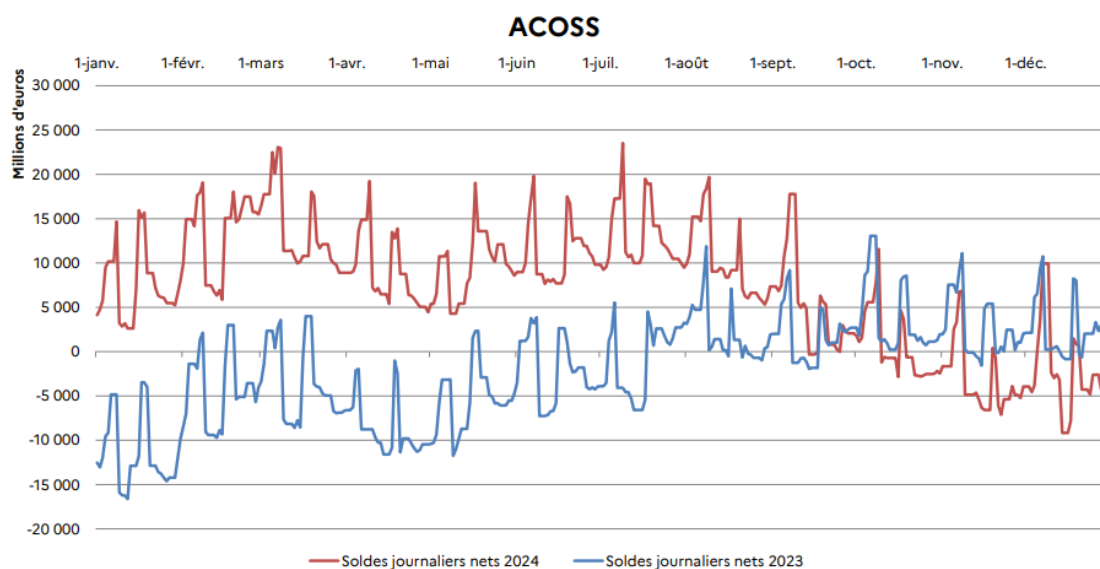
² Contrairement à ce qui a été le cas en 2023, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) n'aurait pas de besoins de financement en 2024.

Après la prise en compte des mesures du PLFSS 2024, le solde moyen net devrait s'établir à 7,2 milliards d'euros (soit une forte amélioration par rapport au solde prévisionnel pour rectifié 2023, de - 1,9 milliard d'euros).

En tenant compte des financements mobilisés dans le cadre de la politique de gestion des risques financiers et des avances aux autres régimes obligatoires de base le solde moyen brut devrait s'établir à - 15,4 milliards d'euros en 2024 avec un besoin de financement maximal de - 33,5 milliards d'euros le 13 décembre 2024.

Prévisions de soldes de l'Acoss pour 2024

(en millions d'euros)



Source : Annexe 3 du PLFSS pour 2024

À cette aune, **le plafond d'emprunt proposé** au présent article, soit 45 milliards d'euros, **laisse une marge d'environ 15 milliards d'euros** par rapport au point bas brut prévisionnel prévu en décembre 2024.

Pour ce qui concerne les autres organismes, le plafond de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), de 350 millions d'euros en 2023, serait nul, du fait de l'amélioration de sa situation financière.

Comme l'année dernière, l'évolution la plus notable concerne la **CNRACL, dont le plafond demandé augmente fortement en 2024** (11 milliards d'euros, après 7,5 milliards d'euros en 2023 et 4,5 milliards d'euros en 2022), du fait des déficits que continue d'enregistrer cette caisse.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

Les montants d'emprunt à court terme proposés par le présent article semblent adaptés et laissent une marge de manœuvre raisonnable aux différents organismes concernés.

Il est à souligner que le nouveau cadre organique offre au Parlement un meilleur suivi de ces autorisations, l'article L.O. 111-9-2 du code de la sécurité sociale prévoyant désormais que les décrets de relèvement soient pris en Conseil d'État, après avis des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 16

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

Cet article propose d'approuver le rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale constituant l'annexe A du PLFSS pour 2024.

La commission propose de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

Cet article fait partie des **dispositions devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale**, conformément à la loi organique du 14 mars 2022.

Article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles.

En outre, ce rapport présente, pour chacun des exercices de la période de programmation de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, les écarts cumulés entre, d'une part, les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement qui figurent dans cette même loi et, d'autre part, les objectifs de dépenses décrits dans ce rapport.

Le rapport précise les raisons et hypothèses expliquant ces écarts ainsi que, le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire.

Conformément aux dispositions organiques rappelées *supra*, le rapport constituant l'annexe A¹ de ce PLFSS détaille, pour les années 2023 à 2027, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les soldes par risque pour les régimes obligatoires de base et par branche pour le régime général. Il présente également les recettes, les dépenses et les soldes du fonds de solidarité vieillesse pour la même période.

Le tableau ci-après reprend, par branche, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des Robss figurant dans le rapport annexé qu'il est proposé d'approuver.

**Prévisions des recettes, dépenses et soldes
de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du FSV**
(en milliards d'euros)

		Rappels			Annexe A au présent PLFSS					
		2019	2020	2021	2022	2023(p)	2024(p)	2025(p)	2026(p)	2027(p)
Maladie	Recettes	216,6	209,8	209,4	221,2	234,1	242,7	249,4	257,0	264,4
	Dépenses	218,1	240,3	235,4	242,2	243,7	251,9	259,4	266,7	274,0
	Solde	- 1,5	- 30,5	- 26,1	- 21,0	- 9,5	- 9,3	- 10,0	- 9,7	- 9,6
AT-MP	Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,2	17,1	17,7	17,7	18,4
	Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,5	15,3	16,0	16,6	16,9	17,3
	Solde	1,1	- 0,1	1,3	1,7	1,9	1,2	1,2	0,8	1,1
Vieillesse	Recettes	240,0	241,2	249,4	259,4	273,1	287,8	296,5	304,5	311,5
	Dépenses	241,3	246,1	250,5	263,3	275,0	293,7	305,8	315,9	325,4
	Solde	- 1,3	- 4,9	- 1,1	- 3,9	- 1,9	- 5,9	- 9,3	- 11,4	- 14,0
Famille	Recettes	51,4	48,2	51,8	53,3	57,0	58,8	60,6	62,5	64,6

¹ Jusqu'à la LFSS 2023, cette annexe était l'annexe B, l'annexe A étant le tableau patrimonial relatif au dernier exercice révolu. Depuis le présent PLFSS, ce tableau patrimonial est destiné à être annexé à la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Lacss).

		<i>Rappels</i>			Annexe A au présent PLFSS					
		2019	2020	2021	2022	2023(p)	2024(p)	2025(p)	2026(p)	2027(p)
	<i>Dépenses</i>	49,9	50,0	48,9	51,4	56,0	58,0	60,1	61,6	62,9
	<i>Solde</i>	1,5	- 1,8	2,9	1,9	1,0	0,8	0,5	0,9	1,7
Autonomie	<i>Recettes</i>				35,4	36,8	41,2	42,5	43,7	45,2
	<i>Dépenses</i>				35,2	37,9	39,9	41,5	43,0	44,7
	<i>Solde</i>				0,2	- 1,1	1,3	1,0	0,7	0,4
Robss	<i>Recettes</i>	509,1	499,3	544,2	570,8	600,9	629,5	648,3	666,7	684,8
	<i>Dépenses</i>	509,2	536,5	567,0	591,8	610,5	641,4	664,8	685,4	705,1
	<i>Solde</i>	- 0,2	- 37,3	- 22,7	- 21,0	- 9,6	- 11,9	- 16,5	- 18,7	- 20,3
Robss+FSV	<i>Recettes</i>	508,0	497,2	543,0	572,5	602,1	630,7	649,4	668,7	688,0
	<i>Dépenses</i>	509,7	536,9	567,3	592,1	610,9	641,8	665,2	685,8	705,5
	<i>Solde</i>	- 1,7	- 39,7	- 24,3	- 19,7	- 8,8	- 11,2	- 15,8	- 17,1	- 17,5

Source : Annexe A du PLFSS 2024, projet de Lacss 2022

Cette programmation, et les hypothèses sous-jacentes, ont été présentées dans le tome I du présent rapport général.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission des affaires sociales ne peut approuver le rapport constituant l'annexe A de ce PLFSS.

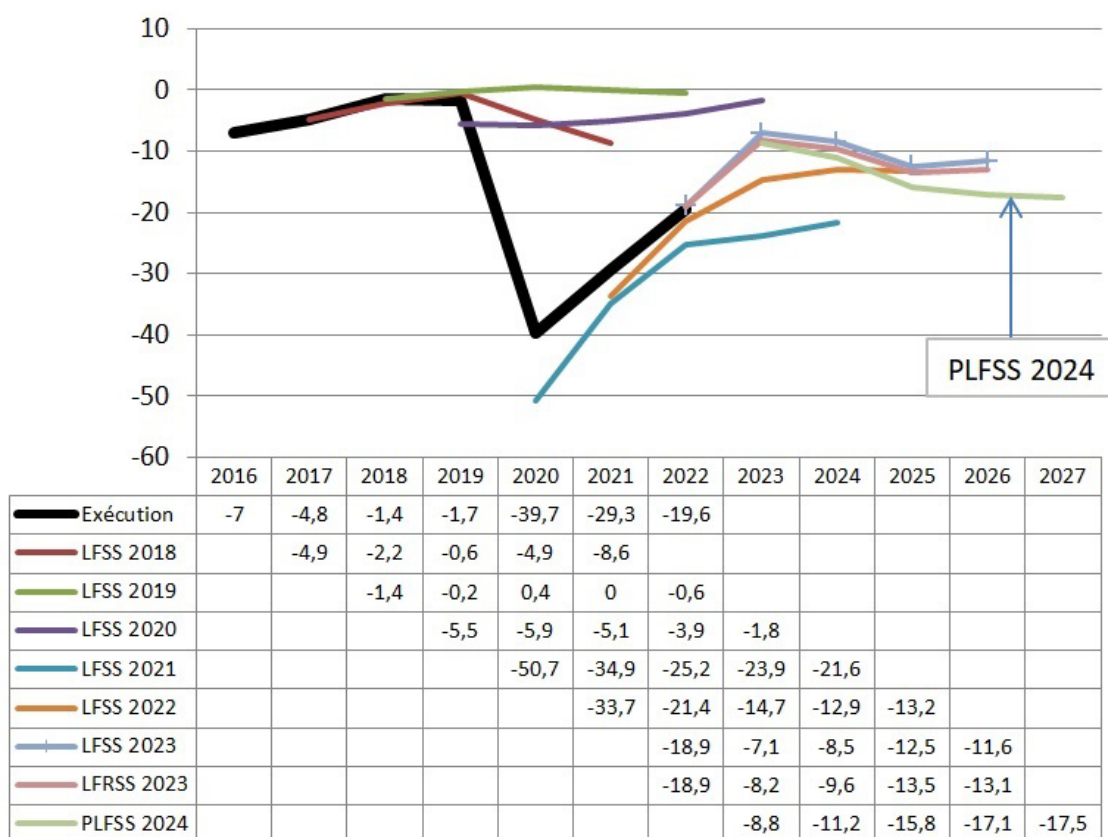
Tout d'abord, le Gouvernement a manifestement renoncé à tout effort de retour des finances sociales à l'équilibre.

Si le PLFSS 2024 prévoit pour 2023 un déficit des Robss et du FSV proche de celui prévu par la LFRSS 2023 (déjà en augmentation par rapport à la LFSS 2023), l'écart pour 2024 est significatif (+ 1,6 milliard d'euros par rapport à la LFRSS 2023) et il s'aggrave en fin de période (+ 4 milliards d'euros en 2026).

Le déficit des Robss, autour de 10 milliards d'euros en 2023-2024, se dégraderait encore pour atteindre 17,5 milliards d'euros en 2027.

Solde des Robss et du FSV : exécution et programmation

(en milliards d'euros)



Source : LFSS concernées et PLFSS 2024

Le projet de loi de programmation des finances publiques (LFPF) transmis au Sénat, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale sur la base de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution le 29 septembre 2023 (inchangé sur ce point par le Sénat le 16 octobre 2023), prévoit de réaliser 6 milliards d'euros d'économies supplémentaires à partir de 2025¹, restant à déterminer, sur l'ensemble des administrations de sécurité sociale (Asso). Pourtant, l'annexe A ne le mentionne même pas, alors que si de telles économies étaient réalisées, une part importante concernerait nécessairement les Robss.

On remarque par ailleurs que l'objectif de dépense des Robss et du FSV pour 2027 est de 705,5 milliards d'euros selon l'annexe A au présent PLFSS mais 705,4 milliards d'euros selon le projet de LFPF. Bien que la différence soit minime, et corresponde à une actualisation de la prévision², le fait que le projet de LFPF soit remis en cause alors que le texte est encore en cours de discussion augure mal de la suite.

¹ La rédaction du rapport annexé au projet de LFPF suggère qu'il ne s'agira pas de réaliser 6 milliards d'euros d'économies supplémentaires chaque année (tendant à réduire les dépenses de 2027 de 18 milliards d'euros), mais « seulement » de réaliser 6 milliards d'euros d'économies en 2025, maintenues les années suivantes (tendant à réduire les dépenses de 2027 de 6 milliards d'euros).

² Comme indiqué par la DSS et la direction du budget.

Ensuite, cette programmation inquiétante est déjà optimiste. Comme indiqué dans le tome I du présent rapport général, une hypothèse de croissance du PIB correspondant au consensus des conjoncturistes et une hypothèse plus réaliste de croissance de l'Ondam de 3,5 % (au lieu d'environ 3 %) pourraient conduire à un déficit de 25 milliards d'euros en 2027 (et non 17,5 milliards d'euros).

C'est pourquoi la commission a adopté un **amendement n° 247** de suppression du présent article, à l'initiative de la rapporteure générale.

La commission propose de supprimer cet article.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS

Article 17

Campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) et harmonisation des conditions de prise en charge de certains vaccins

Cet article prévoit que les conditions de rémunération des professionnels de santé mobilisés dans le cadre des campagnes nationales de vaccination contre le HPV sont définies par arrêté du ministre de la santé, ainsi que les conditions de leur affiliation à la sécurité sociale. De plus, il harmonise les modalités de prise en charge de certaines vaccinations par la suppression du ticket modérateur.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Un renforcement nécessaire de la politique vaccinale

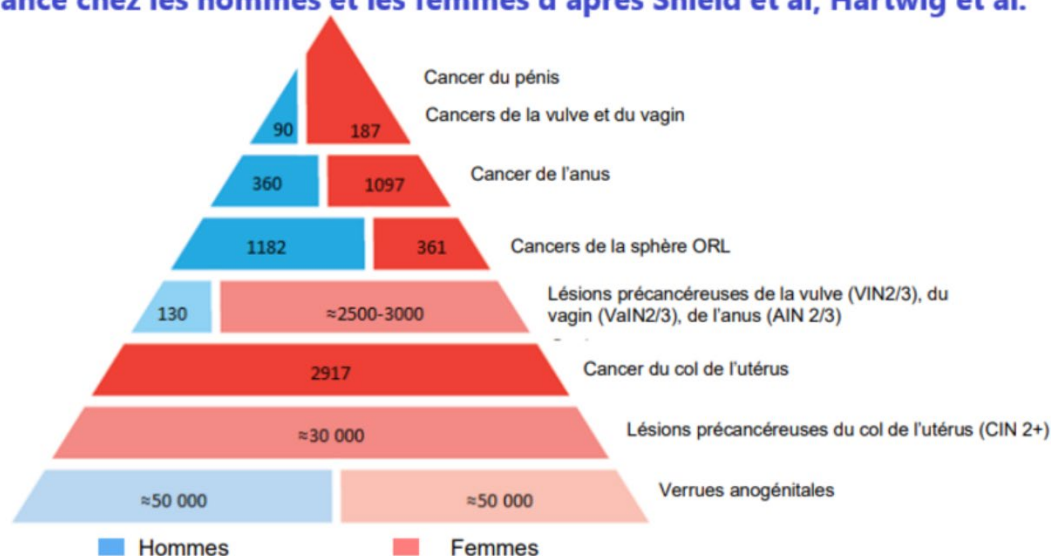
1. La stratégie de prévention des cancers causés par les HPV en France : des lacunes évidentes

L'infection de papillomavirus humain (HPV) est une infection sexuellement transmissible (IST) courante, le plus souvent bénigne. Celle-ci se contracte le plus souvent à l'occasion d'un rapport sexuel, au début de la vie sexuelle. En effet, plus de 60 % des primo-infections surviennent dans les cinq ans suivant les premiers rapports sexuels. Si elle peut demeurer asymptomatique ou se manifester par des symptômes sans gravité, cette infection peut aussi engendrer des lésions précancéreuses.

Le cancer du col de l'utérus, quatrième cancer le plus fréquent chez la femme dans le monde, est causé dans près de 100 % des cas par une infection durable de papillomavirus humain. En France, plus de 6 300 nouveaux cancers sont causés chaque année par les papillomavirus humains, dont environ 3 000 cancers du col de l'utérus¹. En 2014, la probabilité d'être infecté par un HPV était estimée à 85 % chez les femmes et à 91 % chez les hommes.

Dans ce contexte, la politique de prévention contre les cancers causés par le HPV s'appuie sur deux piliers : le dépistage et la vaccination.

Représentation du fardeau des maladies induites par les papillomavirus en France chez les hommes et les femmes d'après Shield et al, Hartwig et al.



* La représentation graphique ci-dessus n'est pas à l'échelle

Source : HAS 2019

Source : site web vaccination.infoservice.fr

La couverture de la population en termes de dépistage² est globalement insuffisante, même si celle-ci varie de façon importante selon la tranche d'âge - environ 65 % chez les femmes âgées de 25 à 45 ans et seulement 45 % chez celles de 60-65 ans - et le territoire concerné - les collectivités ultra-marines, à l'exception de La Réunion, et plusieurs départements franciliens de la grande couronne, souffrent d'un taux de dépistage moindre.

S'agissant de la vaccination, dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, le Gouvernement a annoncé son objectif d'atteindre un taux de couverture vaccinale contre les HPV de 80 % à horizon 2030.

¹ Les cancers causés par les papillomavirus humains concernent l'utérus, l'anus, l'oropharynx, la vulve, le vagin, la cavité orale, le larynx et le pénis.

² Le frottis du col utérin est l'examen de référence qui permet de dépister le cancer du col de l'utérus.

La vaccination permet de prévenir jusqu'à 90 % des infections HPV à l'origine notamment¹ des cancers du col de l'utérus. Effectuée avant le début de la vie sexuelle, la protection offerte par le vaccin est même proche de 100 %.

Deux vaccins sont actuellement disponibles sur le marché : le *Cervarix* et le *Gardasil 9*. Ce dernier protège contre un spectre plus large de HPV et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en recommande l'utilisation pour toute nouvelle vaccination depuis le 1^{er} janvier 2021². Selon les enquêtes de pharmacovigilance réalisées, les effets indésirables du vaccin sont limités même si des malaises et des syncopes peuvent survenir dans les minutes suivant l'administration du vaccin³.

La vaccination contre le HPV fait l'objet d'une recommandation chez les jeunes femmes depuis 2007 en France ; elle a été étendue aux jeunes hommes en 2021. Pourtant, le taux de couverture vaccinale reste faible, même s'il progresse. Au 31 décembre 2022, la vaccination était de 41,5 % pour deux doses chez les filles de 16 ans et de 8,5 % pour deux doses chez les garçons de 16 ans.

Des pays ayant déployé des stratégies vaccinales contre le HPV en milieu scolaire ont atteint des taux de couverture vaccinale supérieurs à 80 % comme en Suède, au Royaume-Uni ou en Australie. En France, deux expérimentations régionales ont été conduites, en région Grand Est et en Guyane, autorisées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019⁴. Les résultats encourageants de ces expérimentations justifient la généralisation et la pérennisation de ce dispositif vaccinal.

En région Grand Est, un retour d'expérience a été réalisé sur les actions menées entre 2019 et 2023 dans cinq départements, en milieu scolaire et hors milieu scolaire. L'un des enseignements est que l'adhésion à la vaccination dépend fortement des actions d'information et de sensibilisation conduites en amont auprès des adolescents et des parents, dont l'accord est toujours requis s'agissant d'un acte vaccinal sur des mineurs.

¹ Des études menées en Suède, en Angleterre et au Danemark ont montré que la vaccination précoce des jeunes filles permet d'éviter 9 cancers du col de l'utérus sur 10.

² Ce vaccin protège contre les infections dues aux HPV de type 16, 18, 31, 33, 45, 52 et 58, qui sont en cause dans 90 % des cancers du col de l'utérus, 80 % des cancers de l'anus et 90 % des verrues anogénitales (condylomes).

³ Enquête de pharmacovigilance *Gardasil 9*, ANSM, « les effets indésirables graves les plus fréquemment notifiés sont les malaises et syncopes dans les minutes suivant l'injection du vaccin, et nécessitent de renforcer les messages d'information sur la surveillance nécessaire pendant les 15 minutes après l'administration du vaccin ».

⁴ Article 60 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

À noter qu'afin d'améliorer la couverture vaccinale en France et pour faciliter le déploiement de campagnes nationales de vaccination telles que celle contre les HPV, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹ a étendu la compétence vaccinale aux infirmiers et aux sages-femmes et a élargi celle des pharmaciens d'officine, sous certaines conditions précisées par la réglementation². La loi a également ouvert aux étudiants en troisième cycle des études de médecine et des études pharmaceutiques la possibilité d'administrer certains vaccins³.

2. Le financement du coût de la vaccination : un modèle à géométrie variable qui manque de lisibilité

Les vaccins obligatoires⁴ et recommandés⁵ sont remboursés par l'assurance maladie, sur prescription médicale, à hauteur de 65 %. L'injection du vaccin est quant à elle prise en charge à 70 %, ou à 60 % lorsque l'injection est réalisée par une infirmière. Ces règles s'appliquent actuellement au vaccin contre le HPV.

En principe, l'assurance maladie finance donc une partie seulement des vaccins et de l'acte de vaccination, les assurés sociaux ayant la possibilité de souscrire un contrat avec une assurance complémentaire pour bénéficier d'un remboursement du reste à charge.

Toutefois, par exception, certains vaccins bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie : c'est le cas du vaccin contre la grippe saisonnière pour les seules personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée, ainsi que du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole – dit vaccin ROR – pour les enfants jusqu'à 17 ans.

En outre, s'agissant du modèle de financement de ces dépenses de santé, le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), créé en 1988, contribue à couvrir certaines dépenses de l'assurance maladie dans le champ de la prévention, notamment des programmes de vaccination et en particulier ceux contre la grippe saisonnière et les ROR. Pour ces deux vaccins en effet, la loi ne prévoit pas d'exonération de participation des assurés au titre de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) assure néanmoins un financement dérogatoire du ticket modérateur pour ces vaccinations, ce qui garantit aux assurés sociaux une prise en charge à 100 %.

¹ Article 33 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Décret n° 2023-736 du 8 août 2023

³ Article L. 6153-5 du code de la santé publique.

⁴ La liste des vaccins obligatoires est prévue à l'article L. 3111-2 du code de la sécurité sociale (liste applicable aux enfants nés après le 1^{er} janvier 2018) : diphtérie, tétanos, polyomyélite, coqueluche, hépatite B, infections à *Haemophilus influenza* B, infections invasives à méningocoque du sérogroupe C, infections à pneumocoque, oreillons, rougeole, rubéole.

⁵ Liste des vaccins recommandés : infections invasives à méningocoque de sérogroupe B, infection à papillomavirus humains (HPV), covid-19 à partir de 5 ans, gastro-entérite à rotavirus. Dans certaines situations : grippe saisonnière, hépatite A, tuberculose, varicelle, zona.

Dans un souci de cohérence et de lisibilité du modèle financier, le présent article propose d'harmoniser les conditions de financement de ces différentes campagnes de vaccination et de prévoir une exonération de participation des assurés sociaux par la suppression du ticket modérateur.

B. Un dispositif vaccinal qui se veut pragmatique et vise une montée en charge progressive

Le présent article propose d'insérer un nouvel article L. 162–38-1 au sein de la section 8 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale afin de définir les conditions d'intervention et la rémunération des professionnels de santé qui interviennent dans le cadre d'une campagne de vaccination contre le HPV.

1. Des campagnes vaccinales visant une inclusion large des publics cibles et des professionnels de santé

Le I du nouvel article L. 162-38-1 créé porte sur les conditions de rémunération des professionnels de santé intervenant au sein d'un établissement scolaire dans le cadre d'une campagne nationale de vaccination contre le HPV.

Le premier alinéa fixe le cadre général de l'intervention de ces professionnels. Les « établissements scolaires » sont visés pour désigner le lieu d'intervention des professionnels et « les établissements et organismes désignés par les agences régionales de santé » identifient les structures responsables de l'organisation du dispositif de vaccination.

Plus précisément, le Gouvernement indique que les campagnes de vaccination contre les infections à papillomavirus humains se dérouleront chaque année dans les collèges, ciblant les élèves âgés de 11 ans à 14 ans¹. Tous les établissements publics seront concernés, ainsi que les établissements privés volontaires. La vaccination reposant sur un schéma à deux doses, la première sera proposée à compter de l'automne 2023 et la seconde au printemps 2024.

Ces campagnes seront organisées par diverses structures désignées par les agences régionales de santé, en particulier par les centres de vaccination et d'autres organismes de prévention tels que les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegdid).

¹ La cible est de vacciner tous les collégiens d'une classe, soit environ 856 600 élèves sur 4 ans.

Les 1° et 2° du nouvel article L. 162-38-1 visent l'ensemble des professionnels de santé détenant une compétence vaccinale qui peuvent être appelés à participer à ces campagnes de vaccination. Il s'agit :

- d'une part des médecins, infirmiers, sages-femmes et pharmaciens, qui exercent en tant que professionnel de santé libéral ou, dans le cadre d'un exercice salarié, auprès d'un autre professionnel de santé libéral, en centre de santé, en maison de santé, en maison de naissance ou dans un établissement de santé ou médicosocial, et qui interviennent en dehors de leurs conditions habituelles d'exercice ou de leurs obligations de service, ou qui sont retraités ;

- et d'autre part¹ des étudiants en troisième cycle des études de médecine et ceux en troisième cycle des études pharmaceutiques autorisés à administrer certains vaccins, sous la supervision du maître de stage ou dans le cadre d'un remplacement pour les seconds.

2. Des conditions de rémunération dérogeant au principe de la négociation conventionnelle

Le premier alinéa du I prévoit une dérogation aux articles L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, qui régissent les relations de l'assurance maladie par des conventions nationales conclues respectivement avec les médecins, avec les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux et avec les pharmaciens. Ainsi les professionnels de santé mobilisés seraient rémunérés sur la base d'un montant forfaitaire correspondant au tarif des vacations réalisées, fixé par arrêté ministériel et versé directement par l'assurance maladie.

Le premier alinéa du I déroge également à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale en ce que l'acte de vaccination et son tarif ne sont pas inscrits sur la liste des actes et prestations (LAP) mais seulement déterminés par arrêté ministériel.

Le dispositif contrevient aux règles de la négociation conventionnelle qui régit les relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

L'étude d'impact du Gouvernement, qui chiffre le coût de la rémunération des professionnels de santé à **25 millions d'euros par an**, s'appuie sur les tarifs de vacations prévisionnels suivants :

- 75 euros par heure pour un médecin ;
- 48 euros par heure pour un pharmacien ou une sage-femme ;
- 37 euros par heure pour un infirmier.

¹ Article L. 6153-5 du code de la santé publique.

3. Un dispositif d'affiliation à la sécurité sociale hétérogène

Le II du nouvel article L. 162-38-1 est relatif aux conditions d'affiliation à la sécurité sociale des professionnels de santé au titre de leur participation aux campagnes de vaccination contre le HPV.

Le 1° précise que les médecins autres que libéraux participant à ces campagnes de vaccination en dehors de l'exécution de leur contrat de travail ou de leurs obligations de service, qu'ils soient salariés ou agents publics, les médecins retraités et les étudiants en médecine, sont affiliés au régime général de la sécurité sociale dans les conditions applicables aux travailleurs indépendants, ainsi qu'aux régimes d'assurance vieillesse et décès-invalidité des professions libérales¹ et d'assurance vieillesse complémentaire² des mêmes professions.

Les cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations de cette activité sont calculées sur la base d'un taux global³ et les professionnels peuvent opter pour un calcul mensuel ou trimestriel des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables.

Le 2° précise que les autres professionnels de santé, soit les sages-femmes et infirmiers n'ayant pas d'exercice libéral, les pharmaciens et les étudiants en troisième cycle des études pharmaceutiques, sont affiliées au régime général, y compris s'ils sont titulaires d'une pension, dès lors qu'ils travaillent, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit.

Ils sont redevables de cotisations et contributions sociales assises sur les rémunérations perçues diminuées d'un abattement forfaitaire, fixé par décret, dans des conditions encadrées par le code général des impôts⁴.

L'ensemble des cotisations et contributions sociales dues par les professionnels au titre des activités de vaccination contre le HPV dans le cadre de la campagne nationale seront précomptées par les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam) chargées de rémunérer les professionnels de santé. Ces cotisations seront donc déduites à la source et versées directement par la Cpam aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

Enfin, les dispositions relatives aux garanties et aux sanctions prévues pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales du régime général s'appliquent.

¹ Article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 644-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ L'article 102 ter du code général des impôts prévoit au premier alinéa du 1 un abattement forfaitaire de 34 % qui ne peut être inférieur à 305 €, et l'article 50-0 du même code prévoit à la première phrase du cinquième alinéa du 1^{er} un abattement de 71 %.

4. Une harmonisation des modalités de financement et de prise en charge de certaines vaccinations

Le présent article propose enfin de compléter l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale s'agissant des modalités de prise en charge par l'assurance maladie des frais liés à la vaccination.

L'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale fixe la liste des situations dans lesquelles la participation de l'assuré social aux frais de certains actes et prestations peut être limitée ou supprimée. Cette liste détaille vingt-huit situations et comporte notamment divers actes de prévention, tels que les frais liés à une consultation unique de prévention des cancers et des addictions pour les assurés âgés de 20 à 25 ans.

Le présent article prévoit de compléter cette liste de trois nouvelles mentions relatives respectivement aux frais d'acquisition du vaccin contre les HPV pour les personnes vaccinées dans le cadre des campagnes nationales de vaccination dans les établissements scolaires (29°), aux frais d'acquisition du vaccin contre la grippe pour les personnes pour lesquelles cette vaccination est recommandée (30°) et aux frais d'acquisition du vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole pour les personnes âgées de moins de 18 ans (31°).

Pour mémoire, la vaccination contre le HPV et contre la grippe sont recommandées ; en revanche, la vaccination ROR est quant à elle devenue obligatoire pour les nourrissons nés depuis 2018.

L'objectif étant de parvenir la première année à 30 % d'élèves vaccinés avec un schéma vaccinal complet, sur une cible d'environ 856 600 élèves sur quatre ans¹, l'exonération de ticket modérateur pour le vaccin contre le HPV devrait représenter **un coût de 21 millions d'euros en 2024**, et non de 35 millions d'euros² contrairement à ce qui figure dans l'étude d'impact du Gouvernement. Une montée en charge progressive au cours des quatre prochaines années pourrait permettre d'atteindre le taux de 80 % en 2027³.

En ce qui concerne l'exonération de ticket modérateur pour les vaccins contre la grippe et les ROR, il s'agit d'opérer un transfert de charge du FNPEIS vers l'Ondam d'un montant de **55,3 millions d'euros**, dont 48,7 millions correspondant à la vaccination antigrippale et 6,6 millions à la vaccination ROR. Le montant de l'Ondam sera augmenté en conséquence et le budget du FNPEIS réduit à due concurrence.

¹ 515 000 doses de vaccin seront mobilisables pour cette première année de vaccination selon la direction générale de la santé¹.

² L'étude d'impact du Gouvernement associée au PLESS 2024 est sur ce point contradictoire et prend en compte un montant de 35 millions d'euros dans les estimations prévisionnelles pluriannuelles.

³ À ce titre, l'étude d'impact du Gouvernement indique un coût progressivement croissant, de 60 millions d'euros en 2024, intégrant 25 millions d'euros de rémunération des professionnels de santé et 35 millions d'euros de ticket modérateur, 75 millions d'euros en 2025 et 88 millions d'euros en 2026 et 2027.

5. Des dispositions d'entrée en vigueur ajustées au début de la campagne de vaccination

Le II du présent article définit les modalités d'entrée en vigueur de l'ensemble de ces dispositions. Celui-ci indique, d'une part que l'article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024 mais, d'autre part, que le 1^o du I, soit les conditions de rémunération des professionnels de santé, s'applique aux rémunérations perçues à compter du 1^{er} octobre 2023 et que le deuxième alinéa du 2^o du I, soit l'exonération de ticket modérateur sur le vaccin contre le HPV, s'applique aux vaccins administrés à compter du 1^{er} octobre 2023.

Il ressort de cette rédaction que les rémunérations des professionnels de santé mobilisés dès l'automne 2023 seront fixées en référence à l'arrêté ministériel à paraître, qui sera pris en application de la loi de financement de la sécurité sociale dès qu'elle sera promulguée.

La direction de la sécurité sociale a confirmé que la mobilisation des professionnels de santé dès l'automne 2023 exigeait de pouvoir fixer les conditions de leur rémunération sans attendre la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. La formulation du II vise donc bien permettre une application rétroactive des dispositions relatives à la rémunération des professionnels de santé.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

- cinq amendements identiques ayant pour objet d'étendre l'application des dispositions du présent article aux établissements médico-sociaux assurant une éducation adaptée aux mineurs et jeunes adultes en situation de handicap ;

- sept amendements identiques et un sous-amendement autorisant la participation des étudiants en deuxième cycle des études de médecine aux campagnes de vaccination contre le HPV, dans des conditions définies par arrêté du ministre de la santé ;

- un amendement ouvrant la possibilité de rémunérer dans les mêmes conditions les agents des centres de santé mis à disposition sur leur temps de travail, et étendant l'application de ces modalités de rémunération à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte ;

- deux amendements identiques prévoyant un rapport d'information au Parlement sur l'application du présent article et analysant l'opportunité d'élargir les espaces de vaccination hors milieu scolaire.

Le Gouvernement a par ailleurs intégré trois amendements rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission accueille favorablement la mise en œuvre d'une campagne nationale de vaccination contre les HPV dans les collèges et les établissements médico-sociaux d'enseignement adapté, qui devrait permettre à la France de rattraper son retard en matière de prévention contre certains cancers.

Toutefois, la commission s'étonne des modalités d'entrée en vigueur proposées par le Gouvernement pour cet article. Inscrite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, cette mesure ne devrait logiquement entrer en vigueur qu'à partir du 1^{er} janvier 2024. La campagne de vaccination ayant débuté à l'automne 2023, le présent article prévoit néanmoins une application rétroactive des dispositions relatives à la rémunération des professionnels de santé.

La commission ne peut que regretter une méthode consistant à présenter au Parlement une mesure inscrite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 qui induit des coûts en 2023, a fortiori lorsque celle-ci constitue une nouvelle entorse au champ de la négociation conventionnelle entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

En conséquence, la commission a adopté un **amendement n° 248** afin de garantir la consultation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé pour déterminer les tarifs des vacations qui seront réalisées à l'occasion de ces campagnes de vaccination. Elle a également adopté un **amendement n° 249** de précision rédactionnelle.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 18

Prise en charge des préservatifs pour les moins de 26 ans

Cet article prévoit la délivrance en pharmacie de préservatifs à titre gratuit pour les assurés sociaux de moins de 26 ans, sans condition de prescription.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Une mesure de prévention bienvenue régularisée tardivement en LFSS

A. Une mesure déjà mise en œuvre

1. L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes affichée comme une priorité de santé publique depuis plusieurs années

La santé sexuelle correspond, selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à « un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en matière de sexualité ». Quant à la santé reproductive, selon le ministère de la santé, elle « implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles le désirent. ».

La notion de santé sexuelle et reproductive a été inscrite dans le code de la santé publique par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. La stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, initiée en 2017¹, a notamment été déclinée en une feuille de route pour la période 2021-2024. Elle s'appuie sur une approche à la fois globale et populationnelle, les jeunes étant une cible spécifiquement identifiée qui bénéficie en conséquence de mesures dédiées. En effet, les jeunes sont à la fois plus enclins à adopter des comportements à risque et confrontés à une vulnérabilité économique importante. Un chiffre illustre ce constat : 26 % des 18-24 ans vivent sous le seuil de pauvreté².

Les données de Santé publique France attestent d'une recrudescence inquiétante de certaines infections sexuellement transmissibles (IST)³ ces dernières années. C'est particulièrement le cas des diagnostics d'infections *Chlamydia trachomatis*, qui connaissent une augmentation notable en 2021⁴. En parallèle, le nombre de découvertes de séropositivité VIH s'est stabilisé entre 2020 et 2021, alors qu'une diminution de 22 % avait été enregistrée entre 2019 et 2020.

¹ Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 et Feuille de route stratégie nationale de santé sexuelle 2021-2024.

² Synthèse « Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans », Les dossiers de la Drees, février 2023.

³ Les IST peuvent être d'origine virale (hépatite B, herpès génital, VIH et HPV), d'origine bactérienne (syphilis, gonorrhée et chlamydia) ou causées par certains parasites.

⁴ +9 % de cas entre 2019 et 2021.

La prise en charge des préservatifs par l'assurance maladie obligatoire doit contribuer à la prévention des IST et des grossesses non désirées. Cette nouvelle mesure s'inscrit dans la continuité des précédentes lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

D'une part, la LFSS pour 2019 a permis de prendre en charge à hauteur de 60 % le coût des préservatifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), sous réserve d'une prescription médicale. Depuis 2019, deux marques de préservatifs externes sont inscrites sur la LPP¹.

D'autre part, la LFSS pour 2022 a prévu la gratuité, parmi les dispositifs de contraception, des pilules hormonales de première et deuxième générations, de l'implant contraceptif hormonal, du stérilet et de la contraception d'urgence hormonale². Si cette dernière mesure a constitué une avancée utile facilitant l'accès à la contraception, elle présentait néanmoins l'inconvénient d'exclure les préservatifs et de se concentrer sur les seuls dispositifs de contraception féminins. L'ouverture du même modèle de prise en charge intégrale aux préservatifs permet donc d'affirmer la responsabilité partagée des hommes et des femmes en matière de contraception et complète le panel des dispositifs contraceptifs pour les jeunes.

2. La gratuité des préservatifs : un dispositif en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023

La gratuité des préservatifs pour les jeunes de moins de 26 ans a été annoncée dès le mois de décembre 2022 par le Président de la République, à l'occasion d'un conseil national de la refondation dédié à la santé des jeunes. Elle est entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2023, à l'appui d'une lettre de couverture du ministre de la santé et de la prévention et du ministre délégué chargé des comptes publics aux directeurs de la caisse nationale d'assurance maladie et de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole³. Depuis cette date, les personnes âgées de moins de 26 ans et les bénéficiaires de l'aide médicale d'État (AME) bénéficient d'un remboursement à 100 %, sans prescription médicale, pour l'achat des préservatifs inscrits sur la LPP, soit à ce jour des deux marques précitées, s'ils sont délivrés en officine pharmaceutique.

¹ Arrêté du 21 novembre 2018 portant inscription du préservatif lubrifié masculin Eden des laboratoires Majorelle au titre du I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et Arrêté du 14 février 2019 portant inscription du préservatif lubrifié masculin Sortez couverts ! du laboratoire Polidis au titre du I de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

² Initialement réservée aux jeunes femmes jusqu'à 18 ans, la loi de financement de la sécurité sociale de 2023 a ensuite étendu le bénéfice de la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence à toutes les femmes, sans condition d'âge, et sans prescription médicale.

³ Cette lettre donnait notamment consigne, en anticipation des textes législatifs et réglementaires, de ne délivrer que des préservatifs inscrits sur la LPP et une seule boîte par assuré social au cours de l'année 2023.

L'annonce de cette mesure à la fin de l'année 2022 avait vocation à compléter d'autres mesures déjà inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, en particulier la prise en charge de la contraception d'urgence à 100 % sans prescription pour toutes les femmes, ou l'extension de l'accès à un dépistage gratuit d'autres IST que le VIH dans tous les laboratoires de biologie médicale, sans ordonnance.

Les données fournies par la Cnam figurant dans l'étude d'impact du Gouvernement tendent à démontrer que la mesure a rencontré un certain succès puisque 7,8 millions de préservatifs ont été délivrés à titre gratuit sur les vingt-et-une premières semaines de l'année 2023, contre 1,6 million sur la même période au cours de l'année 2022, soit un volume multiplié par presque cinq.

B. Une mesure régularisée et pérennisée

1. Une prise en charge à 100 % et en tiers payant par l'assurance maladie obligatoire...

Le I de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est complété afin d'y préciser, comme pour la délivrance de la contraception d'urgence mentionnée à ce même article, que la délivrance de préservatifs à des mineurs ne nécessite pas le consentement des titulaires de l'autorité parentale et qu'elle est protégée par le secret professionnel.

Le IV du même article est aussi modifié. Cet alinéa prévoit actuellement que les médicaments délivrés en officine ayant pour but la contraception d'urgence sont remboursés ou pris en charge par l'assurance maladie sans avance de frais et sans condition de prescription. Il est remplacé par trois nouveaux alinéas qui reprennent les dispositions en vigueur et les complètent en prévoyant également le remboursement ou la prise en charge par l'assurance maladie des préservatifs délivrés en officine, sans avance de frais et sans condition de prescription, pour les assurés de moins de 26 ans.

La prise en charge à 100 % et le tiers payant s'appliquent aux seuls préservatifs inscrits sur la LPP au titre de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Outre les deux marques de préservatifs externes déjà inscrits sur la LPP, la direction générale de la santé a indiqué lors des auditions que trois nouvelles marques de préservatifs externes et trois marques de préservatifs internes seraient prochainement inscrites sur cette même liste, suite à un avis favorable de la Haute Autorité de santé (HAS).

2. ... sous réserve d'une inscription sur la liste des produits et prestations

En conséquence, est également modifié l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, qui mentionne la liste des cas dans lesquels la participation de l'assuré à la couverture des frais de certaines prestations peut être limitée ou supprimée.

Le 21° de cet article fait actuellement référence aux frais d'acquisition des « médicaments ayant pour but la contraception d'urgence et, pour l'assurée âgée de moins de 26 ans, pour les frais d'acquisition d'autres contraceptifs et pour les frais relatifs aux actes et consultations entrant dans le champ des articles L. 162-4-5 et L. 162-8-1 , ainsi que pour les assurés âgés de moins de 26 ans pour les frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle ».

Cette rédaction est complétée par l'ajout des préservatifs aux autres contraceptifs pour les assurés de moins de 26 ans. Pour définir un plafond de remboursement, il est enfin précisé qu'un décret déterminera le nombre maximal de préservatifs qui pourront être délivrés, en fonction des références inscrites sur la LPP.

À partir des données du bilan partiel de l'année 2023, le Gouvernement estime le coût de la mesure à **3,9 millions d'euros par an**. Pour permettre sa mise en œuvre, quatre décrets d'application devront être publiés au mois de janvier 2024, ainsi que divers arrêtés ministériels.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement du groupe Écologiste-Nupes précisant que les préservatifs remboursés peuvent être internes et externes. Le Gouvernement a par ailleurs intégré deux amendements rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

Ayant au préalable constaté que la mesure était en vigueur depuis près d'une année sans avoir fait l'objet d'une inscription dans la LFSS pour 2023, la commission accueille néanmoins favorablement cette nouvelle mesure qui complète utilement la prise en charge des dispositifs contraceptifs et de prévention des IST.

La commission souligne qu'une stratégie plus proactive en matière de dépistage des IST serait bienvenue et appelle de ses vœux un renforcement de ces actions, par exemple dans le cadre des rendez-vous de prévention.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 19

Lutte contre la précarité menstruelle

Cet article propose d'assurer la prise en charge par l'assurance maladie de protections périodiques réutilisables pour les personnes assurées de moins de 26 ans et pour les bénéficiaires de la protection santé complémentaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La lutte contre la précarité menstruelle, une illustration de la question d'égalité d'accès aux soins

1. Un enjeu de santé publique récemment reconnu

Désormais reconnue comme une question de santé publique, la précarité menstruelle désigne la situation de toute personne éprouvant des difficultés financières pour se procurer des protections périodiques menstruelles en nombre suffisant au regard de ses besoins individuels. La santé menstruelle a émergé dans le débat public il y a quelques années. Les acteurs du champ associatif ont largement contribué à la prise de conscience des enjeux qui lui sont associés, malgré la persistance de tabous culturels prégnants.

Le dépôt d'une proposition de loi visant à mieux lutter contre la précarité menstruelle le 25 avril 2023 à l'Assemblée nationale¹ illustre cette prise de conscience et la visibilité dont bénéficie désormais la santé menstruelle. Cette proposition de loi prévoyait notamment la distribution à titre gratuit de protections menstruelles dans les pharmacies, ainsi qu'un dispositif de mise à disposition gratuite de protections menstruelles au sein des établissements scolaires et d'enseignement du secondaire.

Tous les ans en France, une vingtaine de cas de syndromes du choc toxique (SCT) menstruel sont dénombrés, liés à l'utilisation des protections menstruelles internes. Le SCT menstruel, causé par l'utilisation prolongée d'une même protection, est une conséquence grave, bien que rare, de la précarité menstruelle, susceptible de toucher toute personne menstruée, plus particulièrement à l'adolescence. Selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), le nombre de cas recensés pourrait toutefois s'avérer sous-évalué, le SCT n'étant pas soumis à une procédure de déclaration obligatoire.

¹ Proposition de loi n° 1158 déposée par les députés Laurent Panifous, Jean-Louis Bricout, Benjamin Saint-Huile, David Taupiac, Bertrand Pancher, Jean-Félix Acquaviva, Nathalie Bassire, Michel Castellani, Paul-André Colombani, Béatrice Descamps, Stéphane Lenormand, Max Mathiasin, Paul Molac, Christophe Naegelen, Estelle Youssouffa.

Ce syndrome est causé par la TSST-1, une toxine bactérienne produite par un staphylocoque (*Staphylococcus aureus*), qui, libérée dans le sang, peut générer une infection. Si les premiers symptômes demeurent bénins (fièvre, vomissements, éruptions cutanée, etc.), le SCT menstruel peut aussi conduire à des défaillances d'organes (rein, cerveau, foie) et à des décès. Une étude publiée le 10 mars 2020 dans *eClinicalMedicine*¹ tend à démontrer que le port de tampons pendant plus de six heures ou la nuit est associé à un risque accru de SCT menstruel.

En outre, la précarité menstruelle interagit étroitement avec la santé environnementale. D'une part, la composition des protections hygiéniques à usage unique inclut de nombreuses substances considérées comme toxiques ou dangereuses : polyéthylène, bisphénol ou glyphosate, sont autant de composants que l'on peut y retrouver. D'autre part, les protections menstruelles à usage unique génèrent un volume colossal de déchets. Selon un rapport de Zero Waste France, les protections hygiéniques représentent 0,2 % des déchets ménagers en Europe, soit 590 000 tonnes jetées².

2. Un enjeu de solidarité et d'égalité

L'achat de protections menstruelles à usage unique représente un coût d'environ 10 euros par mois. En revanche, l'acquisition de protections réutilisables est beaucoup plus onéreuse, puisqu'une culotte menstruelle coûte en moyenne 25 euros³. Ces dépenses de première nécessité peuvent donc représenter une difficulté certaine pour des personnes en situation de précarité financière. L'inflation a aiguisé ces difficultés, le prix des produits d'hygiène ayant augmenté d'environ 10 % en un an.

Les inégalités de genre et la pauvreté sont des facteurs aggravants de la précarité menstruelle. Les jeunes adultes étant particulièrement confrontés à la vulnérabilité économique⁴, ils sont l'une des deux populations ciblées par la présente mesure, avec les bénéficiaires de la complémentaire santé solidarité (C2S).

¹ *eClinicalMedicine*, Association of characteristics of tampon use with menstrual toxic shock syndrome in France, Amaury Billon, Marie-Paule Gustin, Anne Tristan, Thomas Bénet, Julien Berthiller, Claude Alexandre Gustave, Philippe Vanhems et Gerard Lina, mars 2020.

² Zero Waste France, Les coûts environnementaux et économiques des protections menstruelles, couches pour bébé et lingettes à usage unique, enquête sur l'impact de ces produits à usage unique en Europe, novembre 2019

³ Les protections périodiques menstruelles sont les culottes menstruelles, les serviettes hygiéniques lavables et les coupes menstruelles.

⁴ Selon une enquête de la Drees, 1,4 million de jeunes de 18 à 25 ans vivaient sous le seuil de pauvreté en 2014, soit 26 % d'entre eux, Mesurer le niveau de vie et la pauvreté des jeunes adultes de 18 à 24 ans, Les dossiers de la Drees, n° 106, 10 février 2023.

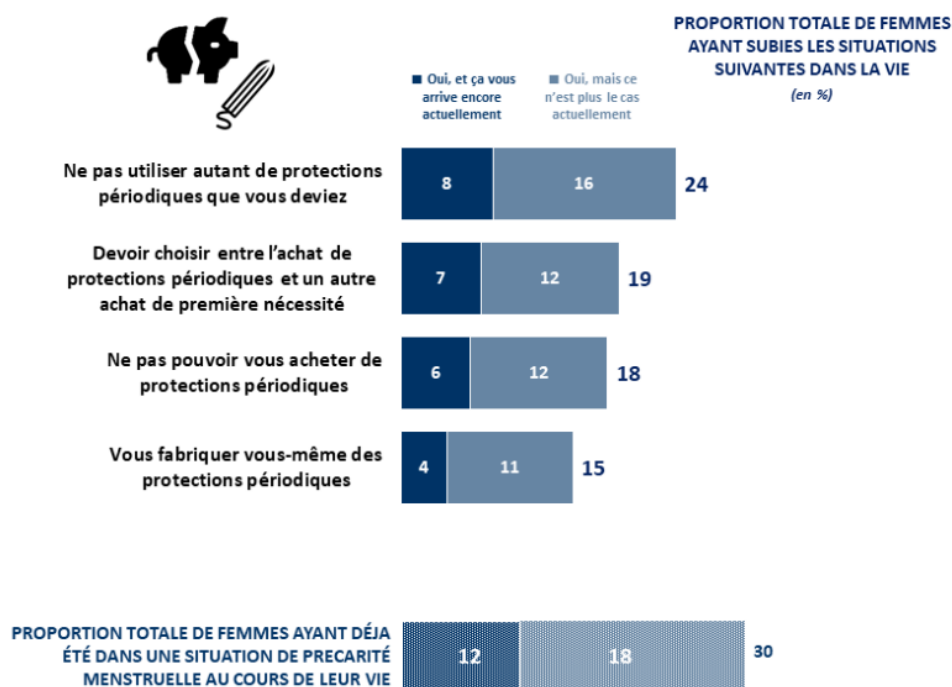
La complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire (CS2) est une aide qui permet aux personnes ne disposant que de ressources limitées de couvrir leurs dépenses de santé. Le plafond de ressources mensuel de la C2S sans participation financière s'élève à 810 euros par mois pour une personne seule et à 1 093 euros par mois pour la C2S avec participation financière¹. Depuis le 1^{er} janvier 2022, les personnes bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) bénéficient automatiquement de la C2S.

Selon une enquête de la Fédération des associations générales étudiantes (FAGE²), en février 2021, **un tiers des étudiantes déclaraient avoir besoin d'une aide financière pour acheter des protections périodiques**, et 13 % d'entre elles avaient déjà eu à choisir entre acheter des protections périodiques ou un autre produit de première nécessité. L'association Dons Solidaires estime également à un tiers la proportion de personnes menstruées ayant déjà eu à manquer de protections périodiques faute de moyens financiers, soit 4 millions de personnes.

Question : Dans votre vie, vous est-il déjà arrivé par manque d'argent de... ?

Base : femmes ayant déjà eu leurs règles



Source : Étude Ifop pour Eve and Co sur la précarité menstruelle, réalisée par questionnaire auto-administré du 18 au 19 mars 2021 auprès d'un échantillon de 1 009 femmes, représentatif de la population féminine française âgée de 15 à 49 ans résidant en France métropolitaine

¹ Plafonds de ressources applicables au 1^{er} avril 2023 en métropole.

² Étude réalisée auprès de 6 500 étudiantes âgées de 18 à 25 ans.

En février 2021, le Gouvernement avait annoncé le déploiement de distributeurs de protections hygiéniques gratuites dans toutes les résidences universitaires du Crous et sur les campus universitaires à partir de la rentrée de septembre 2021. Ce déploiement ne semble pas avoir été effectif, même si des distributeurs ont pu être installés localement, sous l'impulsion de certaines collectivités. C'est le cas notamment à Paris, la ville ayant œuvré au déploiement de ces distributeurs gratuits dans 114 collèges parisiens, ou dans l'Essonne, où le conseil départemental a porté un projet identique dans l'ensemble des collèges publics du département.

B. La création d'un dispositif ad hoc de prise en charge et de référencement

1. Un modèle de prise en charge spécifique pour les protections menstruelles ne pouvant figurer sur la LPP

Conformément à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, le remboursement des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de services et d'adaptation associées, est subordonné à leur inscription sur la liste des produits et prestations (LPP) remboursables.

Or les protections périodiques réutilisables ne sont pas considérées comme des dispositifs médicaux ni comme des produits de santé au titre de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence, elles ne peuvent être inscrites sur la LPP, qui requiert en outre un avis préalable de la Haute Autorité de santé (HAS). C'est ce qui justifie un modèle spécifique de prise en charge.

L'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale fixe un principe général de prise en charge par l'assurance maladie de divers actes et prestations, au titre de la protection sociale contre le risque et les conséquences de la maladie. Il détermine la liste de ces actes et prestations en huit alinéas, qui incluent notamment la couverture des frais de médecine générale et spéciale, de soins et de prothèses dentaires, de médicaments et d'appareils, d'examens de biologie médicale, ou des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins.

La liste fixée par l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale est donc complétée d'un alinéa pour y inscrire le principe d'une couverture des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables pour les personnes assurées de moins de 26 ans ou bénéficiaires de la C2S.

Une prise en charge intégrale est garantie pour les bénéficiaires de la C2S visés à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. En revanche, une participation à hauteur de 40 % est prévue pour les personnes assurées de moins de 26 ans. Cette participation est permise par la modification de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, qui mentionne les conditions de participation des assurés sociaux à la prise en charge de certaines prestations.

L'ajout de la référence aux protections périodiques réutilisables au premier alinéa de cet article, par renvoi au dernier alinéa de l'article L. 160-8 précité, permet que soit appliqué un ticket modérateur dont le coût peut éventuellement être pris en charge par des organismes complémentaires. Cette faculté de prise en charge par les organismes complémentaires est mentionnée à l'article L. 871-1 du même code, dont le troisième alinéa est modifié¹.

Ces conditions de prise en charge sont dupliquées pour les assurés relevant de la caisse de sécurité sociale de Mayotte : tel est l'objet des deux derniers alinéas du présent article, qui complètent le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. En effet, l'article 19 de cette ordonnance crée dans la collectivité territoriale de Mayotte un régime d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, géré par la caisse de sécurité sociale de Mayotte. L'article 20-1 qui se trouve modifié correspond, pour le régime mahorais, à l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale (*cf. supra*).

Estimation de l'impact financier de la mesure

L'impact financier global a été chiffré en s'appuyant sur les données démographiques de l'Insee, pour estimer le nombre de personnes réglées de moins de 26 ans (5,1 millions) et sur le nombre de femmes de 26 à 59 ans bénéficiaires de la C2S (1,6 million). La population ciblée s'élèverait selon ces calculs à 6,7 millions de personnes en 2024.

L'hypothèse retenue par le Gouvernement est un recours à 95 % à des culottes menstruelles et à 5 % à des coupes menstruelles, sur la base d'un sondage Ifop et des habitudes de consommation². La mesure prévoit la prise en charge d'un pack de trois culottes ou de deux *cups*, puis le renouvellement d'une culotte par an ou le remboursement d'une *cup* par an.

¹ Alinéa 17 du présent article.

² D'après ce sondage, 60 % des personnes interrogées sont disposées à utiliser très certainement des culottes de règles. L'hypothèse tarifaire moyenne retenue à titre indicatif est 19,60 euros pour une coupe menstruelle et 30 euros pour une culotte de règles. Les conditions tarifaires précises seront déterminées ultérieurement par voie réglementaire.

Le coût de cette mesure est évalué à **94 millions d'euros pour 2024**¹, avec une entrée en vigueur prévue le 1^{er} septembre 2024. Ce chiffrage tient compte d'un important coût initial d'équipement de la population ciblée et de l'effet d'annonce de la mesure, qui expliquent le coût relativement significatif sur 2024. Le Gouvernement estime que les coûts prévisionnels suivants pèseront sur la branche maladie jusqu'en 2027 :

2024	2025	2026	2027
93,7 millions €	97,2 millions €	53,5 millions €	55,8 millions €

Il conviendra de suivre l'impact financier réel de la mesure pour apprécier plus finement les prévisions sur les années suivantes.

2. Un système de référencement et de remboursement strictement encadré

Au sein du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, le chapitre II du titre VI² est complété d'une nouvelle section 13, intitulée « *Protections périodiques réutilisables* ». Cette section 13, composée des trois articles ci-après mentionnés, est insérée après la section 12 « *Prise en charge de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue* ».

Les articles L. 162-59, L. 162-60 et L. 162-61 prévoient respectivement :

- la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des produits de protections périodiques réutilisables sous réserve de leur inscription sur une liste arrêtée par le ministre de la santé ;

- la fixation, par arrêté, d'un tarif servant de base au calcul des prestations ainsi que le prix maximal de vente au public ;

- la possibilité pour le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) de faire procéder à des contrôles portant sur le respect des spécifications techniques et des normes relatives à la composition des produits prévues par la réglementation.

¹ Taux de recours de 26,5% sur une population de 6,7 millions de personnes, à hauteur de 3 culottes menstruelles pour 95 % d'entre elles et de deux cups pour les 5 % restants.

² Livre I^{er} : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base ; Titre VI : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales – Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins et à la prévention.

L'**article L. 162-59** du code de la sécurité sociale définit les conditions dans lesquelles l'inscription sur la liste ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie est organisée. La demande de référencement est initiée par l'exploitant. Le référencement répond à des critères tels que le respect de spécifications techniques, de normes relatives à la composition des produits, à leur qualité, à leurs modalités de distribution et, le cas échéant, à des critères tarifaires eu égard à l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie.

Ce dispositif de référencement et d'inscription sur une liste *ad hoc* ouvrant droit à remboursement s'inspire du processus conduisant à l'inscription sur la LPP décrit à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Pour mémoire, cet article prévoit que « *l'inscription sur la liste [...] peut également être subordonnée, [...] à une procédure de référencement visant à sélectionner les produits et, le cas échéant, les prestations associées pris en charge, selon des critères fondés sur le respect de spécifications techniques, sur la qualité des produits et prestations, sur le volume des produits et prestations nécessaires pour garantir un approvisionnement suffisant du marché ainsi que sur l'intérêt des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie* ». Le dispositif prévu pour les protections périodiques réutilisables est néanmoins plus souple, puisque la loi n'exige pas un avis préalable de la HAS ou d'une autre autorité sanitaire indépendante.

Un décret en Conseil d'État, qui devrait intervenir au cours du premier semestre 2024, déterminera les catégories de produits susceptibles d'être inscrites sur la liste, les modalités de leur référencement et le nombre maximal de produits pouvant être délivré aux assurés.

Ensuite, l'**article L. 162-60** du code de la sécurité sociale prévoit qu'un arrêté fixera le tarif servant de base au calcul des prestations inscrites au dernier alinéa de l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, soit des frais relatifs aux protections périodiques réutilisables, ainsi que le prix maximal de vente au public, ce dernier incluant les marges des produits et les taxes en vigueur¹.

Enfin, selon l'**article L. 162-61** du même code, le respect des spécifications techniques et des normes relatives à la composition des produits peut faire l'objet de contrôles à tout moment par les services de la Cnam. Ces contrôles sont susceptibles de donner lieu à une procédure contradictoire qui peut elle-même déboucher sur une pénalité financière infligée à l'exploitant, si celui-ci ne se met pas en conformité avec le cahier des charges réglementaire.

¹ Article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

Cet article crée une procédure de contrôle parallèle identique à celle existant pour les produits et prestations inscrits sur la LPP, prévue à l'article L. 165-5-1-1 du code de la sécurité sociale. Un renvoi est ainsi opéré aux II à IV de cet article, afin de faire bénéficier les protections périodiques réutilisables du même dispositif de contrôle. En cas d'infraction aux spécifications techniques fixées par la réglementation, après que l'exploitant ait été mis en mesure de présenter ses observations, le ministre de la santé peut décider de prendre toute mesure qu'il juge utile. Il peut, le cas échéant, mettre l'exploitant en demeure de rembourser une somme correspondant à un indu pris en charge par l'assurance maladie. Selon la gravité des faits reprochés à l'exploitant, le directeur de la Cnam peut prononcer une pénalité financière, d'un montant n'excédant pas 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'exploitant au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu :

- deux amendements du groupe Écologiste-Nupes, l'un visant à inclure parmi les bénéficiaires de la mesure les hommes transgenres et personnes non-binaires et LGBTQ+, en substituant aux termes « *les assurées* » les termes de « *personnes assurées ayant leurs menstruations* » ; l'autre ayant pour objet de renforcer les conditions préalables au référencement des protections périodiques, en veillant au respect de normes relatives à la non-toxicité des produits pour la santé et l'environnement ;

- trois amendements identiques (groupes Socialiste-Nupes, Renaissance et MoDem et Indépendants) supprimant un alinéa qui conduisait à introduire un caractère facultatif pour la prise en charge des frais relatifs aux actes et traitements liés à la préservation de la fertilité et à l'assistance médicale à la procréation, pour les personnes non atteintes d'une pathologie « altérant leur fertilité ».

Le Gouvernement a par ailleurs intégré quatre amendements rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission se satisfait de la prise en compte de la santé menstruelle par la solidarité nationale. Elle regrette néanmoins le retard pris par le Gouvernement sur des mesures déjà annoncées depuis plus de deux ans s'agissant du déploiement de distributeurs de protections périodiques gratuites dans les campus universitaires, qui n'ont fait l'objet que d'une mise en œuvre partielle. De l'aveu même du Gouvernement, compte tenu des textes réglementaires d'application à publier, cette nouvelle mesure ne pourra pas être effective avant le 1^{er} septembre 2024.

Par ailleurs, la commission considère qu'une communication renforcée pourrait accompagner la promotion de l'usage des coupes menstruelles qui, en tant que dispositifs intra-utérins, peuvent conduire à des syndromes du choc toxique au même titre que les tampons.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 20

Mise en œuvre des rendez-vous de prévention

Cet article donne compétence au ministre de la santé pour fixer par arrêté les conditions essentielles relatives à la mise en œuvre des rendez-vous de prévention créés par la loi de financement de la sécurité sociale de 2023, en particulier la liste des professionnels habilités à les réaliser, les tarifs et les conditions de facturation de ces rendez-vous.

La commission propose d'adopter cet article modifié par deux amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. La mise en œuvre des rendez-vous de prévention : une mesure toujours attendue

1. Un virage de la prévention annoncé en LFSS de 2023...

L'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique a été créé par la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023. Cet article, relatif aux rendez-vous de prévention dont bénéficient les assurés sociaux à certains âges de la vie, prévoit que « *Ces rendez-vous de prévention peuvent donner lieu à des consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention. Ces rendez-vous de prévention doivent aussi être le lieu de repérage des violences sexistes et sexuelles et des risques liés à la situation de proche aidant.* ».

Mesure symbole du virage de la prévention que le Gouvernement annonçait comme une priorité du nouveau ministère de la santé et de la prévention, ces rendez-vous prévus à trois âges clés de la vie (20-25 ans, 40-45 ans, 60-65 ans) doivent contribuer à l'amélioration générale de l'état de santé de la population, c'est-à-dire à la baisse de la morbidité et de la mortalité évitable¹, par la prévention des comportements à risque, des maladies non transmissibles et par la promotion d'actions de dépistage de certaines pathologies ou de facteurs de risque et l'amélioration de la couverture vaccinale. Le tableau ci-après rappelle les principaux objectifs associés aux rendez-vous de chaque tranche d'âge.

Dans la perspective du déploiement des rendez-vous de prévention, la direction générale de la santé a saisi en novembre 2022 le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), qui a formulé cinquante-quatre recommandations dans un avis diffusé en mars 2023. Dans cet avis², le HCSP recommande notamment d'élargir la tranche des 20-25 ans aux 18-25 ans, pour débiter la prévention des addictions et le repérage de troubles mentaux précocement, de décaler la tranche d'âge de 40-45 ans à 45-50 ans, et de créer une tranche d'âge à 70-75 ans pour anticiper les risques de dépendance et d'isolement.

Âges clés	Mesure
20-25 ans	Conservation de la consultation santé sexuelle préexistante Création d'un cadre juridique pour une consultation prévention des cancers et des addictions
40-45 ans	Création d'un cadre juridique pour le rendez-vous intégrant une évaluation préalable des facteurs de risques métaboliques et, le cas échéant, une consultation de prévention des maladies chroniques
60-65 ans	Création d'un cadre juridique pour pérenniser les rendez-vous de prévention jeunes retraités, priorisant ceux en situation de vulnérabilité et déjà déployés par les caisses d'assurance maladie et retraite afin de prévenir la perte d'autonomie selon une approche globale des grandes capacités fonctionnelles (mesure phare de la stratégie « Vieillir en bonne santé » pour prévenir la fragilité et la perte d'autonomie)

Source : Étude d'impact du Gouvernement pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale de 2023

¹ Selon une étude de la Drees publiée en 2022, État de santé de la France, 36 % de la mortalité prématurée était évitable en 2017.

² Avis relatif au déploiement des rendez-vous prévention prévus par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, Haut Conseil de la Santé Publique, 20 mars 2023.

2. ... dont la mise en œuvre a été différée

Outre la création de l'article L. 1411-6-2 précité, la LFSS de 2023 a également modifié l'article L. 1411-7 du code de la santé publique pour prévoir que le ministre de la santé fixe par arrêté le nombre et la périodicité de ces rendez-vous de prévention. De même, l'article L. 1411-8 du code de la santé publique modifié par la LFSS de 2023 indique que tout professionnel de santé peut concourir à la réalisation de ces rendez-vous de prévention.

Or, on ne peut que constater qu'aucune disposition d'application de la loi n'a été prise depuis l'entrée en vigueur de la LFSS de 2023, qu'il s'agisse du nombre et de la périodicité des rendez-vous ou des professionnels compétents pour les réaliser.

Même si le Gouvernement précise dans l'étude d'impact associée à cette mesure que des concertations se sont déroulées en 2023, associant les différentes parties prenantes du système de santé pour définir le contenu et le déroulé de ces rendez-vous, notamment des représentants des professionnels de santé et des citoyens, aucun texte réglementaire n'a donc été publié depuis douze mois.

Pourtant, si l'on s'en réfère à l'étude d'impact du Gouvernement produite à l'occasion de l'examen du projet de LFSS pour 2023, des premières hypothèses semblaient avoir déjà été établies. Cette étude indiquait alors que le coût de la consultation pour la tranche des 20-25 ans était calculé sur la base du tarif d'une consultation complexe chez un spécialiste soit 46 euros, tandis que le tarif retenu pour les rendez-vous des 40-45 ans et des 60-65 ans était calculé à partir du tarif d'une consultation chez un médecin généraliste soit 25 euros.

Le coût total estimé de cette mesure augmentait progressivement sur trois années pour s'établir à 9,6 millions d'euros en 2023, à 19,2 millions d'euros en 2024 et à 28,9 millions d'euros en 2025.

B. Une dérogation aux règles de la négociation conventionnelle avec l'assurance maladie

En premier lieu, le présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifie l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique relatif aux rendez-vous de prévention pour y inscrire la notion de télésoin. À ce jour, la loi prévoit qu'en cas d'impossibilité pour l'assuré de se rendre physiquement à un rendez-vous de prévention, il pourra être recouru à la télémedecine pour faciliter l'accès à ces rendez-vous. L'ajout de la notion de télésoin, juxtaposée à celle de télémedecine, permet de couvrir les situations dans lesquelles le rendez-vous ne sera pas assuré par un médecin mais par tout autre professionnel de santé habilité¹.

¹ La télémedecine ne couvre que les situations dans lesquelles le professionnel impliqué est un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste. La notion de télésoin permet d'inclure les pharmaciens et les auxiliaires médicaux.

En deuxième lieu, un nouvel article L. 162-38-1 serait créé dans le code de la sécurité sociale. Il complète la section 8 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} de la partie législative de ce code et prévoit que sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé :

- la liste des professionnels de santé habilités à réaliser les rendez-vous de prévention ;
- le montant des tarifs de ces rendez-vous de prévention ;
- les conditions de facturation de ces rendez-vous et des actes ou prestations complémentaires éventuellement réalisés à l'occasion de ces rendez-vous.

Ce faisant, cet article L. 162-38-1 déroge à trois dispositions importantes du code de la sécurité sociale régissant les relations des professionnels de santé avec l'assurance maladie :

- l'article L. 162-1-7, qui fixe le principe du remboursement ou de la prise en charge par l'assurance maladie des actes et prestations inscrits sur la liste des actes et prestations (LAP), et qui détermine la procédure d'inscription sur cette liste ;

- l'article L. 162-14-1, qui mentionne les conventions nationales régissant les relations entre l'assurance maladie et, notamment, les médecins, les chirurgiens-dentistes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes¹ ;

- l'article L. 162-16-1, relatif à l'organisation des rapports entre les organismes d'assurance maladie et les pharmaciens titulaires d'officine par une convention nationale conclue pour une durée maximale de cinq ans.

La négociation conventionnelle

La négociation conventionnelle est un principe fondateur et structurant du système de santé français, qui organise les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux. Des conventions nationales sont ainsi conclues pour une durée maximale de 5 ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et chacune des professions de santé libérales.

Ce modèle permet de conjuguer la socialisation du risque santé avec le caractère libéral de l'exercice des professions de santé, en régulant notamment les pratiques et les tarifs, donc les dépenses de l'assurance maladie.

Si la fixation des tarifs des actes et prestations est au cœur de la négociation conventionnelle, la réforme de 2004 a étendu son champ à de nouvelles thématiques, relatives à la régulation de l'offre de soins et à des questions de santé publique.

¹ Ces conventions relèvent respectivement des articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9 mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Le deuxième alinéa de l'article L. 162-14-1 se réfère par ailleurs aux accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions, qui peuvent être conclues avec l'assurance maladie.

Le Gouvernement justifie le recours à un arrêté ministériel et la dérogation au champ de la négociation conventionnelle par la complexité que représente l'organisation de telles négociations pour une mesure ayant vocation à concerner une diversité de professions de santé. Non seulement ces négociations pourraient ne pas aboutir ou aboutir selon des calendriers différents, mais elles conduiraient nécessairement à retarder la mise en œuvre de ces rendez-vous¹.

Pourtant, il conviendra de noter que lors de l'examen du projet de LFSS pour 2023, le Gouvernement n'avait pas indiqué qu'il entendrait fixer ne serait-ce que les tarifs et les conditions de facturation par arrêté ministériel, alors même que l'argument de la complexité aurait pu logiquement être avancé dès la création de la mesure.

Au moment où débute l'instruction de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, après plusieurs mois d'interruption du dialogue entre l'assurance maladie et les représentants des médecins libéraux et la mise en œuvre d'un règlement arbitral depuis le 1^{er} mai 2023, la reprise des négociations conventionnelles à l'automne a été confirmée.

Dans l'étude d'impact associée à cette mesure du PLFSS de 2024, le Gouvernement présente les hypothèses suivantes : le coût de la mise en œuvre des rendez-vous de prévention est évalué à partir d'un tarif unique de consultation fixé à 30 euros quelle que soit la tranche d'âge et quelle que soit la qualité du professionnel effecteur.

Sur la base d'un taux de recours prévisionnel de 10 % par tranche d'âge la première année et de 15 % par tranche d'âge les années suivantes, le Gouvernement présente un coût de 7,6 millions d'euros en 2024 et de 11,4 millions d'euros à partir de 2025. Ce coût est donc nettement diminué par rapport aux hypothèses de la LFSS de 2023.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a intégré un amendement déposé à son initiative, consistant à modifier les tranches d'âges ciblées par les rendez-vous de prévention, pour tenir compte de l'avis du HCSP rendu au mois de mars 2023.

¹ « Face à la complexité de négocier le contenu et la tarification de ces rendez-vous au sein de chaque convention liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux, il est proposé de recourir à la loi afin de préciser les modalités de rémunération et les conditions de réalisation de ces rendez-vous au regard à la fois de la volonté de pouvoir les déployer rapidement », *Étude d'impact du Gouvernement pour le PLFSS 2024*.

Plus précisément, cet amendement modifie les cibles de la façon suivante : 18-25 ans au lieu de 20-25 ans, 45-50 ans au lieu de 40-45 ans, maintien de la tranche 60-65 ans et ajout d'une tranche 70-75 ans. Ces modifications font l'objet d'un I bis.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission s'est étonnée de la méthode consistant à modifier les dispositions législatives par lesquelles les rendez-vous de prévention ont été créés, un an après la précédente LFSS, non pas pour étoffer et compléter le dispositif, mais uniquement pour confier de façon unilatérale au seul ministre de la santé la fixation des conditions essentielles de leur mise en œuvre.

Le Gouvernement n'ayant à aucun moment indiqué son intention de déroger au principe de la négociation conventionnelle qui régit les relations de l'assurance maladie avec les professionnels de santé libéraux, l'argument de la complexité et de la lourdeur des négociations à mener a laissé la commission septique et dubitative sur le fond.

Cette méthode semble répondre à une impréparation du Gouvernement, voire relever de l'improvisation sur le fond, sans exclure l'opportunisme pragmatique qu'elle traduit, permettant au ministre de la santé de s'exonérer d'une discussion qui pourrait s'avérer épineuse.

D'autant que sur le fond de la mesure, la commission a relevé que l'avis du HCSP rendu en mars 2023 comportait de nombreuses recommandations qui auraient pu justifier de nouvelles évolutions législatives, par exemple :

« - Recommandation 28 - Encourager le recours à des structures d'exercice coordonné pour la réalisation des rendez-vous prévention (CPTS, maisons de santé).

« - Recommandation 29 - Organiser les rendez-vous prévention avec le médecin traitant de la personne ou informer le médecin traitant de la personne si le rendez-vous est réalisé par un autre professionnel, sauf opposition de la personne.

« - Recommandation 36 - Mettre en place une validation en matière de formation, qualification, certification des professionnels en charge des rendez-vous prévention, en particulier dans le champ de la prévention/promotion de la santé. »

Si la commission admet la nécessité de déployer ces rendez-vous de prévention rapidement, elle ne se résout pas à une solution imposée et contraire à la règle de la négociation conventionnelle.

C'est pourquoi elle a adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un amendement n° 251 aux termes duquel les **conventions conclues** entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels **déterminent au plus tard le 1^{er} janvier 2026**, pour chaque profession, **les tarifs des rendez-vous de prévention et leurs conditions de facturation**.

En outre, sur la base de l'une des recommandations du HCSP, la commission a adopté un amendement n° 250 afin de **garantir que l'organisation des rendez-vous de prévention soit réalisée en coordination avec le médecin traitant**, pour assurer la cohérence globale du parcours de l'utilisateur.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les deux amendements qu'elle a adoptés.

Article 20 bis (nouveau)

Modification de certaines règles relatives au régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle

Cet article, introduit par l'adoption de trois amendements identiques des groupes Renaissance et Écologiste-Nupes, prévoit de modifier les règles relatives au fonctionnement du régime local d'assurance maladie dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, en étendant le champ de ses bénéficiaires et en augmentant le montant du financement d'actions de prévention en santé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle : un héritage historique

L'existence d'un régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle (départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle) est un héritage historique des lois de Bismarck et du rattachement de ces territoires à l'empire allemand entre 1871 et 1918. L'application de ce régime a été maintenue après 1918¹ et après la création de la sécurité sociale. L'ordonnance du 4 octobre 1945 créant la sécurité sociale prévoyait en effet un ticket modérateur de 20 % sur les dépenses de soins, soit un régime moins favorable que celui alors en vigueur en Alsace-Moselle. C'est ce qui a conduit à la pérennisation du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle par une loi du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social².

¹ Article 3 de la loi du 17 octobre 1919 relative au régime transitoire de l'Alsace et de la Lorraine.

² Article L. 181-1 du code de la sécurité sociale.

Ce régime local obligatoire, complémentaire du régime général, garantit à ses assurés un niveau de socialisation de la dépense élevé. Ainsi, il assure la prise en charge de tout ou partie du ticket modérateur de ville et de la totalité du ticket modérateur hospitalier ainsi que du forfait hospitalier¹.

Pour son fonctionnement, il s'appuie sur les institutions du régime général, en particulier les caisses primaires d'assurance maladie (Cpam), la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acosse) et les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

La population des assurés de ce régime spécifique couvre un peu plus de 2 millions de personnes², qui se répartissent pour l'essentiel entre l'une des trois catégories suivantes :

- les salariés travaillant pour une entreprise dans l'un des trois départements concernés, quelle que soit la situation du siège social, à l'exclusion des fonctionnaires et agents titulaires de la fonction publique qui ne sont pas concernés ;

- les chômeurs, préretraités et titulaires d'une pension d'invalidité, préalablement affiliés au régime local et résidents français ;

- les retraités, sous ces mêmes critères de résidence et sous certaines conditions définies par la réglementation³.

CPAM	Nombre de bénéficiaires du Régime Local	% de la population du Régime Général	salariés	ayants-droit	Retraités et invalides
Moselle	595 119	60%	52%	24%	24%
Bas-Rhin	800 754	70%	55%	23%	22%
Haut-Rhin	480 108	64%	52%	24%	24%
Alsace-Moselle	1 875 981	66%	53%	24%	23%
France (estimation)	2 029 724		53%	23%	24%

Source : Rapport d'activité 2022 du régime local d'assurance maladie

¹ Le rapport d'activité 2022 du régime local indique « Après le remboursement du Régime général (environ 70 %) et du Régime Local (23 %), il ne reste que 7 % de la base de remboursement à la charge de l'assuré. »

² Donnée au 1^{er} janvier 2023. Parmi les bénéficiaires, 77 % sont des assurés et 23 % des ayants droits.

³ Notamment, être affilié au régime général et justifier d'une durée d'affiliation au régime local de cinq à quinze ans selon les cas.

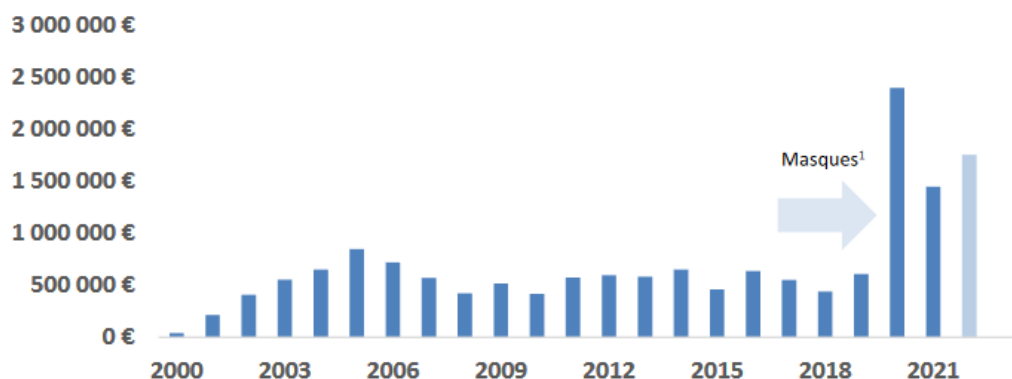
En 2022, le résultat d'exploitation¹ de ce régime local d'assurance maladie présente un excédent de 19,3 millions d'euros, soit un résultat en baisse de plus de deux tiers par rapport à l'année précédente (près de 43 millions d'euros). La baisse du taux de cotisation de 1,5 % à 1,3 % depuis le 1^{er} avril 2022 explique en partie cette dégradation du solde. Les cotisations perçues restent néanmoins supérieures au remboursement des prestations.

Le régime local d'assurance maladie investit dans la prévention en santé depuis la fin des années 1990. En effet, la loi du 14 avril 1998 relative au régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle a créé l'article L. 325-2 du code de la sécurité sociale, prévoyant que le conseil d'administration peut décider d'affecter les excédents éventuels correspondant à la différence entre les dépenses et les recettes à diverses actions de prévention en santé. Le conseil d'administration a donc développé une politique de prévention depuis plus de vingt ans, en priorisant des actions visant à lutter contre les problématiques de santé publique les plus prégnantes sur le territoire, notamment la prévention des maladies cardio-vasculaires (deuxième cause de mortalité en Alsace-Moselle) et des cancers (première cause de mortalité).

En 2022, cinquante-cinq actions de prévention ont été financées pour un montant total de 1 754 650,07 euros. Il peut s'agir de manifestations collectives d'information et de sensibilisation ou d'actions de dépistage, qui se déroulent en milieu professionnel, scolaire ou dans des centres de santé.

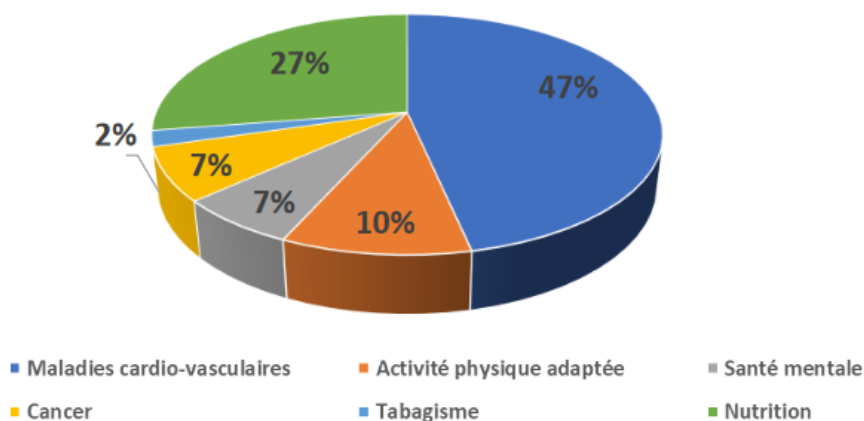
¹ Il s'agit de la différence entre les cotisations perçues et les prestations remboursées et dépenses courantes.

Evolution des financements prévention



1 - Contribution à la distribution de masques à la population d'Alsace Moselle pendant la crise sanitaire

Répartition des subventions prévention par thème



Source : Rapport d'activité 2022 du régime local d'assurance maladie

B. Une modification des règles relatives au fonctionnement du régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

Le présent article est issu de trois amendements identiques des groupes Renaissance et Écologistes-Nupes, retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution. Il procède à deux modifications des dispositions particulières du code de la sécurité sociale relatives aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle en matière de régime d'assurance maladie.

1. L'extension du champ des bénéficiaires du régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle

L'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale énumère dans son II la liste des assurés sociaux du régime général des salariés qui bénéficient du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire mentionné au I du même article.

Le II définit onze catégories de bénéficiaires de ce régime local (1° à 11°) et mentionne actuellement dans son 2° que le présent article modifie :

« 2° Maîtres contractuels et agréés des établissements d'enseignement privé sous contrat, agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics administratifs, agents contractuels de La Poste et de France Télécom, agents non titulaires des collectivités territoriales et des établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, qui exercent leur activité dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin ou de la Moselle ; »

Le 1° du présent article complète donc les dispositions du 2° ci-dessus pour **étendre la liste des bénéficiaires du régime local** d'assurance maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle, aux *« fonctionnaires territoriaux occupant un ou plusieurs emplois permanents à temps non complet¹ »* non affiliés à la caisse nationale de retraite des collectivités locales (CNRACL)² mais affiliés au régime général d'assurance vieillesse du code de la sécurité sociale et au régime de retraite complémentaire dénommé Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques³.

Ces fonctionnaires territoriaux seraient, dans les faits, déjà affiliés au régime local d'Alsace-Moselle⁴. Il s'agirait sur ce point de régulariser le droit pour le mettre en conformité avec la pratique.

¹ Articles L. 613-1 à L. 613-7 du code général de la fonction publique, relatifs aux emplois permanents à temps non complet de la fonction publique territoriale.

² Pour être affilié à la CNRACL, les fonctionnaires territoriaux occupant un emploi à temps non complet doivent effectuer une durée de service au minimum égale à la moitié de la durée légale du travail des fonctionnaires territoriaux à temps complet.

³ Article L. 613-6 du code général de la fonction publique et article L. 921-2-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Exposé des motifs de l'amendement n° 3356 du groupe Écologiste-Nupes qui mentionne l'objectif suivant : « permettre à tous les agents titulaires qui exercent un emploi à temps non complet de moins de 28 heures par semaine auprès des collectivités territoriales du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle d'être affiliés au régime local d'assurance maladie, ce qui est déjà le cas dans les faits (la cotisation est prélevée sur leurs traitements, les droits sont ouverts en CPAM et ils sont maintenus lors du passage à la retraite) mais pas dans le droit. »

2. L'augmentation du plafond de dépenses affectées au financement de certaines actions de prévention en santé publique

L'article L. 325-2 du code de la sécurité sociale prévoit que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire effectif dans les trois départements susmentionnés est administré par un conseil d'administration, qui établit chaque année un état prévisionnel des dépenses et des recettes. Il peut, à la clôture de l'exercice, décider d'affecter une somme représentant jusqu'à 0,5 % des dépenses de prestations de l'exercice au financement « *des actions expérimentales relatives aux filières et réseaux de soins* » ou « *des programmes de santé publique développés dans le Bas-Rhin, le Haut-Rhin et la Moselle* ».

Le 2° du présent article propose de modifier le deuxième alinéa du I de l'article L. 325-2 précité pour relever le plafond de la somme susceptible d'être allouée au financement d'actions de prévention en santé publique de 0,5 %¹ à 3 %. Sur la base du budget consacré aux actions de prévention en 2022, le nouveau plafond pourrait dépasser les 10 millions d'euros.

II - La position de la commission

La commission a pris acte de ce nouvel article introduit par amendement à l'Assemblée Nationale. Si la possibilité d'affecter une somme plus importante au financement d'actions de prévention en santé n'appelle pas de remarque de sa part, elle s'interroge sur l'extension du champ des bénéficiaires du régime local d'assurance maladie en Alsace-Moselle, affiché comme une régularisation du droit au regard de l'effectivité des pratiques. Ne disposant pas des éléments utiles pour apprécier la portée réelle de cette mesure, elle a déploré le défaut d'éclaircissements qu'aurait pu utilement apporter le Gouvernement, auteur d'un amendement identique, s'il l'avait inclus dans le texte initial et accompagné d'une étude d'impact.

Par ailleurs, cet article n'ayant pas pour effet de modifier l'équilibre financier des régimes obligatoires de base ou les dépenses des organismes concourant à leur financement qui affectent directement l'équilibre financier de ces régimes, conformément à l'article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale, la commission a relevé que cet article était susceptible d'être censuré par le Conseil constitutionnel. En effet, le régime local d'assurance maladie des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ne figure pas parmi les régimes obligatoires de base mentionnés à l'annexe 1 du PLFSS, au titre de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Cette somme représente 2,3 millions d'euros en 2023.

Article 20 ter (nouveau)

Dépistage systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte

Cet article, introduit à l'Assemblée Nationale par quatre amendements identiques¹, propose de mettre en œuvre un programme de dépistage systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS).

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le cytomégalovirus : une infection qui ne fait pas l'objet d'un dépistage systématique en l'absence de recommandations des autorités sanitaires

Le cytomégalovirus (CMV) est un virus responsable d'infections le plus souvent asymptomatiques chez l'enfant, mais potentiellement graves chez la femme enceinte en raison des lésions qu'il est susceptible d'occasionner chez le fœtus². Il peut ainsi engendrer des handicaps chez l'enfant et des décès *in utero*. Cette infection materno-fœtale cause des séquelles modérées à graves chez environ 10 % des enfants nés infectés³. En France, l'infection concerne 0,43 % des nouveaux-nés soit environ 3 400 nourrissons chaque année. 13 % sont symptomatiques à la naissance, parmi lesquels 30 à 40 % présenteront des séquelles responsables d'un handicap ; 87 % sont asymptomatiques dont 13 % développeront des anomalies et garderont des séquelles⁴.

Le dépistage peut être réalisé par une analyse sanguine chez la femme enceinte, par une amniocentèse chez le fœtus et par une analyse d'urines ou de la salive chez le nouveau-né. Il n'existe toutefois aucun traitement qui puisse être administré contre ce virus, ni au stade prénatal chez la femme enceinte ni au nouveau-né.

En 2016, la direction générale de la santé a saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) d'une demande d'avis sur l'opportunité de réaliser un dépistage systématique du CMV chez la femme enceinte et le nouveau-né. Le HCSP a rendu son avis en 2018 et ne conclut pas à recommander de pratiquer un dépistage systématique de cette infection chez la femme enceinte et le nouveau-né.

¹ Parmi les quatre amendements, deux amendements ont été déposés par le groupe Renaissance, un amendement par le groupe Horizons et apparentés et un amendement par le groupe Démocrate (MoDem et Indépendants).

² Une cinquantaine de cas graves par an sont recensés selon un avis du Haut Conseil de la santé publique rendu en décembre 2018.

³ Surdité, anomalies oculaires, retards de croissance, séquelles neurologiques.

⁴ Données issues de l'avis du HCSP relatif à la prévention de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né, 18 mai 2018.

Le HCSP indique notamment qu' « aucune étude contrôlée randomisée n'a évalué l'intérêt du dépistage systématique ou ciblé des infections à CMV de la grossesse »¹. Il recommande en revanche de renforcer la prévention par la diffusion d'informations sur les mesures d'hygiène à respecter par la femme enceinte², ainsi que d'améliorer le repérage de ces infections en cas de doute, à l'occasion par exemple du dépistage néonatal de la surdité.

Le HCSP constate en effet que l'infection du CMV reste méconnue, par la population comme par les professionnels de santé. Une communication renforcée sur les mesures d'hygiène apparaît particulièrement nécessaire, dès lors que l'adoption de gestes barrières permet de réduire le risque d'infection par deux³.

Mesures d'hygiène recommandées pour prévenir l'infection par le CMV

Afin de limiter le contact avec les urines, la salive et les larmes de jeunes enfants, il est recommandé aux femmes enceintes ou en désir de grossesse, leur conjoint et leur entourage de :

- ne pas sucer la cuillère ou la tétine, et de ne pas goûter ou finir le repas des enfants de moins de 3 ans ;

- ne pas partager les affaires de toilette (gant de toilette, serviette) avec des enfants de moins de 3 ans ;

- ne pas embrasser sur la bouche ou les larmes des enfants de moins de 3 ans. Et limiter le contact buccal avec les larmes et/ou la salive des enfants de moins de 3 ans ;

- se laver soigneusement les mains à l'eau et au savon après chaque change ou contact avec les urines ou après chaque contact avec la salive (couche, pot, pyjama mouillé, jouets, repas, bain...) ou les sécrétions nasales des enfants de moins de 3 ans.

De plus, il est recommandé d'utiliser un préservatif en cas de changement de partenaire ou en cas de suspicion d'infection à CMV chez le conjoint.

Source : Avis relatif à la prévention de l'infection à cytomégalo virus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né, 18 mai 2018

¹ Avis relatif à la prévention de l'infection à cytomégalo virus chez la femme enceinte et chez le nouveau-né, 18 mai 2018.

² Le respect de certaines mesures d'hygiène permet en effet de diviser par deux l'incidence des primo-infections au cours de la grossesse.

³ Le virus se transmet notamment par les sécrétions diverses des jeunes enfants (larmes, salive, urines...), le lait maternel, les sécrétions endocervicales et le sperme.

B. La possibilité d'un dépistage systématique, sous réserve d'un avis préalable de la Haute Autorité de santé (HAS)

Le présent article propose d'indiquer dans la loi que l'État peut mettre en place, après avis de la Haute Autorité de santé, un programme de dépistage du cytomégalovirus de façon systématique chez la femme enceinte. Un décret déterminerait les modalités de mise en œuvre de ce programme. De plus, le Gouvernement remettrait au Parlement, au plus tard un an après sa mise en place, un rapport sur l'évaluation de ce programme.

Cette rédaction permet de subordonner la mise en œuvre d'un programme de dépistage chez la femme enceinte à un avis de la Haute Autorité de santé (HAS), pour valider la pertinence d'un tel dispositif. Cette précaution apparaît d'autant plus justifiée que le dernier avis du HCSP recommandait de ne pas déployer un dépistage systématique du CMV auprès des femmes enceintes et des nouveaux-nés.

Depuis cet avis, la HAS ne s'est pas prononcée sur l'opportunité d'un dépistage systématique du cytomégalovirus chez la femme enceinte.

II - La position de la commission

La commission, attentive à la pertinence des actes, a pris connaissance du dernier avis du HCSP sur la question du dépistage du cytomégalovirus chez la femme enceinte. Cet avis conclut à la non-pertinence d'un dépistage systématique.

Le dépistage du cytomégalovirus est aujourd'hui pratiqué au cas par cas et peut être prescrit sans restriction particulière à la femme enceinte. Toutefois, la prévention de ce virus mériterait d'être renforcée par des mesures d'hygiène adaptées, dont l'observance serait favorisée par une information systématique lors du suivi de grossesse. La commission constate que la question de la formation des professionnels de santé doit alors également être posée.

La commission souscrit à la sollicitation d'un nouvel avis des autorités sanitaires en la matière, bien que son inscription dans la loi apparaisse superflue.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 21

**Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire
avec le bénéfice de certains minima sociaux**

Cet article propose d'attribuer une présomption d'éligibilité à la complémentaire santé solidaire à certains bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation du Contrat d'engagement jeune (ACEJ).

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. La complémentaire santé solidaire offre aux assurés précaires l'accès à une protection complémentaire en matière de santé pour un tarif abordable, voire gratuit

La complémentaire santé solidaire (C2S) consiste en une « **protection complémentaire en matière de santé** »¹ à l'assurance maladie obligatoire accordée à des assurés² dont les revenus sont inférieurs à un certain seuil.

Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019³, la C2S résulte de la fusion de deux prestations : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), dans un souci d'offrir davantage de lisibilité aux bénéficiaires potentiels pour limiter le non-recours aux droits.

Héritage de cette fusion, la C2S se décompose, en fait, en deux prestations distinctes :

- la **C2S à titre gratuit** (C2SG), qui a succédé à la CMU-C, compte 5,9 millions de bénéficiaires, et ne nécessite pas de participation financière de l'assuré⁴, est ouverte aux assurés dont les revenus annuels sont inférieurs à un plafond revalorisé annuellement et dépendant de la composition du foyer⁵, fixé en octobre 2023 à 9 719 euros pour une personne et 20 409 euros pour quatre personnes ;

¹ Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

² Au sens de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire « toute personne travaillant ou, lorsqu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle, résidant en France de manière stable et régulière », c'est-à-dire de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

³ Article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁴ 1° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

- la **C2S avec participation (C2SP)**, héritière de l'ACS, compte 1,6 million de bénéficiaires et est ouverte aux foyers dont les revenus sont compris entre le plafond de revenus de la C2SG et ce même plafond majoré de 35 %¹. Elle nécessite une **participation financière variant entre 8 et 30 euros mensuels** en fonction de l'âge de l'assuré. En tout état de cause, cette participation est **inférieure aux prix de marché** pour l'affiliation à une complémentaire santé.

Au total, en moyenne sur 2023, **7,5 millions d'assurés** ont bénéficié de la C2S.

**Plafonds de revenus pour la C2SG et la C2SP
en fonction de la composition du foyer, dans l'Hexagone²**

(en euros)

Composition du foyer	Plafond de revenus pour la C2SG	Plafond de revenus pour la C2SP
Une personne	9 719 €	13 120 €
Deux personnes	14 578 €	19 680 €
Trois personnes	17 494 €	23 616 €
Quatre personnes	20 409 €	27 553 €
Par personne supplémentaire	+ 3 887 €	+ 5 248 €

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

La complémentaire santé solidaire permet de **limiter les dépenses de santé de ses bénéficiaires**. En sus de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, la C2S permet la **prise en charge du ticket modérateur** si celui-ci s'inscrit dans le parcours de soins coordonnés³ et dans la limite des tarifs conventionnels, du **forfait journalier** s'appliquant à l'hôpital, du **forfait patient urgences**, de la **franchise médicale**, de la **participation forfaitaire** et, dans la limite d'un plafond, des **frais au-delà des tarifs de responsabilité** pour les dispositifs médicaux à usage individuel remboursables et les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale. Au choix du bénéficiaire, la prise en charge des frais de santé au titre de la C2S peut être assurée par une complémentaire santé à laquelle le bénéficiaire peut adhérer, ou par **leur organisme d'assurance maladie obligatoire**.

¹ 2° de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

² Les plafonds applicables dans les Outre-mer sont relevés de 11,3 % aux termes de l'article D. 861-1 du code de la sécurité sociale : ils sont par exemple fixés, pour une personne seule, à 901 euros par mois contre 810 euros pour l'éligibilité à la C2SG et à 1 217 euros par mois contre 1 093 euros pour la C2SP.

³ Article L. 861-3 du code de la sécurité sociale.

Aux termes de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, le **tiers payant** s'applique, pour les bénéficiaires s'inscrivant dans le parcours de soins coordonnés, à **l'ensemble des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire**, le long de la couverture par la C2S et l'année suivant la fin des droits.

La dépense au titre du panier de soins de la C2S devrait atteindre **3,75 milliards d'euros** pour 2024, desquels il conviendrait, pour estimer le coût net du dispositif pour les finances sociales, de déduire 351,5 millions d'euros correspondant aux participations des bénéficiaires de la C2SP. La dépense au titre des prestations pour la C2S **augmenterait de 5 %** par rapport à la dépense évaluée pour 2023. Cette progression tient notamment compte d'un montant plus élevé du ticket modérateur pour les soins dentaires, qui passe de 30 % à 40 % à partir de la fin de l'année 2023.

Ces charges sont financées par le **fonds de financement de la complémentaire santé solidaire**, créé au sein de la Cnam¹. Ce fonds est alimenté par une fraction de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, dont le taux est fixé, sauf dérogation, à 13,27 % en 2023².

Le droit à la C2S est constitué pour une durée d'un an renouvelable³, et peut, dans le cas de la C2SP, être interrompu si la participation prévue n'est pas versée⁴. Le bénéficiaire peut renoncer à la C2S à tout moment⁵.

B. La complémentaire santé solidaire n'a pas pleinement rempli son objectif d'améliorer l'accès aux soins des plus précaires

À la création de la complémentaire santé solidaire, la principale motivation évoquée par le Gouvernement était qu'une prestation unique, avec le même panier de soins et le même nom, conférerait davantage de lisibilité et de visibilité au dispositif de protection complémentaire en matière de santé, alors scindé entre la CMU-C, gratuite, et l'ACS, qui nécessitait une participation. La CMU-C et l'ACS présentaient en effet des **taux de non-recours alarmants** au moment de leur fusion, fin 2017 : entre 32 % et 44 % pour la première, et même entre 53 % et 67 % pour la seconde.

En ce sens, **la C2S devait contribuer à rapprocher de 100 % le taux d'assurés bénéficiant d'une assurance maladie complémentaire** afin de limiter les barrières financières à l'accès aux soins : selon une étude de la Drees⁶, en 2018, 5 % des Français ont renoncé à consulter un médecin pour raisons financières, ce taux montant à 17 % pour ce qui concerne les soins dentaires. Chez les bénéficiaires de *minima* sociaux, ces taux de renonciation atteignaient respectivement 16 % et 28 %.

¹ Article L. 862-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 861-11 du même code.

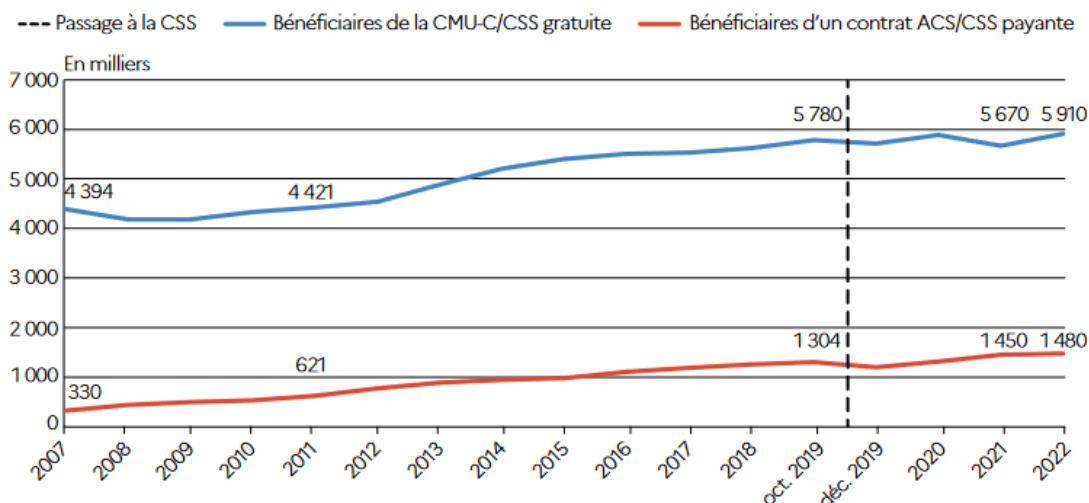
⁵ Article L. 861-11 du même code.

⁶ Drees, « Minima sociaux et prestations sociales », édition 2023.

En effet, si le taux de couverture complémentaire en population générale dépasse 96 %, celui-ci ne dépassait pas, en 2018, 83 % chez les bénéficiaires de minima sociaux, qui constituent une part importante des assurés éligibles à la C2S, et ce malgré des besoins en santé plus importants que la moyenne nationale¹.

La C2S a **partiellement répondu au défi du non-recours aux droits** : près de **400 000 bénéficiaires supplémentaires** sont à recenser depuis sa mise en place au 1^{er} novembre 2019. Signe que la C2S a rempli son objectif d'accorder davantage de lisibilité au dispositif, c'est sur le volet C2SP – le plus concerné par le non-recours avant la fusion – que la progression du nombre de bénéficiaires est la plus marquée, avec + 23 % entre octobre 2019 et 2023.

Évolution du nombre de bénéficiaires de la C2S et des dispositifs qui l'ont précédée



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire. CSS : complémentaire santé solidaire. ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé.

Note > Jusqu'en 2018, les effectifs bénéficiant d'un contrat ACS sont ceux du mois de novembre. Le reste des effectifs (y compris ceux de la CMU-C/CSS gratuite) sont ceux du mois de décembre. Depuis le passage à la CSS, les effectifs sont arrondis à la dizaine de milliers près.

Champ > CMU-C/CSSG : France (hors Mayotte), tous régimes ; ACS : ensemble des bénéficiaires d'un contrat ACS, hors contrat de sortie ACS ; CSSP : ensemble des bénéficiaires de la CSSP.

Sources > CNAM ; RSI ; MSA ; fonds CMU ; calculs DSS (extraction fin juin 2023).

En 2024, selon le ministère de la santé et de la prévention, le nombre de bénéficiaires de la C2S devrait **progresser de 3,2 %**, une évolution résultant des hausses de 1,5 % des bénéficiaires de la C2SG et de 9,6 % pour la C2SP.

Si la C2S a donc permis au dispositif de gagner en **lisibilité**, **d'importants progrès restent à faire** concernant la couverture complémentaire santé des allocataires de certains minima sociaux : selon l'étude d'impact annexée au PLFSS, 13 % des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ne disposent, par exemple, pas d'une complémentaire santé.

¹ Annexe 9 du PLFSS pour 2024.

C. Afin d'agir contre le non-recours, l'articulation de la C2S avec certains minima sociaux a été améliorée dans une démarche « d'aller-vers »

Compte tenu de la compatibilité des bases et des plafonds de ressources de certains minima sociaux avec ceux applicables aux bénéficiaires de la C2SG et de la C2SP, le législateur a souhaité engager une démarche « d'aller-vers » et **simplifier voire rendre automatique l'affiliation à la C2S** pour les bénéficiaires de certains minima sociaux qui seraient *a fortiori* éligibles à la C2S du fait d'un plafond de ressources supérieur pour la C2S à ceux en vigueur pour l'allocation dont ils bénéficient.

1. L'affiliation automatique des bénéficiaires du RSA à la C2SG

Les bénéficiaires du **revenu de solidarité active (RSA)** étaient déjà présumés remplir les conditions financières d'éligibilité à la CMU-C. Cela simplifiait les démarches d'affiliation à la CMU-C, devenue C2SG, pour les allocataires du RSA.

En LFSS pour 2021, le législateur a entendu approfondir la démarche d'aller-vers pour les allocataires du RSA, en consacrant le principe d'**affiliation automatique² des bénéficiaires du RSA à la C2SG**. Depuis lors, seuls les nouveaux allocataires qui s'y opposent expressément ne sont pas affiliés à la C2SG. Depuis la LFSS pour 2023³, le droit à la C2SG est également attribué automatiquement aux jeunes majeurs âgés de moins de 25 ans et à charge de bénéficiaires du RSA.

Pour l'ensemble des allocataires du RSA et des jeunes majeurs à leur charge, **le renouvellement de la C2SG est automatique⁴**.

2. Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) sont réputés remplir les conditions d'éligibilité à la C2SP

La LFSS pour 2022⁵ a également entendu alléger les démarches des bénéficiaires de l'Aspa en créant, pour ces assurés, une **présomption de droit à la C2SP**, lorsqu'ils n'ont pas exercé d'activité professionnelle sur la période de trois mois précédant la demande d'Aspa⁶. Depuis la LFSS pour 2023⁷, cette présomption s'applique **au bénéficiaire de l'Aspa et à son conjoint, son concubin ou son partenaire** dès lors que ceux-ci n'ont pas exercé d'activité professionnelle dans les trois mois précédant leur demande.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021, art. 88.

² Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, art. 105.

⁴ Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021, art. 88.

⁶ Article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, art. 105

Dans les faits, celle-ci consiste en la transmission aux nouveaux allocataires de l'Aspa, par la caisse d'assurance maladie obligatoire de l'assuré, d'un formulaire de demande de C2SP simplifié, ne nécessitant pas de déclarer ses ressources.

Comme pour les allocataires du RSA, les bénéficiaires de l'Aspa voient leur droit à la C2SP **automatiquement reconduit** tant qu'ils continuent de remplir les conditions de la présomption de droit à la C2SP.

Selon les données fournies par la DSS à la rapporteure, le taux de bénéficiaires de l'Aspa affiliés à la C2S serait passé de 39 % en 2018¹ à 63 % en prévisionnel pour fin 2023, témoignant de l'efficacité de la démarche d'aller-vers enclenchée depuis le 1^{er} avril 2022.

3. Une information des bénéficiaires de l'ASI et de l'AAH

Si, pour les bénéficiaires de l'ASI et de l'AAH, aucune simplification n'est à ce jour prévue dans les démarches d'affiliation à la C2S, la loi prévoit que **leur caisse d'assurance maladie doit les informer de leur éligibilité potentielle à la C2S** et leur proposer un **accompagnement** dans leur démarche d'ouverture et de renouvellement du droit à la C2S².

4. Une possibilité d'approfondir la démarche « d'aller-vers » en se servant des comparaisons de base ressources entre la CSS et d'autres minima sociaux

D'autres minima sociaux sont soumis à des plafonds de revenus suffisamment bas sur des bases ressources suffisamment comparables pour qu'une présomption de droit à la C2S puisse être envisagée pour une partie des bénéficiaires. C'est notamment le cas de l'AAH, l'ASI, l'ASS et l'ACEJ.

¹ Il s'agissait alors encore de la CMU-C et de l'ACS.

² Article L. 861-5 du code de la sécurité sociale.

Comparaison des plafonds et bases ressources pour différents minima sociaux

Plafonds ressources annuelles / Prestations	C2S		AAH	ASI	ASS	ACEJ
	C2S sans part.	C2S avec part.				
Seul	9 719	13 120	11 656	10 320	15 266	10 778 pour allocation à taux plein 27 478 pour allocation minoré
Couple	14 578	19 680	21 098	18 060	23 989	N
Base ressources	Toutes les ressources (éléments de revenus et prestations sociales perçus) à l'exception des prestations listées à l'art. R. 861-10 CSS		Revenus imposables	Revenus imposables, pension d'invalidité, AAH, pension vieillesse	<p>Revenus imposables</p> <p>Le montant des revenus d'activité d'une personne sont abattus de 30%, dès lors qu'elle perçoit le chômage indemnisé ou encore l'ASS (art. R. 861-8 CSS).</p> <p>Ainsi pas de difficulté pour passer sous le plafond C2S avec part. pour une personne célibataire sans enfant. En revanche, pour que les couples sans enfant soient éligibles au dispositif de présomption de droit, il faudrait que chaque conjoint perçoive l'une des prestations listées à l'article R. 861-8 CSS, ce dont nous ne pouvons présumer.</p>	Revenus imposables

Source : Annexe 9 au PLFSS pour 2024

Selon les données fournies par le Gouvernement dans son étude d'impact, 13 % des bénéficiaires de l'AAH et 19 % de ceux de l'ASS n'auraient pas de couverture complémentaire santé. Concernant les bénéficiaires de l'ASI, 86 % d'entre eux ne sont pas affiliés à la C2S. Enfin, l'éligibilité des bénéficiaires de l'ACEJ à la C2S était limitée par la prise en compte de cette allocation dans la base ressources de la C2S, jusqu'à un décret pris en 2022¹. Cela expliquerait, chez ces allocataires, un taux de recours très faible à la C2S, quoique non chiffré dans l'étude d'impact fournie par le Gouvernement.

Ces données démontrent donc, compte tenu de la forte proportion de bénéficiaires de ces allocations éligibles à la C2S, que **des leviers supplémentaires pourraient être actionnés afin de limiter le non-recours aux droits.**

¹ Décret n° 2022-199 du 18 février 2022 relatif au contrat d'engagement jeune et portant diverses mesures d'application de l'article 208 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022.

D. Le dispositif proposé : l'octroi de la présomption de droit à la C2SP aux allocataires de quatre minima sociaux

L'article 21 du PLFSS pour 2024 prévoit d'**étendre la présomption de droit à la C2SP**, aujourd'hui accordée sous conditions aux bénéficiaires de l'Aspa, **aux bénéficiaires de quatre minima sociaux**, sous conditions également : l'allocation supplémentaire d'invalidité, l'allocation aux adultes handicapés, l'allocation de solidarité spécifique et l'allocation du contrat d'engagement jeune.

Ainsi, le 1° du I de l'article 21 modifie l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale afin d'inscrire, aux côtés des bénéficiaires de l'Aspa et de leur conjoint si ceux-ci n'ont pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence, **certaines bénéficiaires de l'ASI, l'AAH, l'ASS et l'ACEJ** au sein des assurés réputés satisfaire les conditions d'éligibilité à la C2SP.

Dès lors, il remplace, dans l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, l'alinéa consacrant la présomption de droit à la C2SP pour certains bénéficiaires de l'Aspa par une liste de cinq catégories d'assurés réputés satisfaire les conditions d'éligibilité à la C2SP.

Le 1° nouvellement créé de l'article L. 861-2 précité reprend les dispositions remplacées sur la **présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'Aspa et leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un Pacs**, dès lors qu'ils n'ont pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence. Il s'agit là de **maintenir le droit en vigueur** applicable pour ces publics dans la nouvelle rédaction de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

Le 2° nouvellement créé de l'article L. 861-2 précité dispose que les bénéficiaires de **l'ASI** ainsi que leur conjoint, leur concubin ou le partenaire auquel ils sont liés par un Pacs sont **réputés satisfaire aux conditions d'éligibilité de la C2SP**, dès lors qu'ils n'ont pas exercé d'activité salariée ou indépendante pendant une période de référence.

Le 3° nouvellement créé de l'article L. 861-2 précité dispose que les bénéficiaires de **l'AAH** à taux plein, seuls, sans enfant à charge sont **réputés satisfaire aux conditions d'éligibilité de la C2SP**, dès lors qu'ils n'ont pas exercé d'activité salariée, indépendante ou dans un établissement ou service d'aide par le travail (Esat) pendant une période de référence et ne bénéficient pas à la fois du complément de ressources de l'AAH¹ et d'une aide personnelle au logement. **Cela concerne 60 % des bénéficiaires de l'AAH.**

¹ Celui-ci a été supprimé en 2019, mais les personnes bénéficiant du complément de ressources peuvent continuer de le percevoir jusqu'en 2029 s'ils remplissent les conditions d'attribution.

Le 4° nouvellement créé de l'article L. 861-2 précité dispose que les bénéficiaires de l'ASS vivant seuls et sans enfant à charge sont **réputés satisfaire aux conditions d'éligibilité de la C2SP**. Cela représente environ **65 % des bénéficiaires de l'ASS**.

Le 5° nouvellement créé de l'article L. 861-2 précité dispose que les bénéficiaires de l'ACEJ dont le foyer fiscal est non imposable à l'impôt sur le revenu sont **réputés satisfaire aux conditions d'éligibilité de la C2SP**. Cela représente **environ 71 % des bénéficiaires d'une ACEJ**.

Le 2° du I de l'article 21 du PLFSS tire les conséquences de l'attribution d'une présomption de droit à la C2SP pour certains bénéficiaires de l'ASI, l'AAH, l'ASS et l'ACEJ.

En son *a*, il supprime, pour les nouveaux bénéficiaires de l'AAH désormais concernés par la présomption de droit à la C2SP, l'obligation faite à leur caisse d'assurance maladie de les informer de leur éligibilité potentielle à la C2S. Cette dernière est en effet dépourvue d'effet utile pour ces assurés qui, dans le cadre de la présomption de droit à la C2SP que cet article se propose de créer, seront directement contactés par leur caisse d'assurance maladie pour se voir proposer le bénéfice de la C2SP sous réserve de retourner un formulaire de demande simplifié.

En son *b*, il précise que le droit à C2SP est **automatiquement renouvelé** pour les bénéficiaires de l'ASI, l'AAH, l'ASS et l'ACEJ qui ont été présumés éligibles à la C2SP lors de son attribution, dès lors qu'elles continuent de satisfaire aux conditions d'éligibilité. Cette mesure est un alignement sur le droit applicable pour les bénéficiaires de l'Aspa présumés éligibles à la C2SP.

Le II de l'article 21 du PLFSS renvoie au décret la fixation des dates d'entrée en vigueur de la présomption de droit à la C2SP sous conditions. Celles-ci sont fixées, au plus tard, le 1^{er} juillet 2024 pour les bénéficiaires de l'ASI, le 1^{er} juillet 2025 pour les bénéficiaires de l'AAH, et le 1^{er} juillet 2026 pour les bénéficiaires de l'ASS et l'ACEJ.

L'impact financier de l'ensemble de ces mesures est estimé par le Gouvernement à **moins de 0,3 million d'euros en 2023**, mais la mesure ne pourra produire pleinement ses effets qu'à compter de **2027**, première année pleine de son entrée en vigueur. À cette date, le Gouvernement chiffre à **10,7 millions d'euros** l'impact financier de la mesure pour la branche maladie.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, **un amendement qu'il avait déposé tendant :**

- à intégrer dans le dispositif de présomption de droit les allocataires d'une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une rente d'accident du travail, sous les mêmes conditions que celles ouvrant la présomption de droit pour les bénéficiaires de l'AAH à taux plein ;

- à supprimer, pour la présomption de droit à la C2SP pour les allocataires de l'AAH, le critère de non-cumul du complément de ressources de l'AAH et d'une aide personnelle au logement.

Il a également retenu trois amendements rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

Comme elle l'avait fait en PLFSS pour 2022, la commission a salué les dispositions portées par cet article et a rappelé son attachement à agir en faveur de l'accessibilité financière aux soins.

Elle souscrit à l'analyse du Gouvernement selon laquelle cette mesure d'aller-vers devrait **stimuler les demandes de C2SP** des assurés concernés, afin de limiter le renoncement aux soins pour raisons financières. La commission déplore un **recours encore insuffisant** à la C2SP, qui laisse près de 20 % des allocataires de minima sociaux sans protection complémentaire contre la maladie.

La commission s'est toutefois **émue des délais d'entrée en vigueur importants** prévus par le Gouvernement pour ce dispositif : le décret d'application ouvrant la présomption de droit à la C2SP pour les bénéficiaires de l'ASS et de l'Acej pourra intervenir jusqu'au 1^{er} juillet 2026. Même si elle comprend les difficultés techniques que peut engendrer un tel dispositif compte tenu que ces deux allocations sont gérées respectivement par Pôle emploi et les missions locales et non par l'assurance maladie, elle appelle le Gouvernement à accélérer le calendrier d'entrée en vigueur de cet article.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements rédactionnels et de coordination n^{os} 252, 253 et 254, qu'elle a adoptés.

Article 22

Inscription dans le droit commun des expérimentations article 51

Cet article vise à permettre, par la création d'un cadre juridique pérenne, la généralisation d'expérimentations dites « de l'article 51 » reposant sur la rémunération forfaitaire d'un parcours faisant intervenir plusieurs professionnels de santé.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les expérimentations de l'article 51 : un facteur important d'innovation du système de santé

1. Le cadre d'expérimentation en santé créé en 2018

a) Les objectifs et les moyens des expérimentations

L'article 51 de la LFSS pour 2018 a créé un nouveau cadre juridique destiné à **favoriser la mise en œuvre d'expérimentations en santé, susceptibles de déroger à une ou plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale ou du code de la santé publique¹**, en remplacement de celui introduit par la LFSS pour 2014², demeuré inutilisé.

Pour pouvoir être autorisées, les expérimentations dérogatoires doivent poursuivre l'un ou l'autre des deux buts suivants :

- permettre **l'émergence d'innovations organisationnelles**, concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients, de l'efficacité du système de santé et de l'accès aux soins ;
- promouvoir un **recours pertinent aux produits de santé**.

¹ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

² Article 32 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Les expérimentations visant à favoriser l'émergence d'innovations organisationnelles

Le périmètre des expérimentations organisationnelles, précisé par un décret de février 2018¹, comprend notamment l'organisation d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement :

- bénéficiant de modalités de financement dérogatoires : financement forfaitaire substitué entièrement ou partiellement à des activités financées à l'acte ; financement par épisodes, séquences ou parcours de soins ; financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné ;

- ou non prises en charge par les modalités existantes et susceptibles d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité, leur sécurité ou l'efficacité du système de santé, par la structuration pluriprofessionnelle des soins ambulatoires, la promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences, ou par l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et du secteur médico-social².

Pour la mise en œuvre des expérimentations, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale autorise les acteurs à **déroger en tant que de besoin** :

- aux **dispositions du code de la sécurité sociale** qu'il liste, parmi lesquelles figurent, notamment, les règles de facturation, de tarification et de remboursement des actes de soins ou la prise en charge des produits de santé ;

- aux **dispositions du code de la santé publique** qu'il liste, pour les finalités qu'il précise, lorsque cette dérogation est indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation et sous réserve, le cas échéant, de l'avis de la Haute Autorité de santé (HAS) : figurent parmi ces dispositions celles relatives au partage d'honoraires entre professionnels de santé, aux missions des établissements de santé et aux compétences des professions de santé ;

- aux **règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux**.

• D'un point de vue financier, enfin, et sans préjudice des missions du fonds d'intervention régional (FIR) également destiné, sur décision des agences régionales de santé (ARS), à prendre en charge des innovations en santé, le financement des expérimentations de l'article 51 peut être, entièrement ou partiellement, assuré par un **fonds pour l'innovation du système de santé (Fiss)** créé par la LFSS pour 2018³ et géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam).

¹ Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 162-50-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article 51 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 précitée.

Les ressources du Fiss sont constituées par une dotation de la branche maladie du régime général, dont le montant est fixé annuellement par arrêté. Pour l'année 2023, celui-ci s'élève à 102 millions d'euros¹.

b) Les conditions d'autorisation des expérimentations

Les **conditions d'autorisation** des expérimentations dépendent de leur périmètre et du champ des dispositions auxquelles il est envisagé de déroger.

Si les **expérimentations à dimension nationale** sont autorisées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, les **expérimentations à dimension régionale** sont autorisées, elles, par arrêté des directeurs généraux des ARS concernées.

Un **comité technique de l'innovation en santé (CTIS)**, composé de représentants de l'assurance maladie, des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé émet un avis sur les projets d'expérimentations, leur mode de financement ainsi que les modalités d'évaluation projetées. Il détermine leur champ d'application territorial.

Lorsque ceux-ci supposent de déroger à des dispositions du code de la santé publique relatives à l'organisation ou la dispensation des soins, les projets d'expérimentation font l'objet d'un **avis préalable de la HAS**. Un décret de juin 2019² énumère les dispositions concernées et classe parmi celles-ci, notamment, les dispositions relatives aux missions des établissements de santé ou aux compétences des professionnels de santé³.

c) Les conditions d'évaluation et de généralisation des expérimentations

Les expérimentations mises en place sur le fondement des dispositions de l'article 51 ont vocation à être évaluées et, *in fine*, généralisées lorsqu'elles apparaissent pertinentes pour fournir aux professionnels de nouveaux outils, mobilisables sur la base du volontariat.

• Le **CTIS est chargé de définir le cadre méthodologique d'évaluation**, précisant notamment les objectifs attendus des évaluations, les moyens requis et les principes méthodologiques à retenir. Les moyens requis doivent permettre d'évaluer les expérimentations au fil de leur mise en œuvre.

Lorsque le niveau de complexité ou l'ampleur du projet le justifie, le CTIS peut s'appuyer sur des évaluateurs externes⁴.

¹ Article 1^{er} de l'arrêté du 24 janvier 2023 déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2023.

² Décret n° 2019-600 du 17 juin 2019 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé.

³ Article R. 162-50-8 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 162-50-14 du code de la sécurité sociale.

• Un **conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS)**, constitué au niveau national et présidé par le ministre de la santé¹, est associé au suivi des expérimentations et formule un avis en vue de leur éventuelle généralisation². Y sont notamment associés des représentants :

- pour le ministère de la santé, de la direction de la sécurité sociale, de la direction générale de l'offre de soins et de la direction générale de la santé ;

- pour les ministères économiques et financiers, de la direction générale des entreprises ;

- du Comité économique des produits de santé (CEPS) et d'entreprises de produits de santé ;

- de la HAS ainsi que des agences nationales intervenant dans le secteur sanitaire ;

- de professionnels de santé, de patients et d'utilisateurs du système de santé.

Le CSIS et le CTIS sont informés de l'état d'avancement des expérimentations. Ils sont destinataires des rapports d'étape et, au plus tard six mois après la fin de l'expérimentation, d'un **rapport d'évaluation**.

Le CTIS puis le CSIS rendent un avis sur l'**opportunité et les modalités d'une généralisation**³. Ces rapports et ces avis sont transmis au Gouvernement qui doit présenter, chaque année, un état des lieux des expérimentations achevées et en cours au Parlement⁴.

Dans le cas où une expérimentation évaluée aurait reçu du CTIS et du CSIS un avis favorable à la généralisation, **plusieurs modalités d'inscription dans le droit commun** peuvent être envisagées. L'intégration dans le champ conventionnel apparaît souhaitable lorsque l'expérimentation mobilise uniquement des professionnels de santé conventionnés⁵. Une évolution réglementaire est également possible : par arrêté ou circulaire budgétaire, par exemple, pour les établissements de santé.

2. Les expérimentations autorisées dans ce cadre

Le cadre mis en place par la LFSS pour 2018 a suscité de **nombreuses expérimentations mises en place ces dernières années**.

¹ Article R. 162-50-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

³ Articles R. 162-50-2 et R. 162-50-3 du code de la sécurité sociale.

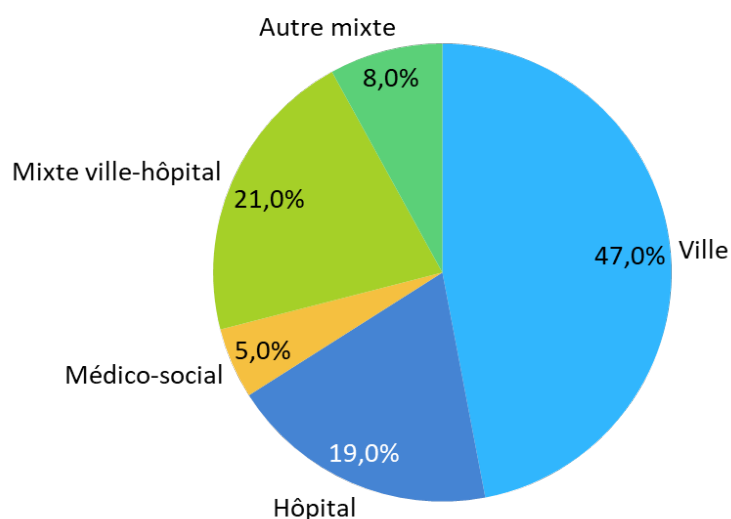
⁴ Article R. 162-50-14 du code de la sécurité sociale.

⁵ Sont, notamment, visés par le code de la sécurité sociale : les médecins généralistes et spécialistes (article L. 162-5), les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux (article L. 162-9), les infirmiers (article L. 162-12-2), les masseurs-kinésithérapeutes (article L. 162-12-9) et les pharmaciens d'officine (article L. 162-16-1).

• Dans le rapport remis au Parlement à la fin de l'année 2022, le Gouvernement fait ainsi état de **122 projets autorisés depuis 2018**, ayant justifié l'engagement de plus de 516 millions d'euros¹. Selon l'étude d'impact jointe au présent PLFSS, 135 expérimentations avaient été autorisées au troisième trimestre 2023, 5 étaient arrivées à terme et 35 devaient arriver à échéance avant la fin de l'année civile².

Les expérimentations visant à améliorer la **prise en charge en ambulatoire** des patients, ou s'organisant autour de **parcours de prise en charge mixtes entre la ville et l'hôpital**, représentaient à la fin de l'année 2022 plus des deux tiers des expérimentations autorisées.

Répartition des expérimentations par secteurs



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données du rapport du Gouvernement au Parlement pour 2022

• Les expérimentations autorisées bénéficient, très majoritairement, de **modalités de financement dérogatoires au droit commun**. En ville, l'organisation de parcours mobilisant plusieurs professionnels de santé et la mobilisation de paiements forfaitaires apparaît fréquente et permet l'organisation de parcours de soins mal appréhendés par les rémunérations à l'acte.

La Cour des comptes relevait ainsi, en mai 2023, que « *la quasi-totalité des expérimentations comportent des innovations en matière de financement, qu'il s'agisse du champ des prises en charge partagées (notamment entre la ville et l'hôpital) ou de nouvelles modalités de rémunération des soins réalisés en ville (notamment concernant l'intervention conjointe de plusieurs professionnels libéraux)* ».

¹ Ministère de la santé et de la prévention, Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé, p. 6.

² Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 176.

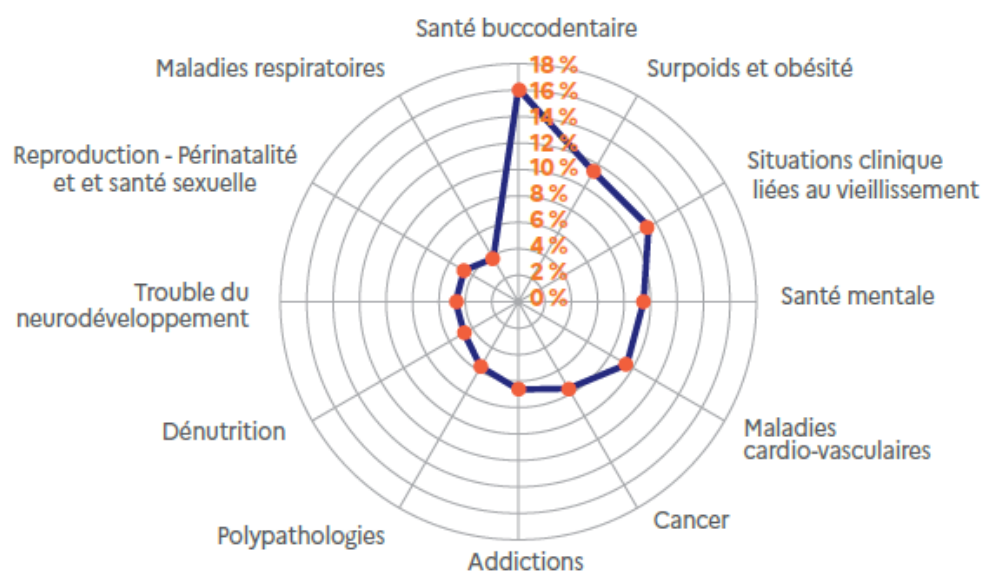
Elle soulignait que les **rémunérations forfaitaires pluriprofessionnelles et collectives** concernaient plus des deux tiers des projets¹.

L'étude d'impact indique, en cohérence, que **70 % des expérimentations** déploient des parcours faisant intervenir plusieurs professionnels, et **reposent sur une rémunération au forfait**².

- Les expérimentations en cours se déploient dans des **domaines de prise en charge variés**.

Toutefois, la santé bucco-dentaire, le surpoids et l'obésité, les situations cliniques liées au vieillissement, la santé mentale et les maladies cardio-vasculaires rassemblaient, à la fin de l'année 2022, plus de la moitié des expérimentations autorisées.

Répartition des expérimentations autorisées par domaine de prise en charge



Source : Rapport du Gouvernement au Parlement pour 2022

- Si plusieurs expérimentations sont d'ores et déjà parvenues à leur terme, **aucune n'a encore été généralisée**. La LFSS pour 2022³ a prévu, pour les expérimentations dont la généralisation a fait l'objet d'un avis favorable du CSIS, la possibilité de maintenir le financement par le Fiss au-delà de leur échéance et pour une durée ne pouvant excéder dix-huit mois⁴.

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, mai 2023, p. 154.

² Annexe n° 9 précitée, p. 176.

³ Article 80 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁴ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) relevait, en juillet 2022, que la généralisation d'expérimentations mobilisant des modes de financement innovant supposerait des mises à niveau techniques et des évolutions juridiques. S'agissant de ces dernières, elle soulignait la nécessité de permettre l'inscription dans le droit commun d'un paiement forfaitaire des épisodes de soins¹.

B. L'article 22 vise à permettre la généralisation d'expérimentations sous la forme de parcours coordonnés renforcés fondés sur un forfait

L'article 22 vise à permettre la généralisation d'expérimentations réussies, en autorisant l'organisation et la prise en charge de parcours coordonnés renforcés, fondés sur le financement collectif et forfaitaire d'une équipe.

Pour ce faire, le **1° du I du présent article** crée un nouveau chapitre dans la quatrième partie du code de la santé publique relatif aux parcours coordonnés renforcés. La liste de ces parcours serait fixée par arrêté, en tenant compte des expérimentations ayant fait l'objet d'un avis du CSIS en vue de leur généralisation.

Pour chaque type de parcours, un arrêté devra déterminer les modalités d'organisation du parcours, les prestations couvertes par le forfait associé et le montant de ce dernier.

Les professionnels impliqués doivent exercer une profession libérale ou au sein d'un établissement de santé, d'un établissement ou service médico-social, d'un centre de santé, d'une maison de santé ou d'une maison sport-santé. Ils répondront des actes professionnels accomplis selon les règles habituellement applicables à leur exercice et seront réputés constituer une équipe de soins, ce qui implique notamment la faculté de partager des informations concernant la prise en charge du patient, par ailleurs protégées par le secret médical².

Le parcours est organisé par une **structure responsable de la coordination**, relevant de catégories de structures listées par décret. Celle-ci coordonne les interventions des professionnels et s'assure du respect de l'arrêté déterminant les modalités d'organisation du parcours. Par dérogation, des structures ne relevant pas des catégories listées mais ayant porté une expérimentation arrivée à son terme et ayant fait l'objet d'un avis favorable du CSIS peuvent continuer d'exercer les missions de coordination pendant une durée maximale de six mois.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2023, pp. 289 à 291.

² Article L. 1110-4 du code de la santé publique.

Les professionnels impliqués ou leur employeur, ainsi que la structure responsable de la coordination formalisent leur organisation dans un **projet de parcours coordonné renforcé** conforme à un modèle fixé par arrêté. Celui-ci comporte notamment :

- les dispositions prises pour assurer la continuité des soins ;
- des engagements de bonnes pratiques professionnelles pour chaque catégorie de professionnels impliqués ;
- les modalités de répartition du forfait.

Les **2° et 3° du I** ajoutent, respectivement, les parcours coordonnés renforcés :

- parmi les activités justifiant une dérogation à l'interdiction de revoir tout ou partie des honoraires ou bénéfices provenant de l'activité professionnelle d'un professionnel de santé pour une personne ne remplissant pas les conditions requises pour l'exercice de ladite profession ;
- parmi les activités pouvant justifier la constitution d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires.

Le **1° du II du présent article** ajoute, au sein du code de la sécurité sociale, une nouvelle section relative à la prise en charge des parcours coordonnés renforcés.

Par dérogation, les interventions des professionnels impliqués sont exclusivement financées par le forfait prévu, couvrant le coût de l'ensemble des prestations constituant le parcours comme des actions de coordination. Son montant est déterminé en tenant compte de la fréquence du suivi du bénéficiaire, de la complexité de sa prise en charge ainsi que des moyens humains et cliniques mobilisés. Le patient ne peut être redevable, au titre du parcours, d'autres montants.

La structure responsable de la coordination devra transmettre à l'organisme local d'assurance maladie les informations nécessaires à la couverture des frais et pratiquer le tiers payant. Elle déterminera la part du forfait due à chaque professionnel ainsi que celle rémunérant les missions de coordination qu'elle assure, sur la base des prestations décrites dans le projet de parcours. L'organisme local d'assurance maladie versera les sommes correspondantes à chaque professionnel, à son employeur ou à la structure. Les rémunérations perçues sont soumises au même régime fiscal et social que les rémunérations habituelles des acteurs.

Pour pouvoir bénéficier du forfait, la structure responsable de la coordination devra transmettre le projet au directeur général de l'ARS, qui pourra s'y opposer dans un délai de deux mois en se fondant sur l'absence de respect de l'arrêté déterminant les modalités d'organisation du parcours, des règles encadrant les structures responsables de la coordination ou des objectifs du projet régional de santé. Lorsqu'il constate un manquement à cet arrêté ou à ces règles, le directeur général de l'ARS met la structure en demeure de se mettre en conformité dans un délai de six mois. À défaut de mise en conformité, il en informe la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) qui met fin au mode de financement par montant forfaitaire.

Les modalités d'application de ces dispositions doivent être déterminées par décret en Conseil d'État.

Les 2° et 3° du II insèrent, respectivement, les forfaits associés aux parcours coordonnés renforcés parmi :

- les prises en charge susceptibles, en cas d'inobservation des règles fixées par le code de la sécurité sociale, de faire l'objet d'une procédure de recouvrement de l'indu ;

- les frais susceptibles d'être pris en charge par l'assurance maladie.

Le 4° du II complète les dispositions relatives au ticket modérateur de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, pour prévoir que celui-ci peut être proportionnel à tout ou partie des frais relatifs aux parcours coordonnés renforcés ou forfaitaire. Son montant est défini par arrêté, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Classiquement, elle peut être limitée ou supprimée dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. La structure responsable de la coordination pourra, le cas échéant, percevoir ces sommes.

Les III et IV rendent la mesure applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte.

Selon l'étude d'impact jointe au PLFSS, les dépenses afférentes aux expérimentations qui pourraient être inscrites dans le droit commun s'élèvent à **16 millions d'euros pour celles se terminant en 2023 et à 5 millions d'euros pour celles se terminant en 2024**. Une partie de ces dépenses se substitue toutefois à des dépenses déjà engagées par l'assurance maladie¹.

¹ Annexe n° 9 précitée, p. 179.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement n'a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, que trois amendements rédactionnels de la rapporteure générale.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

Convaincue de l'utilité des expérimentations pour favoriser l'innovation au sein de notre système de santé, assouplir l'organisation des parcours et promouvoir une plus grande coordination entre professionnels de santé comme entre secteurs, la commission avait **soutenu les dispositions de l'article 51 de la LFSS pour 2018**. Dans son rapport, elle soulignait « l'intérêt de promouvoir la notion de parcours de santé, permettant de sortir de la logique en silos de notre système de soins pour mieux coordonner l'ensemble des acteurs autour de la prise en charge des patients »¹. Elle rappelait qu'une expérimentation doit permettre d'apprécier l'opportunité et les conditions d'une éventuelle généralisation, et avait adopté un amendement explicitant davantage cet objectif dans les dispositions qui lui étaient soumises².

En cohérence, la commission a favorablement accueilli les dispositions du présent article, qui permettront la **généralisation des expérimentations** mobilisant plusieurs professionnels de santé dans la prise en charge d'un patient et un paiement forfaitaire au parcours de soins, lorsque celles-ci auront fait la preuve de leur intérêt. Elle a jugé qu'une telle organisation était susceptible de laisser une marge d'appréciation aux professionnels de santé dans l'organisation de la prise en charge et le choix des soins pertinents que ne permet pas la rémunération à l'acte. Elle autorise également la rémunération d'actions de coordination et d'autres prestations n'étant habituellement pas remboursées par l'assurance maladie.

¹ Rapport n° 77, tome II (2017-2018) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général, Mme Catherine Deroche, MM. Bernard Bonne, Gérard Dériot, René-Paul Savary et Mme Elisabeth Doineau, déposé le 8 novembre 2017, p. 264.

² Amendement n° 118 présenté par Mme Deroche au nom de la commission des affaires sociales, adopté par le Sénat.

- À cet égard, la commission a jugé **certaines expérimentations autorisées ces dernières années particulièrement prometteuses.**

Tel est le cas, notamment, en matière de **traitement et de suivi des patients atteints d'obésité**. Dix expérimentations permettent, dans ce domaine, une prise en charge pluridisciplinaire personnalisée, et incluent souvent des prestations par ailleurs non remboursables (diététique, suivi par un psychologue, activité physique adaptée, *etc.*)¹.

De la même manière, plusieurs expérimentations en cours permettent de favoriser la **réadaptation cardiaque en ville ou à domicile**, plutôt que l'hospitalisation. Il en va ainsi de l'expérimentation « *Structure libérale légère* »², fondée sur des équipes pluriprofessionnelles libérales de rééducation cardiovasculaire associant cardiologue, médecin addictologue, infirmier, kinésithérapeute, psychologue et éducateur d'activité physique adaptée, susceptibles de prendre en charge en ville des patients atteints de pathologies cardiaques.

L'**activité physique adaptée (APA)** constitue, enfin, un exemple intéressant de prestation non prise en charge dont les bénéfices médicaux sont pourtant connus, notamment chez les patients atteints d'une maladie chronique : selon l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), une activité physique régulière et le suivi des recommandations seraient associés à une diminution de la mortalité précoce comprise entre 29 % et 41 % selon les études³. D'après le rapport adressé au Parlement par le Gouvernement à la fin de l'année 2022, 20 % des expérimentations autorisées comprennent de l'APA à visée thérapeutique⁴.

- La commission a, toutefois, souligné ne pas souhaiter que le développement des parcours coordonnés renforcés ne se fasse **au détriment de l'implication des professionnels de santé dans la fixation des tarifs qui leur sont applicables.**

Interrogé sur ce point, le directeur général de la Cnam a souligné que la voie conventionnelle apparaissait inadaptée : « *Nous sommes face à des expérimentations qui sont souvent interprofessionnelles, ou multiprofessionnelles, et qui s'accommoderaient mal [du cadre conventionnel]. Lorsque les arrêtés seront préparés, je ne doute que l'assurance maladie saura à tout le moins consulter, pour que les tarifications retenues soient cohérentes au regard des niveaux fixés par la voie conventionnelle* »⁵.

¹ Ministère de la santé et de la prévention, Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé, p. 77.

² Arrêté du 11 février 2020 relatif à l'expérimentation de structures libérales légères (SLL) pour la rééducation des patients coronariens et insuffisants cardiaques.

³ Anses, Actualisation des repères du PNNS - révision des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité, février 2016.

⁴ Ministère de la santé et de la prévention, Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé, p. 30.

⁵ Audition de M. Thomas Fatôme, directeur général de la Cnam, par la commission des affaires sociales le 11 octobre 2023.

Jugeant la consultation préalable des professionnels indispensable, la commission a adopté un **amendement n° 255** de sa rapporteure précisant que l'arrêté déterminant les modalités d'organisation du parcours coordonné renforcé, les prestations couvertes et le montant du forfait devrait être pris après consultation des organisations représentatives des professions de santé concernées.

Afin de favoriser la généralisation rapide des expérimentations ayant fait la preuve de leur utilité, et pour éviter toute situation de vide juridique lorsqu'elles arrivent à leur terme, la commission a également adopté un **amendement n° 256** de sa rapporteure prévoyant que les avis du CSIS relatifs à la généralisation doivent être formulés, au plus tard, trois mois avant leur échéance. La Cour des comptes a récemment regretté que ceux-ci puissent intervenir jusqu'à six mois après le terme de l'expérimentation.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 22 bis (nouveau)

Inscription de la prévention comme un objectif du dispositif d'innovation en santé

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à favoriser la mise en place d'expérimentations dites « de l'article 51 » pour favoriser la prévention en santé et à autoriser, dans cet objectif, à déroger à plusieurs dispositions du code de la santé publique concernant le financement, l'organisation et les compétences de structures œuvrant en faveur de la prévention.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Le cadre juridique des expérimentations en santé et la promotion de la prévention

• Le cadre juridique des expérimentations en santé mis en place par l'article 51 de la LFSS pour 2018, décrit *supra*¹, permet la **mise en œuvre d'innovations dans l'organisation et le financement d'activités de prévention.**

¹ Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 22 du présent PLFSS.

Figure, ainsi, parmi les objectifs que doivent poursuivre les expérimentations, l'émergence d'organisations innovantes dans les secteurs sanitaire et médico-social concourant à l'amélioration de la prise en charge et du parcours des patients comme à l'accès aux soins¹.

Le décret de 2018² précisant ces dispositions classe, ainsi, parmi les expérimentations organisationnelles pouvant être autorisées celles permettant :

- la mise en place ou le développement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement à destination de personnes, de groupes de personnes ou de populations, de manière alternative ou complémentaire aux modalités en vigueur ;

- l'organisation et le financement d'activités de soins, de prévention et d'accompagnement, de technologies ou de services non pris en charge par les modalités existantes et susceptibles d'améliorer l'accès aux soins, leur qualité, leur sécurité ou l'efficacité du système de santé³.

• Les modalités d'organisation et de financement innovantes permises par ces expérimentations apparaissent, plus largement, **particulièrement adaptées à l'amélioration de la prévention.**

Il en va ainsi, d'abord, du **financement forfaitaire d'épisodes, de séquences ou de parcours de soins**. Celui-ci accorde aux professionnels de santé impliqués davantage de marge d'appréciation dans l'organisation de la prise en charge du patient, et leur permet d'y prévoir la réalisation d'actes de prévention ou de soins habituellement non remboursés par l'assurance maladie, tels que l'activité physique adaptée (APA).

Le **financement dit « à la qualité » des actes de soins** permet également de rémunérer les professionnels en fonction d'indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients, et de valoriser ainsi des actions de prévention habituellement non couvertes par la rémunération à l'acte⁴.

Enfin, les expérimentations visent également à **promouvoir une meilleure coordination des professionnels de santé**⁵ et donnent fréquemment lieu à la mise en place d'équipes, pouvant comprendre des professionnels non-soignants. Ce type d'organisations est favorable à une prise en compte élargie des besoins et de la situation des patients, comme à la promotion de la prévention.

¹ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

² Décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 162-50-1 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ibid.

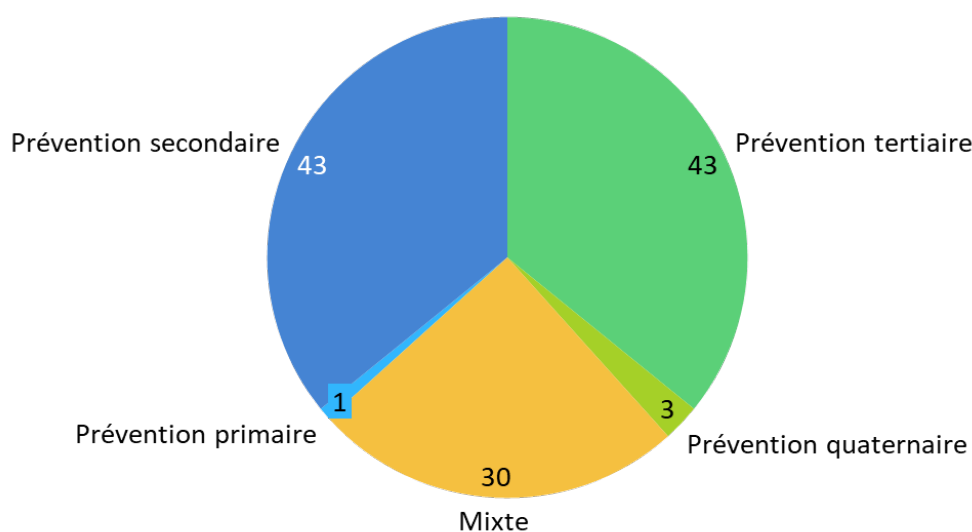
⁵ Article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

• Les 135 expérimentations autorisées au troisième trimestre 2023¹ ont d'ores et déjà permis **l'organisation et le financement d'actions en faveur de la prévention**.

D'après le rapport relatif aux expérimentations de l'article 51 transmis au Parlement par le Gouvernement à la fin de l'année 2022, **64 % des expérimentations intègrent une approche de prévention**, celle-ci pouvant être :

- primaire, lorsqu'elle vise des actions en amont de la maladie ;
- secondaire, lorsque les actions ont lieu à un stade précoce de la maladie et visent à ralentir ou empêcher une évolution défavorable ;
- tertiaire, lorsque les actions visent les complications et risques de récurrence de la maladie ;
- quaternaire, enfin, lorsqu'elles visent non à agir sur la maladie elle-même mais à réduire le risque de surmédicalisation ou d'interventions médicales invasives.

Nombre d'expérimentations intégrant une approche de prévention à la fin de l'année 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données du rapport du Gouvernement au Parlement pour 2022

¹ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 176.

Les expérimentations mises en place contribuent majoritairement à la prévention secondaire et tertiaire, soit à prévenir l'aggravation d'une maladie existante. Une expérimentation est exclusivement consacrée à la prévention primaire et, parmi les expérimentations mixtes, dix-neuf expérimentations intègrent cette approche¹.

B. L'article 22 bis vise à permettre de déroger aux règles encadrant le financement, l'organisation et les compétences de plusieurs structures de prévention

L'article 22 bis, issu d'un amendement du député Cyrille Isaac-Sibille (*Démocrate – Modem et Indépendants*) et de plusieurs de ses collègues retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel ce dernier a engagé sa responsabilité, vise à favoriser l'émergence de nouvelles expérimentations en faveur de la prévention. Il modifie, pour ce faire, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux expérimentations de l'article 51.

Le **1° de cet article** complète la liste des objectifs que doivent poursuivre les expérimentations pour pouvoir être autorisées en y faisant figurer la prévention en santé.

Le **2° de l'article** ajoute, parmi les dispositions auxquelles il est possible de déroger dans le cadre des expérimentations, plusieurs articles du code de la santé publique encadrant l'action de structures qui œuvrent en faveur de la prévention :

- les articles L. 2112-1 à L. 2112-10, relatifs aux services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) ;

- les articles L. 2311-1 à L. 2311-6, relatifs aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de santé sexuelle ;

- l'article L. 3111-11, relatif aux établissements et organismes habilités à réaliser des vaccinations ;

- l'article L. 3112-2, relatif aux centres de lutte contre la tuberculose et aux centres de lutte contre la lèpre ;

- l'article L. 3121-2, relatif aux centres d'information, de dépistage et de diagnostic de l'infection par les virus de l'immunodéficience humaine (SIDA) et des infections sexuellement transmissibles (IST) ;

- l'article L. 3311-2, relatif aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ;

- l'article L. 3411-9, relatif aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue ;

¹ Ministère de la santé et de la prévention, Rapport au Parlement 2022 sur les expérimentations innovantes en santé, p. 39.

- l'article L. 6325-1, relatif aux centres et structures disposant d'équipes mobiles de soins aux personnes en situation de précarité ou d'exclusion gérés par des organismes à but non lucratif.

Il ne sera possible de déroger à ces dispositions que dans la mesure où cela est **indispensable à la mise en œuvre de l'expérimentation** et sous réserve, si le décret d'application le prévoit, d'un avis de la Haute Autorité de santé (HAS)¹.

II - La position de la commission

Attachée au développement des expérimentations innovantes en santé, la commission avait soutenu la création du cadre juridique porté par l'article 51 de la LFSS pour 2018. Elle observe que celui-ci a permis l'émergence de nombreuses expérimentations depuis quatre ans, qui favorisent souvent le renforcement de la prévention.

Dans le cadre de ses travaux, la commission a, par ailleurs, fréquemment regretté ces dernières années la **faiblesse de la prévention dans le système de santé français**. Dans son rapport relatif au PLFSS pour 2023, elle rappelait que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) des ministères sociaux estimait en 2017 à 36 % la part de la mortalité prématurée, donc évitable².

Aussi la commission a-t-elle favorablement accueilli ces dispositions et appelé de ses vœux l'émergence de nouvelles expérimentations susceptibles d'améliorer les actions de prévention en santé et de permettre leur prise en charge. Elle souhaite, au-delà du cadre expérimental, qu'une attention particulière soit portée au renforcement de la prévention dans la fixation conventionnelle des tarifs applicables aux professionnels de santé.

À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement n° 257** visant à préciser que, comme pour les autres objectifs reconnus, les expérimentations devraient viser à *améliorer* la prévention en santé.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Dispositions existantes de l'article L. 162-31-1 visant l'ensemble des dispositions du code de la santé publique auxquelles il est possible de déroger.

² Rapport n° 99 (2022-2023) de Mmes Élisabeth Doineau, Rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Gruny, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 2 novembre 2022, tome II, p. 186.

Article 22 ter (nouveau)

**Autorisation des professionnels de santé,
travaillant dans les établissements scolaires,
à adresser des élèves au dispositif *MonSoutienPsy***

*Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à autoriser les professionnels de santé des établissements scolaires à orienter des élèves vers le dispositif *Mon Soutien Psy*.*

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I – Le dispositif proposé : faciliter l'orientation des élèves victimes d'harcèlement vers un psychologue

A. Le dispositif *Mon Soutien Psy*

Le dispositif *Mon Soutien Psy*, anciennement dénommé *Mon Parcours Psy*, créé par l'article 79 de la LFSS pour 2022¹, permet la prise en charge par l'assurance maladie de séances auprès d'un psychologue exerçant en libéral, en centre de santé ou en maison de santé. En vertu de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, cette prise en charge est subordonnée à deux conditions :

- le **psychologue réalisant la séance a été sélectionné** par les services du ministre chargé de la santé² et a signé une convention avec l'organisme local d'assurance maladie ;

- le **bénéficiaire de la séance a fait l'objet d'un adressage** par le médecin traitant ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient.

Par la suite, la loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023³ a élargi cette seconde condition en autorisant les adressages par la sage-femme impliquée dans la prise en charge de la patiente. De même, les sages-femmes peuvent adresser au psychologue le partenaire de la patiente, en cas d'interruption spontanée de grossesse.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² En application de l'article D. 162-31 du code de la sécurité sociale, l'autorité compétente mentionnée au 1° de l'article L. 162-58 pour sélectionner les psychologues volontaires à intégrer le dispositif *Mon Soutien Psy* est le ministre en charge de la santé. Les volontaires font actes de candidatures en déposant leur dossier sur la plateforme : monpsy.sante.gouv.fr.

³ Article 4 de la loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche.

La prise en charge se limite à huit séances par année civile¹ dont la tarification est fixée, par arrêté du 8 mars 2022, à 40 euros pour la première séance, correspondant à un entretien d'évaluation, et à 30 euros pour les séances suivantes².

Le dispositif *Mon Soutien Psy* n'est ouvert qu'aux patients âgés de trois ans ou plus et présentant :

- pour les majeurs, une souffrance psychique ou trouble psychiatrique mineur ;

- pour les mineurs, une situation de mal-être ou de souffrance psychique pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage³.

L'arrêté précité du 8 mars 2022 précise ces critères et exclut également les patients majeurs se trouvant dans une situation plus grave requérant, d'emblée ou en cours, de prise en charge l'avis d'un psychiatre. De même, les mineurs pris en charge en pédopsychiatrie ou psychiatrie ou en affection de longue durée (ALD) pour motif psychiatrique ne sont pas éligibles au dispositif.

Dans l'attente du rapport d'évaluation du dispositif prévu par la LFSS pour 2022, le rapport *Charges et produits* expose quelques éléments de bilan. Au 31 mai 2023, le dispositif *Mon Soutien Psy* a concerné 144 848 patients, orientés par 39 441 médecins – dans 92 % des cas, un généraliste. **Parmi les femmes bénéficiaires, 15,3 % ont moins de 18 ans tandis que les hommes sont 27,4 % à être mineurs**⁴.

B. Le dispositif proposé

Retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale, trois amendements identiques de Stéphanie Rist, rapporteure générale, et des députés Éric Poulliat et Frédéric Valletoux, ont inséré le présent article. Des dispositions similaires avaient été proposées par le Gouvernement par un amendement à la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, déposé au Sénat et finalement retiré avant la séance publique du 25 octobre 2023.

• Le présent article modifie l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale pour **intégrer au dispositif *Mon Soutien Psy* les assurés adressés par les professionnels de santé des établissements scolaires**. L'article précise aussi que le professionnel doit informer le « *médecin impliqué dans la prise en charge* » de l'enfant, dans des conditions définies par décret.

¹ Article R. 162-65 du code de la sécurité sociale.

² Article 2 de l'arrêté du 8 mars 2022 relatif aux tarifs, codes de facturation et critères d'inclusion du dispositif de prise en charge de séances d'accompagnement psychologique.

³ Arrêté du 8 mars 2022 précité.

⁴ La tranche des 3 à 18 ans représente 18 % de la population française totale.

Selon l'objet des amendements proposant ces dispositions, cet adressage s'inscrit dans le cadre du **plan interministériel de lutte contre le harcèlement scolaire** et concernera aussi les établissements de l'enseignement agricole et militaire.

Par les termes « *professionnels de santé des établissements scolaires* », le dispositif proposé est susceptible de concerner de nombreuses personnes.

En premier lieu, seraient concernés les professionnels de santé scolaire fonctionnaires d'État. Il s'agit, d'une part, des médecins de santé scolaire, appartenant au **corps des médecins de l'éducation nationale**¹ et dont le nombre décline depuis 2011 – ils étaient déjà moins d'un millier en 2018 (966)². Les services de santé scolaire de l'État sont donc en grande partie composés des infirmières de santé scolaire, appartenant au **corps des infirmiers de l'éducation nationale et de l'enseignement supérieur**, recrutées par le ministre chargé de la santé et affectées à un établissement d'enseignement. En 2021, les infirmières de santé scolaire étaient au nombre de 8 024³.

En second lieu, seraient concernés les professionnels des services de santé scolaire des collectivités territoriales, agissant sur délégation de l'État. Outre des médecins et des infirmières, ces services peuvent comporter d'autres professions de santé comme des **orthophonistes** et des **psychomotriciens**.

Enfin, ces dispositions s'appliquent également à l'ensemble des professionnels de santé qui interviennent dans les établissements scolaires de l'enseignement privé sous contrat. Dans ces établissements, l'État peut, parfois, mettre à disposition son personnel mais généralement les professionnels sont directement recrutés par les chefs d'établissement⁴.

II - La position de la commission : une mesure utile

La rapporteure accueille favorablement cet article compte tenu de l'enjeu que constitue la lutte contre le harcèlement scolaire. L'ouverture de l'adressage par les professionnels de santé des établissements scolaires contribuera à une prise en charge plus précoce de la détresse psychologique des élèves.

¹ Décret n° 91-1195 du 27 novembre 1991 portant dispositions statutaires applicables au corps des médecins de l'éducation nationale et à l'emploi de médecin de l'éducation nationale - conseiller technique.

² Cour des comptes.

³ Réponse à la question posée en séance publique le 22 septembre 2021 par la sénatrice Colette Mélot, publiée dans le JO Sénat du 23 septembre 2021.

⁴ Rapport d'information de la commission des finances de l'Assemblée nationale sur la médecine scolaire et la santé à l'école, fait par M. Robin Red, enregistré le 11 mai 2023, p. 17.

Cependant, la rapporteure ne peut que demeurer réservée sur la capacité du dispositif *Mon Soutien Psy* à absorber un afflux important d'élèves alors qu'il peine déjà à répondre à tous les adressages de patients. Le nombre de psychologues conventionnés - 2 325 psychologues partenaires au 31 mai 2023, soit moins de 10 % de toute la profession - demeure insuffisant et risque d'induire des annonces sans concrétisation. En parallèle de l'élargissement du dispositif, la rapporteure ne peut qu'encourager le Gouvernement à remédier à la faible participation des psychologues en agissant sur les causes (niveau de rémunération, conditions de sélection ou de conventionnement, etc.).

La commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 258** de sa rapporteure.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 22 quater (nouveau)

Financement par forfaits de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prévoir un financement par forfaits pour le traitement du cancer par radiothérapie.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté visant à codifier la mesure et assurer l'évaluation de l'expérimentation.

I - Le dispositif proposé

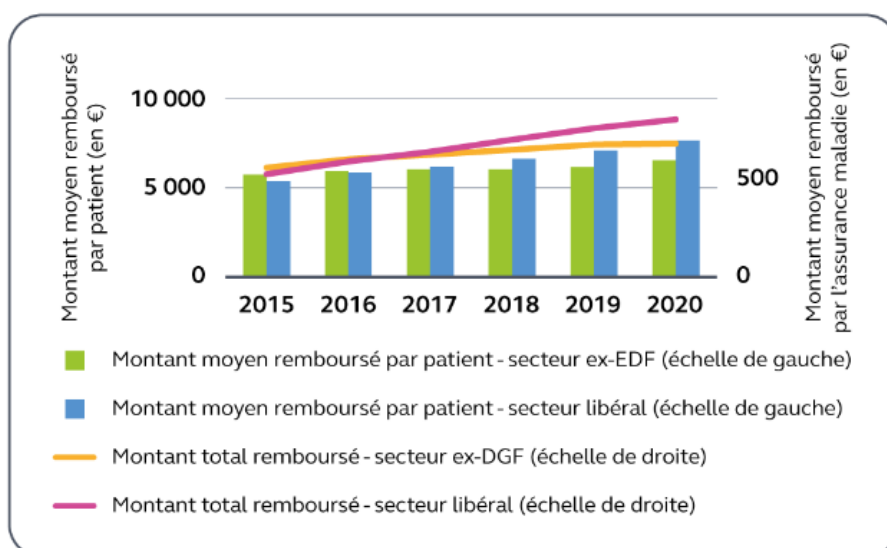
A. Une activité de radiothérapie au financement inadapté

• Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2022, **la Cour des comptes**¹ a consacré un chapitre aux activités de radiothérapie, **confirmant et étayant l'inadéquation des modalités de financement et les distorsions générées.**

La Cour constatait ainsi que « *les dépenses de radiothérapie du secteur public ou privé non lucratif et celles du secteur libéral ont connu une hausse respective de 4 % et de 8,9 % par an, en moyenne, sur la période* », soit une augmentation « *plus que proportionnelle à l'augmentation du nombre de patients et s'explique notamment par les règles de tarification et par leur application parfois sujette à caution* ».

¹ Cour des comptes - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, 2022.

Graphique n° 13 : montants remboursés par l'assurance maladie de 2015 à 2020 en fonction du secteur d'activité



Source : Cour des comptes d'après des données de la caisse nationale d'assurance maladie

Des modèles de tarification distincts

Le secteur public ou privé non lucratif facture à l'assurance maladie son activité de radiothérapie – les séances de préparation ou d'irradiation – selon des tarifs associés à des groupements homogènes de séjours (GHS).

Ces règles de codage datent de 2010 et intègrent la facturation des techniques de modulation d'intensité ou en conditions stéréotaxiques.

Dans le secteur libéral, les structures facturent à l'acte selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), sur le fondement, pour les séances d'irradiation, d'une codification inchangée depuis 2004 alors qu'elle devait être transitoire.

Source : Cour des comptes, RALFSS 2022

Surtout, la Cour estimait que « Bien que le montant total des dépenses liées à l'activité de radiothérapie (1,5 milliard d'euros) puisse apparaître modeste (0,7 % des dépenses courantes de santé), en l'absence d'indicateur de suivi et de capacité d'analyse de l'activité tarifée sur la base de la CCAM, son évolution n'est pas maîtrisée. »

- Au-delà des considérations relatives aux dépenses engendrées, des enjeux de santé publique sont également soulevés.

Comme cela a pu être régulièrement signalé à la rapporteure, **les nouveaux matériels et techniques permettent des traitements plus efficaces, mieux ciblés et réalisés sur un nombre réduit de séances.**

En outre, le nombre réduit de séances s'avère donc parfois finalement moins rémunérateur pour les établissements qui mettent en œuvre les techniques les plus récentes. **Le modèle de financement existant ne semble ainsi pas favorable à l'innovation et à l'évolution des techniques.**

Ainsi, comme le souligne la Cour, « *la tarification à la séance n'incite pas les établissements aux évolutions de prise en charge permettant de réduire le nombre de séances, comme cela est possible grâce à l'hypofractionnement* ».

B. Une expérimentation toujours en cours de financement de cette activité par forfaits

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014¹ prévoyait la possibilité d'une expérimentation, à compter du 1^{er} mars 2014 et jusqu'au 31 décembre 2018, « *afin d'améliorer le parcours de soins et la prise en charge des personnes atteintes d'affections cancéreuses traitées par radiothérapie externe* », laquelle pouvait déroger aux règles de tarification de droit commun.

L'expérimentation a pour objectif de moderniser le système actuel de financement de la radiothérapie afin de l'adapter aux enjeux de l'évolution de l'activité et qu'il devienne incitatif aux bonnes pratiques pour une meilleure prise en charge des patients et une optimisation de la dépense publique. Il s'agit d'expérimenter un modèle de financement forfaitaire commun aux secteurs ville et hôpital, en lieu et place de la facturation à la séance à l'hôpital, et à la dose en ville. Une première phase de recueil de données médicales à blanc (sans impact sur le financement) est en cours depuis juin dernier, avec l'inclusion de premiers patients dans un tiers des centres de radiothérapie de France.

Source : Site du ministère de la santé et de la prévention – avis de 2018

Comme le soulignait la Cour des comptes dans le RALFSS 2022, l'expérimentation initiale s'était cependant limitée aux cancers du sein et de la prostate.

Par la suite, la Cour indique que **les cinq forfaits retenus fin 2017 pour une expérimentation à blanc menée en 2018 ont été définis en fonction de la technique utilisée** (et non des équipements), quels que soient la dose délivrée et le nombre de séances, ceux-ci étant toutefois modulables selon huit « modificateurs », pour **prendre en compte la situation ou le profil du patient et l'adaptation aux nouvelles technologies.**

Le recueil à blanc réalisé en 2018 a selon la Cour abouti en 2019, « *à la définition consensuelle d'une hiérarchisation des forfaits, commune aux deux secteurs d'activité, même si certains points restent encore à approfondir* ».

¹ Article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Cependant, la Cour constate que « *les travaux relatifs à la construction d'une échelle de coûts n'ont toujours pas été engagés et se heurtent à l'absence de données nécessaires pour les cabinets libéraux. La connaissance des coûts conditionne pourtant la valorisation des forfaits et la mesure de l'impact de cette réforme sur les deux secteurs, qui n'ont pu être engagées jusque-là. Enfin, les modalités d'unification des systèmes d'informations, pourtant considérées comme une priorité en 2008, demeurent imprécises* ».

• **L'expérimentation, qui devait prendre fin 2018, se poursuit depuis.**

Pour la Cour des comptes, « Il importe que cette expérimentation soit conduite à son terme puis de réunir les conditions de sa généralisation ». Généralisation rapide cependant, la Cour recommandant en conclusion de « *mettre en œuvre la réforme de la tarification au plus tard le 1^{er} janvier 2024, sur une base d'un recueil unique de l'activité et en corrigeant les règles de facturation en cas de réalisation d'une activité libérale en établissement de santé* ».

C. Un financement proposé par forfaits, au plus tard en 2026

À l'initiative de la rapporteure générale Stéphanie Rist et d'amendements identiques de Laurence Cristol, Frédéric Valletoux et Maud Petit largement cosignés, le Gouvernement a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le présent article additionnel.

Les différents auteurs indiquent ainsi fonder leur mesure sur « *un consensus sur le caractère obsolète du modèle de financement de la radiothérapie* » existant depuis plus de dix ans.

Dénonçant la double tarification « *qui engendre des distorsions tarifaires et une mauvaise allocation des ressources entre les secteurs public et privé non lucratif d'une part et le secteur privé lucratif d'autre part* », ils saluent l'expérimentation menée qui a permis de « *faire évoluer le modèle, fondé sur la facturation à la séance et sur un volume d'actes, vers un paiement au forfait, plus adapté au parcours de soins du patient, aux enjeux de qualité et de sécurité et à même de permettre une meilleure adaptation de l'offre aux besoins des patients* ».

Les auteurs, qui **craignent que les nouveaux travaux, entourant notamment la réforme du champ « médecine-chirurgie-obstétrique » conduisent à retarder un peu plus l'aboutissement de la réforme de la tarification de la radiothérapie**, souhaitent ainsi ici « *inscrire dans la loi le principe* » du financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

Ainsi, le I prévoit que **l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est financée par des forfaits**.

La même phrase précise que ces forfaits sont notamment **déterminés au regard de la technique de radiothérapie utilisée et des caractéristiques des patients**.

Aux termes du **II**, ce changement de modalités de financement doit intervenir à une date fixée par décret, et **au plus tard au 1^{er} janvier 2026**.

II - La position de la commission

A. Une mesure bienvenue au regard de l'évolution des distorsions connues et de l'évolution des protocoles

• **La commission soutient cette mesure bienvenue au regard de constats régulièrement faits depuis plusieurs années.**

Cet article répond à un **problème bien identifié de distorsion du mode de financement entre les secteurs** qui appelait désormais, comme l'a d'ailleurs réclamé la Cour des comptes, une réponse rapide. La rapporteure souligne les initiatives récurrentes de sénateurs de la commission des affaires sociales sur ce sujet dans le cadre des derniers projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette disposition vient également **tirer les conséquences de modalités de tarification qui ne tiennent aujourd'hui pas suffisamment compte de l'évolution des techniques et de l'efficacité de nouveaux protocoles et appareils**. Or, il paraît incongru que des établissements avec des équipements de pointe permettant des traitements avec des techniques plus efficaces sur moins de séances, se trouvent *in fine* moins financés.

C'est d'ailleurs pourquoi la fédération des centres de lutte contre le cancer (Unicancer) appelait encore en 2023, dans le cadre de la réforme de la tarification de la radiothérapie, à « *instaurer un mécanisme de financement (forfait par technique donnée, identique quel que soit l'organe traité) qui favorise l'accès aux innovations pour tous les patients, tient compte de l'évaluation des pratiques, des résultats (phase 4), et de la pertinence des actes* »¹. Le financement au forfait est, pour des raisons similaires, également soutenu par la Fédération hospitalière de France (FHF).

• Le mode de financement au forfait, pertinent, rejoint en outre les conclusions que retenait lui-même le Gouvernement, en réponse à une question² de la sénatrice Florence Lassarade, membre de la commission des affaires sociales, à l'été 2023.

Le Gouvernement indiquait alors que les travaux de réflexion « *ont permis d'aboutir à un schéma de forfaits identifiés par technique de radiothérapie et à la définition de modulateurs de traitement, permettant de tenir compte de la lourdeur de prise en charge du patient, qui se seraient appliqués à l'ensemble des acteurs de la radiothérapie (secteur hospitalier et secteur libéral)* ».

¹ Communiqué de presse du 20 septembre 2023.

² Question écrite de Mme Florence Lassarade n° 04322, publiée dans le JO Sénat du 15 décembre 2022, p. 6458 - Réponse du ministère de la santé et de la prévention, publiée dans le JO Sénat du 13 juillet 2023, p. 4423.

Ainsi, selon cette même réponse gouvernementale, « *le modèle de financement forfaitaire cible envisagé, a pour ambition la création d'une architecture homogène du financement qui pourrait s'apparenter à un mode de paiement à l'épisode de soins fondé notamment sur les techniques de radiothérapie* ».

Le Gouvernement présentait à cette occasion les objectifs poursuivis par ce changement du modèle de financement, lesquels correspondaient à ceux déjà largement évoqués : « *l'amélioration de la prise en compte du parcours de soins du patient, une meilleure réponse aux enjeux de qualité et de sécurité du traitement, la prise en compte des évolutions technologiques et de l'innovation, l'harmonisation des modalités de financement des deux secteurs ou encore l'enrichissement du suivi et des connaissances sur le traitement du cancer par radiothérapie* ».

Une réserve peut néanmoins être faite sur la **formulation retenue pour la détermination des forfaits** avec l'énumération de deux critères non limitatifs que sont la technique de radiothérapie et les caractéristiques des patients.

B. Des réserves quant au calendrier de mise en œuvre

La rapporteure s'interroge cependant sur la méthode retenue cette année pour inscrire dans la loi le financement par forfaits de l'activité de radiothérapie dans le traitement du cancer.

En effet, **des amendements soutenant la même finalité, dans une rédaction quasi identique, ont été ces dernières années plusieurs fois repoussés en attendant d'une évaluation solide**. Sur deux amendements, la commission avait d'ailleurs formulé l'an passé encore une demande de retrait, comme le Gouvernement. En regrettant le prolongement sans cesse de l'expérimentation initiale, la commission avait en effet jugé qu'il n'était pas souhaitable d'appliquer une réforme aussi lourde sans avoir les résultats de l'expérimentation menée.

Or, les résultats n'ont pas été communiqués au Parlement et la mesure, inscrite par amendement à l'Assemblée nationale, **aurait trouvé plus utilement à être insérée dans le texte initial présenté par le Gouvernement, lequel aurait pu détailler le bilan de l'expérimentation et l'impact de sa généralisation**.

- C'est pourquoi la commission, avec **l'amendement n° 259**, prévoit **la remise effective de l'évaluation de l'expérimentation**.

Surtout, le Gouvernement indiquait bien à l'été 2023 que bien que les réflexions aient permis d'aboutir à un premier schéma de forfaits identifiés par technique de radiothérapie, « *un certain nombre de thématiques restent à instruire notamment la reprise des groupes de travail sur la valorisation financière du modèle, l'adaptation des systèmes d'information, la poursuite des recommandations de bonnes pratiques* ». Ces sujets auraient mérité d'être présentés au législateur.

Pourtant, le PLFSS 2024 porte à l'article 23 une réforme du financement des activités hospitalières. **La disposition ici proposée aurait gagné à être présentée en cohérence avec cette réforme plus globale, comme elle devra s'inscrire dans la révision menée de la nomenclature des actes de radiothérapie.**

Ainsi, malgré la demande faite en 2022 par la Cour d'une entrée en application au 1^{er} janvier 2024, le Parlement se trouve aujourd'hui à adopter **une disposition de principe dont l'application ne sera en réalité certainement pas avant 2026.**

Enfin, de manière plus accessoire, la rapporteure, sur un plan légistique, regrette l'inscription de cette disposition de manière autonome et souhaite **privilégier une codification cohérente au sein du code de la sécurité sociale (même amendement n° 259).**

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 23

Réforme des financements MCO des établissements de santé

Cet article propose de réviser les règles de financement des établissements de santé pour le champ des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) en vue de réduire la part assurée par la tarification à l'activité.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés en vue de sécuriser la mise en œuvre de la réforme en décalant son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2028 et en prévoyant avant sa généralisation une phase d'expérimentation de trois ans du modèle cible, tout en préservant jusqu'en 2026 un mécanisme de garantie de ressources dans un contexte de reprise fragile de l'activité.

I – Le dispositif proposé

A. Une correction des lacunes connues de la tarification à l'activité

Lors de ses vœux aux acteurs de la santé, le Président de la République a annoncé cette année une réforme d'ampleur tendant à « **sortir de la tarification à l'activité dès le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale, pour aller vers un nouveau financement qu'on doit rebâtir sur la base d'un travail en profondeur et d'une concertation qui repose sur une rémunération basée sur des objectifs de santé publique** »¹.

¹ Discours du Président de la République, vœux aux acteurs de la santé, 6 janvier 2023.

Dans son discours, Emmanuel Macron revendiquait ainsi de vouloir **corriger le système de tarification à l'activité (T2A)**, dont la « *logique exclusive* » a selon lui créé « *beaucoup de dysfonctionnements* ».

L'article 23 entend traduire cette annonce présidentielle.

• **La tarification à l'activité a permis depuis vingt ans une restructuration de l'offre hospitalière.**

Mise en œuvre par la **loi de 2004** relative à l'assurance maladie¹, dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », la tarification à l'activité a remplacé un modèle de financement qui ménageait deux modalités différentes entre établissements publics et privés d'intérêt collectif d'une part, et privés à but lucratif d'autre part.

Le modèle de « **dotation globale** », applicable aux premiers depuis 1983, conduisait à une situation **défavorable aux hôpitaux à l'activité dynamique et nuisant à l'accès à l'innovation dans ces établissements**, quand les hôpitaux privés commerciaux étaient déjà rémunérés à l'acte.

La France a alors suivi un modèle de financement à l'activité pour les établissements publics et privés non lucratifs, déjà déployé dans d'autres pays occidentaux. Le prix de chaque activité du champ **médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO)** est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé *via* le **mécanisme des groupes homogènes de séjour et groupes homogènes de malades : GHS/GHM**.

La T2A ne représente cependant pas l'intégralité des ressources des établissements. Comme le souligne l'étude d'impact du présent article, « *la part des financements directement liés à l'activité (tarifs des séjours, séances, consultations et actes externes) apparaît déséquilibrée. En effet, ceux-ci représentaient, en 2019, 76 % des financements du champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et, plus globalement, 57 % du financement des établissements de santé (en incluant les champs de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation)* ».

• **Le Gouvernement entend répondre aujourd'hui aux déséquilibres de la T2A**

La situation de l'hôpital et particulièrement de l'hôpital public, est souvent rattachée au mode de financement de celui-ci.

Le Gouvernement² met ainsi en avant « *certaines critiques* », « *notamment sa capacité parfois limitée à traduire les coûts induits par les sujétions liées au fonctionnement de certaines activités de soins ou les conditions de prise en charge* », ou encore le fait que « *certains tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) peuvent désormais être plus ou moins éloignés des coûts de référence correspondants* ».

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

² Étude d'impact.

Enfin, l'étude d'impact souligne l'incapacité de la T2A à financer les coopérations entre acteurs ainsi que le développement de certaines pratiques ou modalités de prise en charge. Cette lacune a conduit à des dotations et financements complémentaires divers, aboutissant à « *un dispositif parfois peu lisible et insuffisamment évalué* ». De même, les financements liés à la qualité¹, en particulier les Ifaq, n'ont pas su montrer leur efficacité ni être soutenus par les acteurs.

Par ailleurs, le Gouvernement constate dans l'étude d'impact que la **régulation prix-volume** appliquée en fonction des objectifs budgétaires « *a pu atténuer la lisibilité du dispositif* » quand « *la "course à l'activité" induite a contribué à l'épuisement des professionnels et a pu conduire à une transformation de l'offre s'éloignant des objectifs de santé publique* ».

Ces constats, ainsi que « *le déséquilibre fortement accentué par la crise sanitaire et les difficultés de recrutements* » conduisent aujourd'hui le Gouvernement à proposer cette réforme.

Une mission de l'inspection générale des affaires sociales a appuyé la direction générale de l'offre de soins dans la construction du nouveau modèle proposé².

B. Un nouveau modèle proposé sur trois piliers

1. Trois « compartiments » visant à intégrer les particularités de différentes catégories de soins et réduire la part de la T2A

Comme l'indique l'étude d'impact, le modèle proposé entend « *soutenir la contribution des établissements de santé aux objectifs de santé publique, en améliorant notamment la qualité des soins et pour mieux reconnaître leurs missions et donner davantage de leviers au pilotage de la territorialisation par les Agences Régionales de Santé (ARS)* ».

• L'objectif revendiqué est **de réduire la part de la tarification à l'activité** pour évoluer vers un modèle de financement visant à **valoriser trois catégories de soins** que sont :

- **les soins répondant à des prises en charge dites « protocolées »**, présentées comme pouvant être **organisées et standardisées**. Ceux-ci ont vocation à demeurer financées sous le régime actuel ;

- **les soins aigus et les prises en charge spécifiques**, pour lesquels **les coûts ne sont pas corrélés à l'activité effective**, avec des charges de base significatives. Un **financement mixte** mêlant activité et dotation est ainsi prévu ;

¹ Incitations financières à l'amélioration de la qualité « IFAQ » et les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins « CAQES ».

² Ces travaux de préfiguration n'ont pas été publiés ni communiqués à la rapporteure qui en avait sollicité les conclusions.

- la **prévention et la coordination des parcours des patients**, relevant d'objectifs de santé publique éventuellement territorialisés, pour lesquelles un financement par dotation est préféré.

Ainsi, le Gouvernement signale que les établissements de santé seront financés par trois « compartiments » : **financement à l'activité, dotations relatives à des objectifs de santé publique et dotations relatives à des missions spécifiques.**

Répartition des compartiments de financement

Financement à l'activité	Dotation sur objectifs de santé publique	Dotation sur missions spécifiques
Tarifs (échelle tarifaire revue)	<ul style="list-style-type: none"> - Dotations actuelles correspondant à des objectifs de santé publique issues des enveloppes Migac ou FIR - Financement à la qualité issus principalement d'Ifaq et Caqes - Nouveaux objectifs de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> - MERRI - Les activités de recours et d'expertise - Les aides à la contractualisation - Forfaits (MRC, FAI, Greffes-PO) - Dotation Populationnelle Urgences - Les dotations « socles » (urgence, soins critiques - nouveau) - Soins non programmables - nouveau

Source : Étude d'impact

Au sein de ces compartiments, l'étude d'impact signale trois éléments nouveaux, que sont les « **nouveaux objectifs de santé publique** » et les **dotations « socles » et relatives aux soins non programmables.**

Selon l'étude d'impact, **la part de la T2A dans ce modèle serait réduite de cinq points** dans le total des ressources issues de l'assurance maladie : « Celle-ci passerait **de 54 % à 49 % entre 2023 et 2026.** Sur la période 2019-2026, la part des financements à l'activité baisserait ainsi de 8 points pour passer de 57 % à 49 % . »

- **Le 5° du D du I porte l'essentiel de la réforme**

Le principe des trois compartiments de financement est inscrit à l'article L. 162-22-2 inséré au sein du code de la sécurité sociale, lequel prévoit que l'activité de MCO est financée par :

- des tarifs afférents aux différentes prestations ;

- des dotations relatives à des objectifs de santé publique ;
- des dotations relatives à des missions spécifiques et des aides à la contractualisation.

L'article L. 162-22-4 codifié précise la finalité des dotations de santé publique, lesquelles concourent au financement « des actions visant promouvoir, à protéger et à améliorer la santé de la population, en particulier par la prévention, ou des actions visant à développer la qualité, la pertinence et la sécurité des soins ». Ces dotations intègrent « notamment » l'ensemble des financements actuels relatifs à la qualité, au premier rang desquels les Ifaq. Certains ajustements sont prévus sur ces dernières, avec le 23° du D qui, sans les renommer, modifie les contours de leur évaluation, supprimant le caractère nécessairement annuel de la mesure, l'année devenant une période plancher.

L'article L. 162-22-5 codifié précise enfin la finalité de la seconde catégorie de dotations, lesquelles reprennent les finalités des actuelles missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et concourent, aux termes de la rédaction proposée, au financement :

- de missions spécifiques, « notamment de recherche, de formation et d'innovation » ;
- d'actions relatives aux engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ou d'autres supports ;
- par renvoi à des dispositions existantes renumérotées, des prises en charges de parcours de soins de patients atteints de pathologies chroniques, d'activités nécessitant des moyens importants quel que soit le volume réalisé et pouvant faire l'objet d'un forfait annuel, des activités répondant à un isolement géographique, et de la dotation populationnelle relative aux urgences.

2. Une redéfinition en conséquence de l'objectif de dépenses MCO

La régulation prix-volume aujourd'hui réalisée sur l'enveloppe des crédits valorisés à l'activité doit voir, avec la T2A, son champ réduit.

En conséquence, le Gouvernement prévoit de faire porter la régulation sur l'ensemble de l'enveloppe de financement de l'activité en MCO, activité et dotations comprises.

Ainsi, le 5° du D du I précise les contours de l'objectif de dépenses MCO, comprenant l'ensemble des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre de ces activités.

Le montant de l'objectif de dépenses est fixé chaque année par arrêté ministériel, suivant l'Ondam.

3. Une réécriture à droit constant d'une large partie des dispositions relatives à l'hôpital

a) Une restructuration du code de la sécurité sociale sans modification de fond

Pour l'essentiel en volume, l'article 23 réécrit, au bénéfice de quelques ajustements, **des dispositions existantes au sein de différentes sous-sections de la section 5, relative aux établissements de santé**, du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, lesquelles distinguent aujourd'hui les différentes catégories d'activités.

Ainsi, le 4^o du D du I s'attache à réécrire les **dispositions relatives aux catégories d'établissements de santé**, les réunissant au sein de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale avec les **différentes catégories de soins hospitaliers** (MCO, psychiatrie, soins de longue durée et soins médicaux et de réadaptation).

Il en est de même pour une partie du 5^o du D du I, concernant :

- **la définition des catégories de prestations, inscrite à l'article L. 162-22-3** au premier rang desquels les tarifs donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie ;

- **la définition par l'État des tarifs, inscrite à l'article L. 162-22-3-1**, les modalités de fixation de ceux-ci ainsi que le rôle du comité d'alerte, décrits au même article ;

- **les coefficients prudentiels visant à concourir au respect de l'Ondam, inscrits à l'article L. 162-22-3-2** et, au même article, les modalités de « dégel » des crédits mis en réserve par une minoration des tarifs ;

- **les coefficients géographiques, inscrits à l'article L. 162-22-8-2.**

b) De nombreuses coordinations

Une **large partie de l'article 23** correspond à **tirer les conséquences de la réécriture des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5** du code de la sécurité sociale, par de nombreuses coordinations au sein du même code. Les références aux dispositions préexistantes sont ainsi remplacées au sein de chaque article du livre I^{er} du code de la sécurité sociale par la nouvelle référence correspondante.

À cette fin également, le VI prévoit une **disposition « balai » de remplacement dans l'ensemble des textes législatifs des références aux établissements de santé au sein de l'article L. 162-22-6 par les nouvelles références de l'article L. 162-22.**

3. Des ajustements techniques complémentaires

a) Une application des tarifs au 1^{er} janvier de l'année

Pour simplifier la gestion budgétaire des établissements de santé, le Gouvernement propose de fixer au 1^{er} janvier, contre le 1^{er} mars actuellement, la date d'application des tarifs pris en charge par l'assurance maladie - ainsi que celle des tarifs servant de base au calcul de la participation des assurés.

Le **quatrième alinéa** du **I** de l'**article L. 162-22-3-1** codifié dans la rédaction issue du présent article prévoit **l'effet des tarifs nationaux de prestation et coefficients prudentiels au 1^{er} janvier de l'année.**

Le *e* du **1^o** du **D** du **I** modifie également à cette fin le **V** de l'**article L. 162-20-1** du code de la sécurité sociale relatif à la date d'effet des tarifs issus de la tarification nationale journalière des prestations, pour ce qui est du champ de la participation du patient.

b) Un aménagement de la facturation en cas d'aléa

Le *b* du **26^o** du **D** du **I** complète l'**article L. 162-25** du code de la sécurité sociale relatif au paiement des prestations.

Il entend ainsi permettre, dans le cas où un établissement « *fait face à un événement qui l'empêche d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations relatives à son activité* », de **majorer le délai d'un an prévu à l'issue de l'acte.**

Cette majoration possible, proportionnelle à la durée et à l'intensité de l'incidence, est **décidée par le directeur général de l'agence régionale de santé ; elle ne peut excéder un an.**

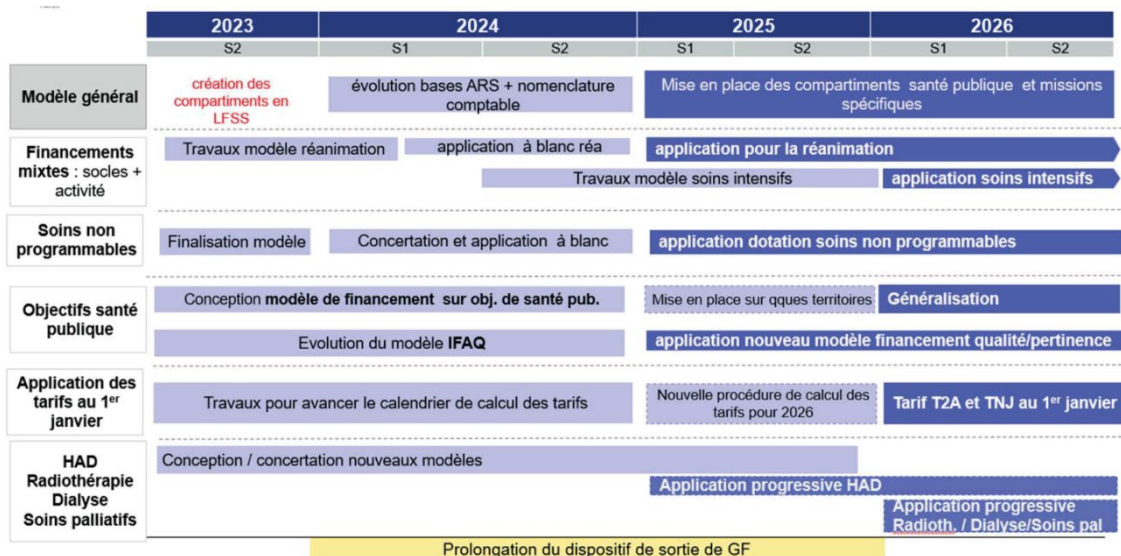
4. Une entrée en vigueur progressive, à partir de 2026

Le Gouvernement présente une entrée en vigueur progressive du dispositif.

Si le **VII** prévoit une entrée en vigueur au **1^{er} janvier 2024** de l'**article 23**, le schéma livré dans l'étude d'impact n'engage une bascule vers de nouvelles modalités de financement au mieux qu'en 2025.

Ne doivent être réalisés en 2024 concernant le futur modèle que des travaux préparatoires, et non une mise en application.

Schéma prévisionnel de mise en œuvre de la réforme



Source : Étude d'impact

La mise en place des compartiments n'interviendrait pas avant 2025. À cette fin, le 1° du VII prévoit des reports d'entrée en vigueur des nouvelles dotations au 1er janvier 2025 comme des nouvelles dispositions relatives aux tarifs, soit le cœur de la réforme.

Les premiers éléments d'application concrète sont attendus à partir de 2025 et concernent les soins critiques, avec une application qui débiterait pour la réanimation avant la prise en compte des soins intensifs en 2026, ou encore une évolution des financements à la qualité. Le schéma présente ainsi une entrée en application des dotations relatives aux soins non programmables ou à la qualité en 2025, quand l'application de nouveaux forfaits pour les dialyses et la radiothérapie sont attendus pour 2026.

Le 2° du VII ménage en outre un maintien de l'application des rédactions en vigueur en faisant application, pour 2024, des références actuelles, soit un maintien du droit.

De même, le 3° du VII ajuste le périmètre de l'objectif de dépenses à ces reports.

Enfin, le 4° du VII reporte à 2026 l'entrée en vigueur des dispositions relatives à l'avancée des tarifs au 1er janvier.

Le même schéma fait également apparaître des évolutions à partir de 2026 concernant la radiothérapie et la dialyse, lesquelles ne sont pas inscrites en tant que telles dans le texte initial.

5. Une sécurisation des ressources des établissements jusqu'à l'entrée en vigueur de la réforme

Dans le contexte de la survenue de l'épidémie de covid-19 et pour prévenir une perturbation majeure des ressources des établissements de santé, le Gouvernement avait prévu à partir de 2020 une « garantie de financement ». Après trois exercices de crise sous ce régime, la loi de financement pour 2023 a prévu un mécanisme de **sécurisation des ressources modulé à l'activité**.

Mécanisme de sécurisation modulé à l'activité Extrait de l'article 44 de la LFSS pour 2023

Entre le 1^{er} janvier 2023 et le 31 décembre 2023, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, **les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier, à titre transitoire, d'un mécanisme de soutien de leurs recettes** versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, déterminé en tenant notamment compte du volume d'activité et des recettes perçues antérieurement par l'établissement.

Le Gouvernement prévoit de prolonger cette sécurisation de **financement jusqu'en 2026**, soit à l'entrée en vigueur effective de la réforme. Soulignant que, « *pour de nombreux établissements, le niveau d'activité reste inférieur à ce qu'il était avant la crise sanitaire* », le dispositif entend apporter une sécurité financière au titre des campagnes 2024 et 2025, « *dans l'attente de l'entrée en vigueur et de la montée en charge du nouveau modèle de financement du champ MCO* ».

En outre, cette sécurisation permet, selon le Gouvernement, de « *répondre aux préoccupations des établissements sur la visibilité de leurs ressources pendant la phase transitoire vers les modes de financements pérennes en cours de réforme* ».

- **Le V** modifie à cette fin **l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023¹**, en reportant la fin du dispositif au **31 décembre 2025**.

Par ailleurs, le **V** tire par le même **V** **les conséquences de l'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR)**, en ajoutant **une considération de « périmètre »** dans la détermination du soutien aux établissements.

Enfin, le **V** **modifie les références** relatives aux établissements de santé en conséquence des modifications opérées au présent article 23 dans le code de la sécurité sociale.

¹ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

C. Au détour de cet article, différents ajustements annexes

1. Un ajustement de la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation

Le III vise à **adapter le calendrier dans lequel sont amortis les effets de la réforme du ticket modérateur sur les recettes des établissements pour leurs activités de soins médicaux et de réadaptation.**

Le présent III vise ainsi à rendre moins radicale la mise en œuvre de la réforme, la direction générale de l'offre de soins indiquant¹ que, « *l'amortissement actuellement en vigueur prévoit trois temps possibles de dégressivité tandis que le III de l'article 23 prévoit quatre temps possibles de dégressivité* ».

Enfin, il vise à mettre en cohérence ce calendrier avec la modification du calendrier de la publication des tarifs avec un passage au 1^{er} janvier.

2. La suppression du rapport relatif au financement des établissements de santé

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale de 2022² prévoit depuis le projet de loi de financement pour 2023 **une annexe présentant la situation financière des établissements de santé et des établissements médico-sociaux.**

En conséquence, **le Gouvernement estime satisfait le rapport annuel prévu par le code de la sécurité sociale** relatif aux actions menées sur le champ du financement des établissements de santé. **Le 22° du D du I abroge ainsi l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale.**

3. La suppression des expérimentations caduques de la LFSS 2021

La loi de financement pour 2021³ a prévu un **droit d'option aux établissements de santé pour bénéficier d'une « dotation socle »** se substituant au financement à l'activité et a, dans un second temps, autorisé **une expérimentation pour cinq ans d'un nouveau modèle de financement mixte des activités hospitalières de médecine.**

Du fait de la crise sanitaire puis des dispositifs de sécurisation des financements, le Gouvernement n'a jamais mis en œuvre ces dispositions.

Le IV abroge ainsi l'article 57 de la LFSS pour 2021 qui portait ces deux expérimentations.

¹ Réponses au questionnaire de la rapporteure.

² Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel la Première ministre a engagé la responsabilité du Gouvernement en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a retenu différentes modifications tendant à :

- **inscrire la mise en place d'un financement forfaitaire des séances de dialyse**, à l'initiative de la rapporteure générale Stéphanie Rist et d'amendements identiques des députés Frédéric Valletoux, Laurence Cristol et Sandrine Josso. Cette modification n'interviendrait qu'au **1^{er} janvier 2026** ;

- préciser la dimension territoriale et nationale des objectifs de santé publique retenus, par l'amendement du député Paul-André Colombani sous-amendé par le Gouvernement ;

- **corriger le champ de la sécurisation modulée à l'activité**, considérant le dispositif de sécurisation propre à la réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR), à l'initiative de la rapporteure générale Stéphanie Rist.

Douze amendements de précisions ou corrections rédactionnelles de la rapporteure générale Stéphanie Rist ont en outre été retenus.

Cet article ainsi modifié est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

A. Un modèle en trois piliers qui relève ici seulement du regroupement de nombreuses briques : une fausse réforme

1. Un modèle de financement usé et aujourd'hui inadapté

• Le champ « médecine-chirurgie-obstétrique » représente aujourd'hui le cœur de l'activité d'hospitalisation. En 2023, il représente un montant global de plus de 75 milliards d'euros¹.

La commission d'enquête sur l'hôpital conduite par Catherine Deroche² avait établi différents constats sur les **insuffisances de la tarification à l'activité** au regard des enjeux actuels des établissements de santé.

¹ En cumulant l'objectif de dépenses MCO et le montant des Migac MCO. Arrêtés du 28 mars 2023 et du 10 mai 2023 et réponses du Gouvernement au questionnaire de la rapporteure.

² Hôpital : sortir des urgences, rapport n° 587 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la CE Hôpital, déposé le 29 mars 2022 (tome 1).

Les principaux arguments avancés dans l'étude d'impact sont **cohérents avec les conclusions de la commission d'enquête concernant les lacunes d'un système de financement prenant insuffisamment en compte les charges propres à certaines activités.**

La commission d'enquête remarquait ainsi notamment que *« la T2A a ainsi parfois concrètement mené à un jeu dangereux pour les hôpitaux : une course à l'activité visant à maintenir leur niveau de recettes dans un contexte de baisse des tarifs. Augmentation qui, appréciée globalement, conduisait le Gouvernement à baisser les tarifs l'année suivante. De fait, les hôpitaux subissent une externalité négative sur leurs ressources du fait d'une dynamique d'activité dans les autres établissements. Pire, certaines années, la baisse des tarifs assise sur une anticipation de l'augmentation de l'activité a parfois coïncidé avec une baisse de l'activité et donc une baisse des crédits : une logique "perdant-perdant" symptomatique d'un outil mal employé ».*

La rapporteure note en outre que ce constat est une nouvelle fois confirmé par la Cour des comptes qui, dans son rapport de juillet¹, indique que *« la tarification à l'activité pousse, par ailleurs, les établissements de santé à réduire leur volume d'activité dans les domaines où le forfait est inférieur à leurs coûts et incite, à l'opposé, les établissements qui le peuvent à se spécialiser dans le traitement des pathologies pour lesquelles ils bénéficient d'un avantage comparatif »*, notant que *« ces ajustements micro-économiques n'offrent aucune garantie macro-économique que la somme des spécialisations induites participe, sur un bassin de vie, à une couverture de l'ensemble des soins ou à une capacité suffisante de prise en charge »*. Enfin, toujours selon la Cour, *« la tarification à l'activité est, de surcroît, plus difficilement compatible avec les activités non programmées par nature plus difficiles à anticiper, dans un contexte d'activité discontinue (urgences et obstétrique par exemple) »*.

2. Un besoin de réforme soutenu par le Sénat

Le Sénat a soutenu à plusieurs reprises au cours des dernières années une évolution du mode de financement des hôpitaux sur le cœur de l'activité qu'est le champ MCO.

La commission des affaires sociales avait par exemple soutenu l'expérimentation de l'article 57 de la LFSS pour 2021, proposée à l'issue du Ségur de la santé et abrogée par le présent article.

En outre, la commission d'enquête sénatoriale estimait en 2022 *« nécessaire de tourner rapidement la page du "tout T2A" et d'accélérer l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement des activités hospitalières du champ "médecine, chirurgie, obstétrique" »*, se prononçant pour une évolution vers un modèle cible de financement sur trois piliers : **activité, population et qualité.**

¹ Cour des comptes, La tarification à l'activité, observations définitives, juillet 2023.

Un mix de financement nécessaire

C'est le constat que dresse d'ailleurs le président de la sixième chambre de la Cour des comptes Denis Morin, qui considérait devant la commission d'enquête que « *c'est ce que l'on observe dans les pays voisins ; ils sont sortis de ces grands débats un peu philosophiques entre tarification à l'acte et tarification globale, et ils ont fait un mix* ».

De même, l'Académie de médecine invitait à dépasser la vision médicale et la vision managériale du financement avec **un modèle en trois parties : une subvention de base, une tarification à l'activité et une contribution à la qualité des soins et au résultat.**

Source : Extrait du rapport de la commission d'enquête

La commission d'enquête estimait ainsi : « *Si un lien entre financement et activité réelle de l'établissement doit demeurer pour ne pas revenir aux travers de l'ancienne dotation globale, il apparaît opportun d'assortir cet étage de financement de deux autres : l'un, qui doit rapidement monter en puissance, prenant la forme d'une "dotation populationnelle" liée aux besoins de santé identifiés pour le territoire et sa population ; l'autre, renforçant le financement à la qualité encore marginal.* »

• **La commission soutient ainsi le principe des trois compartiments** que le Gouvernement a dessinés, qui peuvent rejoindre, selon ce qui y sera inscrit, la recommandation de la commission d'enquête.

L'intervention de **dotations « socles » doit ainsi permettre d'appréhender un financement plus juste d'activités pour lesquelles des charges importantes sont liées à la nécessité d'une offre disponible, sans considération de l'activité *in fine* réalisée.** L'enjeu est ici de mieux prendre en compte les **services de soins critiques, les activités de soins non programmables** et s'appliquerait également justement aux **maternités.**

De la même façon, le financement par forfaits de certaines activités répond à un besoin identifié d'adaptation de la rémunération de certains soins, comme le montre en outre à l'article 22 *quater* l'évolution du financement de la radiothérapie oncologique. La commission **soutient ces évolutions pour le traitement du cancer par radiothérapie comme pour les dialyses.** Elle a cependant **clarifié la formulation inscrite par l'Assemblée nationale (amendement n° 262).**

La rapporteure note en outre que cette « correction » de la T2A par des aspects de financement relatifs à des activités particulières ou à la qualité semble également retenue dans le cadre de réformes du financement de l'hôpital menées en Europe, notamment en Europe du Nord ou, récemment, en Allemagne.

**Au Danemark, un financement à l'activité réduit
au profit d'une dotation de proximité**

Au Danemark, **les hôpitaux ne sont plus financés à l'acte mais selon un modèle distinguant trois catégories de ressources.**

À travers les régions, les établissements reçoivent ainsi : une **dotacion globale de l'État (75 %)**, répartie entre les régions selon des **critères d'âge et de situation socio-économique.**

Une part financée par les municipalités est **liée à l'activité (17 %)** et incite celles-ci à investir dans la **prévention.**

Enfin, depuis l'accord de 2019 entre le gouvernement et les régions, un **financement de proximité** est mis en œuvre. Ce modèle entend se substituer au financement à l'activité. Ce **financement conditionnel s'appuie depuis 2021 sur les objectifs** suivants : la **réduction du nombre d'hospitalisations par citoyen** ; la réduction de l'activité hospitalière par **patient chronique souffrant de BPCO et/ou de diabète** ; la **réduction de la proportion d'hospitalisations somatiques conduisant à une réadmission aiguë** dans les 30 jours et **l'augmentation de la part des parcours hospitaliers « virtuels ».**

Source : Site internet de l'association des régions danoises, Danske Regioner

La rapporteure note cependant que le modèle proposé par le schéma gouvernemental n'est pas appréhendé ou attendu par l'ensemble des fédérations de la même manière.

Ainsi, la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) a souligné être « *très attachée au financement à l'activité* ». Et, si elle préconise également un développement de la part de la qualité, la FHP estime que celle-ci doit être « *prise sur les tarifs, elle doit pouvoir être un vecteur incitatif plus fort qu'elle ne l'est* ». La fédération constate d'ailleurs que les financements Ifaq sont **loin du milliard d'euros prévu dans le cadre du plan « Ma santé 2022 ».**

3. Ici, un regrettable jeu de chamboule-tout à droit constant

Malgré les proclamations de l'exécutif à grand renfort de communication, le présent article n'apparaît nullement une révolution.

• **Pour l'essentiel, l'article 23 ne fait que redistribuer les modalités actuelles de financement en trois catégories.**

Ainsi, le Gouvernement ne prévoit **pas réellement de nouvelles dotations ou éléments de financement ni ne réalise de rationalisation des dispositifs existants.** Preuve en est par exemple la diversité de financements à la qualité, qui demeurent globalement inchangés et ne font qu'intégrer la nouvelle catégorie « santé publique ».

Derrière un article très volumineux et des réécritures et renumérotations nombreuses, force est de constater que sur les 203 alinéas transmis, les dispositions portant réellement une réforme sont somme toute très limitées.

Ainsi, sur les quelque seize pages que représente l'article 23, plus de neuf pages sont consacrées à des coordinations et renumérotations, cinq pages couvrent des réécritures à droit constant et moins d'une page porte effectivement des dispositions nouvelles – soit une surface équivalente aux dispositions nécessaires pour aménager l'entrée en vigueur.

Comme le présente le Gouvernement lui-même dans l'étude d'impact qu'il livre : « *Une autre option aurait pu être de se limiter à un élargissement de la dotation Migac pour y intégrer une part de financement sur objectifs de santé publique. Il semble toutefois important que la réforme assoie clairement les 3 compartiments de financement (activité, santé publique et missions spécifiques). C'est la raison pour laquelle la mesure retenue supprime la dotation nationale Migac et crée 2 nouvelles dotations au sein de l'OD MCO au même niveau juridique que le dispositif de T2A.* »

Le Gouvernement procède ainsi par cet article davantage à un reclassement des dispositions du code de la sécurité sociale qu'à une modification de fond. En résumé, une simple réorganisation des tiroirs d'une même commode.

- Surtout, derrière un dispositif juridique limité, l'étude d'impact et les présentations faites par le Gouvernement laissent un sentiment d'affichage sommaire sans qu'aucun schéma précis et cahier des charges cadré n'aient été auparavant établis.

L'article 23 se veut en définitive le portage juridique d'une réforme dont l'essentiel reste à connaître pour le législateur, voire à imaginer pour le Gouvernement.

4. Un calendrier en trompe-l'œil : une fausse mise en œuvre au 1^{er} janvier 2024

Malgré une disposition de principe établie au VII postulant une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024, le calendrier revendiqué apparaît trompeur.

Ainsi, vraisemblablement pour satisfaire la commande présidentielle de réforme immédiate, l'ensemble des modifications de l'article au premier rang desquelles les réécritures à droit constant mais aussi les nouveaux compartiments sont annoncés comme entrant en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

Pourtant, l'article 23 procède à un jeu d'équilibre légistique périlleux en prévoyant, après avoir procédé à de multiples numérotations, les renumérotations inverses pour l'année 2024. En somme, un maintien du droit constant au moyen d'une complexe dérogation à l'entrée en vigueur précipitée.

Surtout, derrière une volonté d'application rapide à marche forcée, **l'ampleur du chantier technique qui s'ouvre ne permet pas d'envisager un déploiement en quelques mois**. Cela n'apparaît **ni possible, ni souhaitable**, en particulier pour les établissements et les agences régionales de santé.

Ainsi, pour les volets devant entrer en application en 2025 comme pour ceux annoncés pour 2026, le temps restant pour leur bonne préparation laisse **largement douter de la crédibilité de l'échéance**.

B. Un traitement précipité et mal dosé, répondant à un diagnostic en partie erroné

1. Une réforme envisagée à enveloppe constante : le miroir aux alouettes ?

a) Un coût réputé nul dans l'étude d'impact

La rapporteure regrette **qu'une des principales inconnues de cette réforme du financement soit, précisément, son impact financier**.

L'étude d'impact fournie par le Gouvernement se borne à annoncer un coût éventuel de 12 millions d'euros concernant des dispositifs de coordination ou de prise en charge de populations vulnérables.

Pour le reste, aucune information ni aucun chiffrage prévisionnel ne sont fournis, l'étude d'impact indiquant uniquement que « *cette réforme vise notamment à créer un cadre de financement dédié aux actions de santé publique menées par les établissements. Elle s'accompagnera donc d'une nouvelle dynamique des financements de ce secteur* », laquelle dynamique n'est pas documentée.

Cette absence d'évaluation de l'impact financier ne fait que traduire le caractère inabouti de la réforme. Le Gouvernement relève ainsi lui-même que « *le rythme de progression des dépenses induites par le nouveau modèle de financement dépendra pour les années suivantes des travaux techniques en cours et de la capacité des acteurs à se saisir des nouveaux leviers qui seront mis à leur disposition. Il est donc difficile de déterminer précisément l'évolution de ces nouvelles charges au-delà de l'année 2024* ».

b) Des jeux de vases communicants annonçant de futurs gagnants et perdants pour le moment non identifiés

Il ressort cependant des auditions menées par la rapporteure que **l'hypothèse du Gouvernement ne semble pas être celle d'une rallonge budgétaire** à destination des établissements de santé en vue d'accompagner la réforme, comme cela avait pu être le cas lors de la mise en œuvre de la T2A.

Or, comme le souligne la Fédération hospitalière de France, « *changer les vecteurs de financement des seuls établissements de santé ne résoudra pas deux problèmes majeurs. Premièrement, cela ne répondra pas au sous-financement de certaines activités essentielles au système de santé. Deuxièmement, cela ne répondra pas au besoin de décloisonnement et de transversalité dans les parcours de soins* ».

Les conférences de présidents de commission médicale d'établissement¹ se sont également montrées préoccupées, lesquelles estiment qu'« *il ne s'agit pas seulement d'un problème de répartition entre territoires, car tous les territoires sont en difficulté* » et considérant alors qu'à **enveloppe inchangée, la réforme reviendrait « seulement à répartir différemment la pénurie et les difficultés »**.

La rapporteure s'inquiète ainsi de l'absence totale de projection des effets revenus qui ne manqueront pas de s'opérer, entre activités et donc également entre établissements.

L'exemple des soins critiques est à ce titre illustratif :

- si le raisonnement est celui d'un budget maintenu sur cette activité, alors le nouveau modèle et la dotation socle qu'il prévoit pour cette activité ne feront que redistribuer la même somme sur des lignes budgétaires désignées différemment. D'une part, cela pourrait conduire à **des redistributions entre établissements au regard du calibrage de leur nombre de lits**. D'autre part, cela **ne règlerait en rien le problème de sous-financement global de ce secteur**, qui devra en outre faire face à des besoins de financements renforcés au regard de l'augmentation prévue des ratios de soignants ;

- si le raisonnement n'est pas celui d'enveloppes constantes par segments d'activité, cela signifie alors **des redistributions à venir entre les activités**, avec des activités mieux financées mais d'autres qui devront accroître leur performance au risque d'être déficitaires.

Surtout, la rapporteure souligne qu'en réponse au questionnaire adressé, la direction de la sécurité sociale a indiqué que « *les effets redistributifs seront d'autant plus lisibles que la réforme se déploie à enveloppe constante. Il convient cependant d'indiquer que l'Ondam-établissements de santé continuera de croître et que cette croissance pourra constituer un levier, le cas échéant, pour traiter ces effets revenus. La DSS considère néanmoins qu'une réforme des financements, si elle comporte une dimension transformante pour les établissements, doit induire des effets revenus* ».

La question n'est donc bien pas de savoir s'il y aura des effets revenus, mais de les identifier. Or, la question des « gagnants » et « perdants » est bien la plus sensible.

¹ Réponses conjointes des conférences de PCME de centres hospitaliers et de centres hospitaliers universitaires au questionnaire adressé.

Malheureusement, la réponse donnée devant la commission¹ par le ministre de la santé et de la prévention aux questions de la rapporteure n'est pas de nature à rassurer sur ce point : « *Je ne saurais vous répondre sur l'identification des gagnants et des perdants de la réforme. Personne ne crée d'usine à gaz par plaisir. Nous l'avons vu avec les soins de suite et de réadaptation (SSR) et avec la psychiatrie : les effets redistributifs des réformes de tarification sont difficiles à évaluer. En l'espèce, nous savons le faire globalement pour 2024. Pour les années suivantes, nous suivrons la question de près. La mise en oeuvre de la réforme sera progressive. Elle doit permettre un meilleur ajustement à la situation des différents hôpitaux, mais je ne doute pas qu'elle fera des perdants que nous n'aurions pas identifiés, comme ce fut le cas à l'occasion d'autres réformes.* »

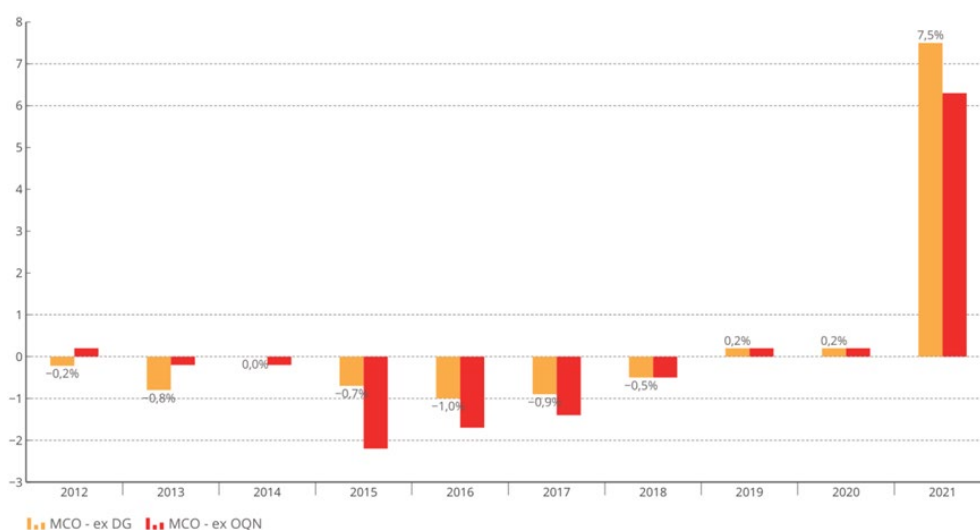
La commission s'interroge ainsi fortement sur l'anticipation par le Gouvernement des effets de la réforme. Surtout, elle ne peut que constater que, **là où une réforme de financement traduit en règle générale une volonté de réorganisation de l'offre de soins, la présente réforme aura nécessairement ce type de conséquences sans avoir cette finalité affichée ni ces effets appréhendés.**

2. Une réduction de la part de T2A qui ne peut pas constituer l'unique finalité de la réforme

a) Des difficultés produites davantage par le mécanisme de régulation appliqué au moyen de la T2A que par la T2A elle-même

Comme l'avait montré la commission d'enquête sur l'hôpital, « *les tarifs n'ont pas suivi l'évolution réelle des coûts pour les établissements et se sont réduits à un mécanisme de "point flottant" destiné à une régulation prix-volume. La T2A s'est écartée de la juste rémunération des charges de soins.* »

Évolution des tarifs MCO sur la décennie écoulée



Source : Commission d'enquête, d'après les chiffres transmis par le ministère des solidarités et de la santé

¹ Audition d'Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, par la commission des affaires sociales du Sénat, 26 octobre 2023.

En outre, la Cour des comptes constatait sur ce même sujet en juillet dernier : « Les effets induits, potentiels mais rationnellement prévisibles, ont eu des incidences sur les recettes des établissements de santé. Ces effets sont cependant proportionnels à la part que la T2A représente dans leurs recettes. »

Tableau n° 10 : Répartition des produits versés par l'assurance maladie pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique par statut de l'établissement de santé en 2019

Type de produits (assurance maladie)	Établissements privés lucratifs	Établissements publics et Espic	dont CHR et CHU	dont CH	dont Espic
Tarifification des séjours	81,4 %	64,2 %	59,2 %	67,5 %	69,2 %
Prestations spécifiques*	1,8 %	9,3 %	8,2 %	10,7 %	8,4 %
Médicaments et dispositif médicaux en sus	14,2 %	9,3 %	11,0 %	7,0 %	12,2 %
Forfaits annuels	1,4 %	2,8 %	2,0 %	3,9 %	1,4 %
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation	1,2 %	13,4 %	19,6 %	8,9 %	8,0 %
Hôpitaux de Proximité	0,0 %	1,0 %	0,0 %	2,1 %	0,8 %

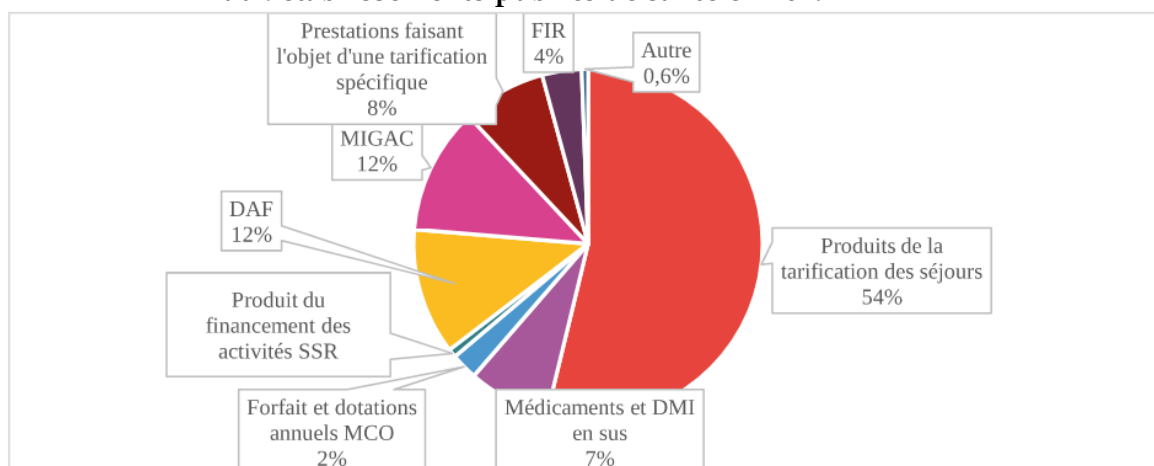
Source : Cour des comptes d'après l'état financier des ARS.

* Prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique : dont actes et consultations externes

Pourtant, les établissements aujourd'hui en déficit ne sont pas nécessairement les établissements ayant la part la plus substantielle de leurs ressources financées par la T2A. Ainsi, certains CHU accusent depuis plusieurs années des déficits majeurs alors que la part de T2A est déjà celle de la cible du Gouvernement avec la réforme.

Ainsi, les hôpitaux publics, dont la dette s'élevait en 2019 à 39 milliards d'euros et qui font état en 2022 d'un déficit d'1 milliard d'euros, n'ont pas nécessairement souffert du lien fait entre leur activité et leur financement, mais bien de l'inadéquation du niveau de financement de ces activités avec leurs charges réelles.

Répartition des produits versés par l'assurance maladie aux établissements publics de santé en 2019



Source : Cour des comptes à partir des données comptables DGFIP

Il convient donc de **ne pas se tromper d'objectif et d'identifier correctement le problème**. Si la question est celle d'une mauvaise régulation des enveloppes fermées, **l'augmentation de la part des dotations, par principe pilotées de manière étroite, n'apparaît ainsi pas nécessairement une réponse plus appropriée**.

• Partant, **écarter la question des tarifs ou du niveau même des enveloppes pour se concentrer sur un seul aspect de construction juridique démontre une appréhension erronée du problème à résoudre**.

b) Un besoin de préservation d'une part de T2A pour préserver une logique de développement de l'activité

La commission d'enquête sénatoriale soulignait en 2022 qu'un « **lien entre financement et activité réelle de l'établissement doit demeurer pour ne pas revenir aux travers de l'ancienne dotation globale** ». L'enjeu n'est donc pas de déconnecter les financements hospitaliers de l'activité réalisée, mais d'équilibrer celle-ci au regard de charges qui ne sont pas directement liées à l'activité.

Comme le constatait la Cour des comptes¹, il ressort de travaux récurrents menés sur la T2A que « *la tarification à l'activité est le plus mauvais système à l'exception de tous les autres* », au moins pour une très large partie des actes de soins ».

Surtout, la Cour reconnaissait que « *l'un des avantages reconnus à la tarification à l'activité, en dépit des améliorations à lui apporter, décrites dans le présent rapport, a été d'introduire une transparence des coûts, une forme d'objectivité dans l'attribution des crédits et une incitation à l'efficacité que l'on ne reconnaît à aucun autre dispositif de financement* ».

Cependant, les hôpitaux ont insisté auprès de la rapporteure sur **l'impact du virage ambulatoire** sur le financement des établissements, avec un changement de « *case-mix* » et une **restructuration moins rémunératrice de l'activité** : il convient de mieux tirer les conséquences de ces évolutions.

c) Un besoin de préservation d'une part de T2A à des fins médicales

Le maintien d'une part de tarification à l'activité déterminante apparaît en outre nécessaire quand le renseignement de nombreuses données médicales est aujourd'hui réalisé à des fins de facturation.

Comme le soulignait dans son récent rapport sur les données de santé la présidente Catherine Deroche² : « *Alors qu'une réforme du financement des établissements de santé est annoncée sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) avec une réduction de la part de tarification à l'activité, la question des données que retracera demain le PMSI³ doit faire pleinement*

¹ Cour des comptes, La tarification à l'activité, observations définitives, juillet 2023.

² Données de santé : une réforme encore en cours de chargement, rapport d'information n° 873 (2022-2023), déposé le 12 juillet 2023.

³ Programme de médicalisation des systèmes d'information.

partie de la réflexion. Une réduction de la finesse de la facturation ou l'augmentation de financements globaux amoindrirait la pertinence de l'une des principales bases du SNDS¹ historique. »

Dans son rapport à l'été 2023, la Cour des comptes constatait elle-même en outre que « *le codage de l'activité médicale dépasse le cadre de la valorisation financière des séjours et doit être maintenu à des fins de connaissances scientifiques et épidémiologiques* ».

3. Une construction économique du modèle malheureusement évitée par l'article 23

a) Une ventilation des compartiments qui relève d'un arbitrage politique encore mal défini

La réduction de la part de T2A n'est pas en elle-même vertueuse.

La principale question est la ventilation que souhaite réaliser le Gouvernement entre les crédits des trois compartiments.

Or, aucun chiffrage n'est produit sur ce point, **le Gouvernement n'indiquant par exemple nullement l'évaluation des dépenses que représentent les activités pour lesquelles il entend prévoir une part de dotations pour missions spécifiques par exemple.**

Ainsi, si le Gouvernement revendique une baisse projetée de cinq points de la part de T2A, il ne précise pas la hauteur des deux compartiments créés par le présent article.

Enfin, au-delà des lacunes évoquées, il conviendrait, avant toute simulation de futures modulations, **d'avoir l'état des lieux de ce que représentent les différents segments que l'article redistribue, dans la mesure où ceux-ci existent bien déjà.**

Au bout du compte, le futur modèle de financement, présenté comme une simple construction technique et juridique, **relève au contraire d'arbitrages politiques dont la rapporteure constate avec regret qu'ils ne sont aujourd'hui ni évalués ni même suggérés.**

La rapporteure constate ainsi qu'avec les éléments de dotations existants, le Gouvernement aurait pu poursuivre les mêmes finalités que celles revendiquées dans l'étude d'impact : **cela relève d'un choix politique suivi d'une traduction budgétaire.**

b) Sur la part de T2A restante, le sujet contourné de la couverture effective des charges pour les activités tarifées

Comme l'a souligné la commission d'enquête l'an passé, **les problèmes posés par la tarification à l'activité relèvent pour partie non pas de sa logique mais de son application.**

¹ Système national des données de santé.

• Pourtant, alors que la moitié du financement doit demeurer liée à l'activité, le présent article évite deux sujets déterminants que sont les groupes homogènes de séjours et le niveau des tarifs.

En effet, la commission d'enquête soulignait que *« le système de tarification à l'activité apparaît particulièrement complexe en reposant sur plus de 2 400 groupes homogènes de malades. Si, à titre de comparaison, entre 2003 et 2010, tous les pays européens utilisant une tarification forfaitaire ont accru le nombre de groupes (ou diagnosis related groups - DRG) de moins de 1 000 à moins de 1 200, à l'exception de l'Allemagne (1 200) et de la Grande-Bretagne (1 389), le nombre de GHM de la France s'élevait déjà à 2 297 à l'époque. »*

La difficulté liée au niveau des tarifs est elle aussi bien documentée. Alors que la commission d'enquête remarquait que *« les tarifs n'ont ainsi pas suivi l'évolution réelle des coûts pour les établissements. Ils se sont ainsi limités à être l'instrument d'une régulation prix-volume, se réduisant quand l'activité dépassait la prévision »*, la Cour des comptes insistait encore dans son rapport de l'été 2023 sur **l'importance d'un strict respect de la neutralité tarifaire**, *« en rendant transparents et incontestables les tarifs issus des coûts comme "tarifs neutres", en s'assurant que ceux-ci prennent réellement en compte les coûts des facteurs de production des soins et les ressources de financement des investissements courants »*. La Cour estimait ainsi que *« l'impossibilité de comparer les tarifs et les coûts, les écarts croissants à la neutralité tarifaire avec des situations de sur- et de sous-financement qui perdurent, militent pour des évolutions de l'outil »* géré par l'ATIH.

Le Gouvernement se borne à mentionner dans le schéma une échelle tarifaire « revue ». Ne pas traiter cette question cruciale conduit à ne pas apporter de réponse à une partie déterminante du problème, qui ne saurait disparaître par la seule réduction de la part de T2A.

• Enfin, la rapporteure **souligne cependant le caractère bienvenu de l'application des tarifs au 1^{er} janvier**, une modification bienvenue pour la gestion des établissements.

Cette mesure répond à un besoin des établissements, quand la Cour des comptes soulignait la difficulté occasionnée en termes de gestion par le décalage actuel.

Le budget prévisionnel des établissements de santé et ses annexes doivent être transmis à l'ARS au plus tard le 1^{er} janvier de l'exercice auquel il se rapporte. Pour respecter ce délai, les établissements construisent leurs prévisions de recettes et de dépenses dès la fin de l'année précédente. Ces prévisions s'appuient sur le volume d'activité estimé pour l'année suivante qui conditionne le montant des recettes attendues en N+1 au titre de l'activité.

Ces prévisions ne peuvent pourtant se fonder que sur les tarifs de l'année antérieure, puisque les tarifs de l'année en cours ne font l'objet d'une publication au journal officiel que dans le courant du mois de mars de chaque année. Le calendrier de publication des tarifs n'est donc pas compatible avec le calendrier budgétaire des établissements de santé. Tenant compte de ce calendrier budgétaire, les établissements publics sont contraints de procéder à des ajustements significatifs de leurs prévisions de recettes en cours d'exercice budgétaire, remettant ainsi en cause le caractère prospectif du budget de l'établissement.

Source : Cour des comptes, rapport précité

4. Le PLFSS, un véhicule très discuté pour cette réforme

a) Un véhicule législatif inapproprié au regard de la réforme revendiquée

- La commission constate que la dernière grande réforme du financement du champ « MCO » est intervenue **en 2004 au moyen d'une loi ordinaire, la loi relative à l'assurance maladie.**

Outre une procédure parlementaire moins contrainte dans sa forme et sa durée, on ne peut que souligner qu'un tel texte dédié à une réforme de ce type permet un **débat de fond, quand l'article 23 se trouve aujourd'hui enserré dans une procédure financière au milieu d'une centaine d'articles en discussion. Le chantier qu'entend engager le Gouvernement aurait justifié un débat plus serein et une discussion parlementaire permettant une analyse plus fine.**

À ce titre, la commission ne peut que souscrire aux propos tenus par le ministre de la santé et de la prévention lors de son audition¹, quand il a estimé que « *le suivi de la réforme de la tarification mérite un échange avec le Parlement qui soit plus approfondi que la simple audition du ministre la veille de l'examen du PLFSS* ».

Surtout, la rapporteure constate le recours à un véhicule consacré à des mesures budgétaires nécessaires pour l'année à venir, **quand aucune mesure structurante de la réforme n'est en réalité ici prévue pour 2024.**

Si le Gouvernement revendique² une place légitime en LFSS au regard des précédentes réformes de financement qui ont pu y être inscrites, les précédents n'apparaissent pas tous comparables dans leur ambition ni leur impact financier.

b) Une recevabilité organique non assurée

- Ainsi, **on peut également s'interroger sur la recevabilité de cette réforme dont l'impact financier est réputé nul** puisque par construction, le Gouvernement propose une réforme à enveloppe constante.

¹ Audition d'Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention par la commission des affaires sociales, 26 octobre 2023.

² Étude d'impact.

On peine ainsi à apprécier l'effet sur les comptes de l'Assurance maladie quand la justification présentée dans l'étude d'impact, concernant les 12 millions d'euros consacrés à des mesures dédiées aux populations vulnérables apparaît particulièrement fragile et que le Gouvernement admet lui-même qu'il est « *difficile de déterminer précisément l'évolution de ces nouvelles charges au-delà de l'année 2024* ». Il semble que le Gouvernement dévoie ici l'objet d'une loi de financement de la sécurité sociale pour y inscrire une mesure qui relève pleinement d'une loi « santé ».

• De même, la rapporteure s'interroge sur la **recevabilité du III** du présent article qui concerne la **participation du patient dans le cadre de la réforme du financement des activités de SMR**, sans que ne soient modifiées ici les règles de financement du SMR pour l'assurance maladie obligatoire.

Si la rapporteure constate que la mesure vise à adoucir la transition prévue de manière cohérente avec l'entrée en vigueur de la réforme, ces dispositions sont cependant **sans effet financier sur les régimes obligatoires de base**. Partant, elles **pourraient être regardées comme contraires à la loi organique** et encourent un risque de censure par le Conseil constitutionnel.

C. Une réforme isolée, évitant des sujets pourtant cruciaux

1. Une réforme portant uniquement sur les établissements de santé, malgré des appels à concevoir une politique de santé décloisonnée

Dans son discours de janvier 2023, Emmanuel Macron indiquait que la réforme du financement qu'il souhaitait engager signifiait que « *pour l'hôpital public, les établissements privés, les professionnels de santé dans le libéral, il faut qu'il y ait une part structurante de la rémunération qui repose sur des objectifs de santé publique qu'on négocie à l'échelle d'un territoire* »¹.

Pour autant, force est de constater que **le présent article ne porte que sur le financement des établissements de santé, sans prévoir de mécanisme partagé avec le financement des soins de ville**.

En outre, les négociations conventionnelles engagées avec les professionnels libéraux ne prévoient pas pour le moment de « part structurante » de rémunération sur objectifs de santé publique en ville.

C'est d'ailleurs l'un des regrets formulés par la Fédération hospitalière de France au sujet de cette réforme, pour qui « *il semble que l'on se soit orienté dans la voie la plus facile à réformer, manquant ainsi une occasion importante d'aller plus loin dans la mise en place d'incitatifs cohérents pour l'ensemble des acteurs* ».

¹ Discours du 6 janvier 2023 précité.

2. Les investissements hospitaliers, un impensé de la réforme

Alors que le Ségur de la santé a porté un volet de 19 milliards d'euros visant à rétablir les capacités d'investissement des établissements du service public hospitalier, **le Gouvernement fait l'impasse dans ce modèle sur la question du juste financement de l'investissement.** L'article 23 apparaît là encore un artifice juridique cachant des réflexions inabouties.

Pourtant, la commission d'enquête sur l'hôpital soulignait que *« la succession de plans exceptionnels tous les cinq ou dix ans démontre que le mode de financement actuel n'est pas adapté aux nécessités d'un renouvellement des investissements hospitaliers. Un modèle de financement pérenne des investissements autre que la simple couverture par les tarifs d'activité doit être envisagé. »*

Si le financement des investissements hospitaliers peut trouver à être porté par l'assurance maladie en vue de préserver l'approche globale du PLFSS sur le financement du système de santé, il convient d'**identifier ces crédits, qui doivent faire l'objet d'une dotation spécifique.**

• **La rapporteure rappelle à ce titre les préconisations de la commission quant à l'identification d'une enveloppe annuelle de crédits d'investissements hospitaliers.**

Une dotation spécifique cohérente aurait le mérite d'améliorer la **lisibilité de financements aujourd'hui répartis** entre le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), le fonds d'intervention régional (FIR), les Migac ou encore les investissements que les tarifs entendent financer. En outre, elle permettrait un **suivi plus effectif de l'attribution de ces crédits et de leur bonne adéquation aux besoins des établissements, sans attendre des « plans » périodiques de rattrapage.**

3. La régulation des dépenses et la définition de l'Ondam, grands absents de cette réforme

Grande oubliée également de cette réforme, **la régulation des dépenses n'apparaît que de manière elliptique** dans le dispositif de l'article 23, sans trouver à être révisée sur le fond.

Pourtant, l'étude d'impact indique, pour justifier notamment la place de la disposition en LFSS, que *« cette mesure aura des conséquences directes sur la régulation de l'Ondam. En effet, la baisse de la part des financements sous tarifs (par nature évaluative) au profit des financements par dotations renforcera la capacité des pouvoirs publics à respecter le sous-objectif Établissement de santé de l'Ondam et donc l'Ondam dans son ensemble. »*

Au-delà du caractère discutabile de cet argument, il est **particulièrement surprenant de voir que le Gouvernement revendique ainsi une réforme dont la finalité est aussi une meilleure régulation des dépenses hospitalières**, quand le sous-objectif relatif aux établissements de santé est le sous-objectif le plus strictement régulé en vue d'assurer le respect de l'Ondam.

Ainsi, la présente réforme pourrait faire de nombreux déçus, en remplaçant la T2A et sa régulation prix-volume par une régulation encore plus stricte liée aux dotations. On peine ainsi à identifier la mesure dans laquelle la présente réforme entend effectivement redonner des moyens plus appropriés à l'hôpital, dans un contexte inédit de déficit.

Comme le soulignait justement la commission d'enquête sur l'hôpital, « *penser que le budget de l'assurance maladie peut être illimité n'est pas raisonnable : c'est mettre en péril la soutenabilité même de notre modèle et du choix de socialisation de la dépense de santé, déjà fragilisé par la dette sociale accumulée* ». Pour autant, **les choix politiques qui devront être faits pour modérer l'évolution des dépenses d'assurance maladie doivent être explicitement exposés, débattus et sanctionnés**. Ils ne peuvent être retenus de façon seulement implicite au moyen d'une réforme technique du financement de l'hôpital.

Aussi la rapporteure déplore-t-elle le non-dit de cette réforme concernant la construction de l'Ondam, qui est, comme Denis Morin l'évoquait devant la commission d'enquête, « *par définition, un arbitrage et une tension permanente entre ce qui est médicalement utile et financièrement possible. Il fait partie des décisions budgétaires arrêtées chaque année par le Gouvernement et soumises au Parlement* ».

Enfin, il convient à ce titre de souligner le point d'alerte soulevé par la Cour des comptes quant à l'évolution du modèle de financement, laquelle appelait à « *veiller à ce l'effort de régulation soit réparti de manière équitable entre les établissements publics et privés non lucratifs et les établissements privés lucratifs, en tenant compte de la part que représenteront les tarifs et les dotations dans les ressources issues de l'assurance maladie, pour que la contrainte budgétaire qui en résulte repose de manière équitable sur ces différentes catégories d'établissements* ».

D. Une nécessité démontrée par les expériences récentes : revoir la méthode pour garantir une réforme viable et utile pour l'hôpital et le système de soins

- La rapporteure appelle à reprendre la méthode du Gouvernement afin de **mener une réforme soutenable, financièrement et techniquement supportable et, surtout, outil d'amélioration de l'offre de soins**.

1. Une définition indispensable du champ et des objectifs réels de la réforme proposée

a) *Des finalités à préciser sur la base d'un constat partagé par les établissements*

La rapporteure regrette le caractère précipité de la réforme et l'engagement de travaux techniques de mise en œuvre sans qu'aucun consensus n'ait pu être dégagé concernant les finalités des transformations souhaitées.

- **Une réforme du financement doit soutenir une feuille de route claire pour l'offre de soins**

La question de la **réorganisation de l'offre de soins**, des choix faits sur le **développement de certaines activités** ou encore du **rééquilibrage à mener entre secteurs hospitaliers** doit par exemple être posée et débattue.

En outre, il apparaît indispensable d'établir, avec les sociétés savantes, la Haute Autorité de santé, les fédérations hospitalières mais aussi les présidents de commission médicale d'établissement et directeurs, un état des lieux partagé sur :

- les **activités nécessitant des charges de structures** sans lien avec l'activité et devant être appuyées de dotations socles ;

- les indicateurs devant être retenus pour **apprécier les besoins spécifiques propres aux territoires** ;

- les critères devant présider à **l'évaluation de la qualité et de la performance**.

Si ces réflexions sont pour parties annoncées par le Gouvernement, elles doivent **précéder les choix politiques et le déploiement de la réforme**, et non intervenir à l'étape de sa mise en œuvre. **La réponse à la « perte de sens » des soignants** passe également par la nécessaire co-construction de cette réforme considérée comme majeure.

La pédiatrie, non évoquée à ce stade, a par exemple été signalée par différents acteurs comme un secteur nécessitant par exemple une **dotationsocle**. De même, les **maternités** ne semblent pour le moment pas explicitement inscrites dans le schéma présenté en étude d'impact par le Gouvernement.

L'AP-HP a en outre regretté l'insuffisante prise en compte pour le moment de problématiques spécifiques aux hôpitaux publics et notamment universitaires, comme les **missions de recours et d'adossement des autres hôpitaux aux CHU**.

En outre, des **enjeux populationnels comme le niveau de précarité de la population**, qui a pourtant un impact direct sur les soins et la durée de séjour, ne sont pas à ce stade appréciés dans le modèle proposé.

b) Une ventilation du contenu des compartiments à préciser

La commission s'interroge également sérieusement, sur le fond, sur **le classement des dotations en compartiments, sans modification substantielle de leurs finalités et de leurs conceptions**.

- Ainsi, la commission soutient, comme l'avait fait la commission d'enquête, une **réforme en profondeur du financement à la qualité**.

Alors que la Haute Autorité de santé a, pour la deuxième année consécutive, émis un avis négatif aux projets d'arrêtés qui lui étaient soumis, ce travail apparaît particulièrement complexe.

La HAS déplore ainsi la mise en œuvre des Ifaq par le ministère de la santé, celles-ci devenant « **un compartiment budgétaire alors que la HAS plaide pour un dispositif incitatif** », imposant « *un recueil annuel des indicateurs tandis que la HAS souhaiterait que le recueil ait lieu tous les deux ans* » ou faisant l'objet d'une proposition « *de rémunération à proportion fixe, quel que soit le résultat alors que la HAS considère qu'il doit être tenu compte des résultats qualité* », la HAS estimant sur ce dernier point que « *le seuil minimal de rémunération au titre d'Ifaq devrait correspondre à un seuil minimal de qualité attendue et non à une valeur dépendante du pourcentage d'établissements à rémunérer* »¹.

Surtout, la HAS regrette une **insuffisante valorisation de la certification des établissements** et déplore particulièrement l'absence de bonus attribué aux établissements bénéficiant de la certification « haute qualité des soins ».

La rapporteure, lors d'un déplacement en Nouvelle-Aquitaine réalisé en juin 2023, a également pu constater la difficile mise en œuvre des financements à la qualité. Ceux-ci sont souvent perçus comme **trop peu lisibles, insuffisamment porteurs pour les professionnels et ayant des procédures d'évaluation excessivement décalées dans le temps ou déconnectées des efforts réels**. Le nombre d'indicateurs apparaît ainsi déterminant, comme leur appréciation et le critère objectif qui doit générer la rémunération.

- Autre point particulier de vigilance, les Migac doivent faire l'objet de révisions modérées. La question posée aujourd'hui sur ces dotations n'est **pas tant le champ qu'elles couvrent mais bien la contrepartie effective** qui est apportée par les établissements.

Ainsi, alors que **les Migac constituent justement un outil de dotations pour « missions spécifiques »**, l'enjeu n'est pas tant de modifier leur nom ou bouleverser leur fonctionnement, mais bien de **définir les priorités d'intérêt général et le juste calibrage du financement nécessaire**.

Comme le soulignait l'AP-HP², « *il est indispensable que les professionnels soient associés à la définition des indicateurs et à la construction des règles de répartition des crédits entre les différents offreurs de soins. Faute de quoi, les établissements de santé, après avoir été confrontés à la "boîte noire" construction des tarifs, pourraient voire s'ajouter une nouvelle "boîte noire" indicateurs des dotations* ».

¹ Réponses de la Haute Autorité de santé au questionnaire adressé.

² Réponses au questionnaire adressé.

Là encore, ces réflexions doivent être menées en profondeur et ne pas être conduites hâtivement avec le calendrier comme seule boussole. Alors que ces travaux conduiront nécessairement à des modifications législatives, il apparaît **souhaitable de présenter au Parlement un objet législatif complet et cohérent, et non une simple coquille dont le contenu sera ultérieurement apporté par pièce.**

2. Un calendrier raisonnable à retenir dans une période post-crise

La commission d'enquête préconisait en 2022 de laisser du temps à **l'hôpital en sortie de crise**, en lui apportant **une sécurisation de ses moyens sans imposer de bouleversements réglementaires.**

En outre, compte tenu de l'expérience des récentes réformes relatives aux urgences, à la psychiatrie et aux soins médicaux et de réadaptation, la rapporteure souligne un **impératif d'humilité des pouvoirs publics dans la construction de cette réforme.**

De la même façon, la **réforme comparable actuellement menée outre-Rhin** démontre la complexité d'un tel changement et la **nécessité d'un consensus solide avant d'engager de lourds chantiers opérationnels.**

Une réforme de l'hôpital également engagée en Allemagne

La réforme hospitalière menée par le gouvernement allemand entend « *garantir des soins hospitaliers de haute qualité, couvrant l'ensemble du territoire et adaptés aux besoins, compte tenu de l'évolution de la situation de la main-d'œuvre médicale et soignante en Allemagne* ».

Pour satisfaire cet objectif, il est proposé **une « dotation de réserve », soit une rémunération socle pour certains groupes d'activités attribués par les autorités de planification et les Länder¹.** Il s'agit ainsi de **réduire le financement à l'acte** et apporter un élément de rémunération indépendant des prestations effectivement délivrées et permettant notamment de couvrir les dépenses de personnels. **En outre, une meilleure évaluation du respect de critères de qualité** est prévue au moyen de groupes de performance.

Les travaux préparatoires ont concerné le *Land* de Rhénanie-du-Nord-Westphalie. **L'État fédéral s'est engagé à fournir au plus vite une évaluation des conséquences financières de la réforme** et à mettre à disposition des *Länder* des analyses d'impact et modèles de calculs.

Afin d'accompagner le financement des mesures portées par la réforme, qui n'augmente théoriquement pas les recettes des établissements, il est prévu un fonds structurel complémentaire assumé par l'État fédéral et les *Länder*.

¹ Les Länder ont compétence en matière de planification hospitalière.

La réforme, initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2024, devrait voir sa mise en œuvre retardée. Elle doit faire l'objet d'un accord global final entre l'État fédéral et les *Länder*, sur les points déterminants de la réforme et les modalités d'accompagnement financier.

Source : Commission des affaires sociales, d'après notamment le site du ministère fédéral de la santé¹

- Il n'est nullement souhaitable de précipiter une entrée en application hasardeuse ou revendiquer une révolution du modèle de financement, quand l'évidence est que la réforme nécessitera des ajustements pour une dizaine d'année.

Selon l'expression de François Mitterrand, il convient, pour assurer la réussite d'une éventuelle réforme, de « *laisser le temps au temps* ». Ce temps est une nécessité pour définir dans de bonnes conditions les finalités de la réforme, son champ et ses dispositifs opérationnels précis.

En conséquence, la commission propose de décaler clairement l'entrée en application de la réforme et ne pas prétendre à une fausse entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2024 des dispositions modifiées. L'amendement n° 265 décalant à 2028 cette application laissera un temps raisonnable de préparation.

- Laisser l'hôpital se rétablir dans les années suivant l'épidémie de covid-19 et retrouver un niveau d'activité satisfaisant est en outre une condition indispensable pour apporter à une future réforme des bases solides et des situations de départ objectives.

C'est pourquoi la commission a également préservé de manière claire le dispositif de sécurisation des ressources, modulé à l'activité réelle (même amendement n° 265).

Cependant, la commission attire l'attention sur la nécessité de revoir la base de la garantie apportée, afin d'éviter des effets de bord défavorables dans le cas par exemple d'activités qui n'étaient auparavant pas assurées par l'établissement et se retrouvent hors champ.

3. Une nécessaire évaluation « en vie réelle » avant généralisation

- Il n'apparaît pas raisonnable de provoquer une réforme structurelle du financement de l'hôpital sans expérimentation préalable.

Avant l'entrée en vigueur de la dernière réforme d'ampleur du financement des activités de MCO qu'est la T2A, la loi de 1999² créant la CMU avait permis le lancement d'une expérimentation, à compter du 1^{er} janvier 2000 et pour une durée de cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie.

¹ Bundesministerium für Gesundheit, Krankenhausreform - Eckpunktepapier. Accord entre le gouvernement fédéral et les Länder, document de référence, 10 juillet 2023.

² Article 55 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

À ce titre, la rapporteure **regrette que l'expérimentation prévue à l'article 57 de la LFSS pour 2021 n'ait jamais été mise en œuvre** : il eût été de bonne méthode de la mener avant de proposer une réforme générale.

La commission d'enquête sénatoriale sur l'hôpital recommandait d'ailleurs **une expérimentation du modèle mixte** qu'elle préconisait, **plutôt qu'une application rapide et brutale d'un nouveau modèle**.

Surtout, compte tenu là encore de l'expérience des récentes réformes du financement et particulièrement celui des activités de SMR, il apparaît tout à fait indispensable de prévoir un **temps d'évaluation en vie des effets financiers de la réforme**.

La mise en œuvre de la réforme du SMR montre aujourd'hui pleinement la difficulté à produire des **simulations satisfaisantes** et identifier les **effets redistributifs** produits par la réforme, mais aussi la **complexité technique pour les agences régionales de santé à établir des critères objectifs pour calibrer justement les dotations**. Cette réforme, qui nécessite chaque année de nombreux ajustements et dont la période de transition devra vraisemblablement être allongée montre, s'il le fallait, **la prudence à avoir en la matière**.

- C'est pourquoi, **avant une entrée en application à l'horizon 2028, la commission souhaite avec l'amendement n° 260 prévoir une expérimentation du modèle cible**.

Cette expérimentation, qui devrait être **préparée au cours de l'année 2024** vise ainsi d'évaluer « en vie réelle » les effets des dispositions proposées. Elle permettrait d'appréhender, sur une série d'établissements de catégories différentes (hôpitaux généraux et universitaires, publics et privés), les **difficultés opérationnelles** et les **conséquences financières** occasionnées par la réforme, lesquelles seraient à corriger avant la généralisation du dispositif à l'ensemble des établissements.

En outre, l'appréciation des effets financiers de la réforme apparaît absolument indispensable en vue de **prévoir un dispositif approprié de transition** avec le cas échéant **une sécurisation des ressources ou une réévaluation des crédits nécessaires**.

4. Une sécurisation des effets sur l'offre de soins à assurer

La rapporteure souhaite enfin attirer l'attention sur une lacune importante du dispositif présenté, qu'est **son absence de dispositif de sécurisation**.

En effet, à rebours des récentes réformes, **aucun lissage des effets n'est prévu à ce stade** et aucun dispositif juridique ne le porte dans cet article. Or, il apparaît indispensable de prévoir, comme pour la réforme du financement des SMR, **une modalité transitoire d'atténuation des éventuelles pertes de ressources que la réforme occasionnerait pour certains établissements**.

Cette nécessité financière participe également d'un **impératif de préservation de l'offre de soins**. Alors que la réforme n'a pas pour but affiché de recomposition de l'offre hospitalière entre les territoires ou entre les établissements, **une transition organisée permet de prévenir d'éventuels ajustements non désirés de l'offre**.

Enfin, la commission a procédé à deux corrections rédactionnelles (amendements n°s 261, 263 et 264).

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 24

Intégrer les chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires

Cet article propose, d'une part, d'inclure le concours des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires. D'autre part, il vise à déterminer par voie conventionnelle la rémunération des professionnels de santé hors médecins en lieu et place d'une définition par voie réglementaire.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : adapter les dispositions touchant à la permanence des soins

La mission de service public de permanence des soins est assurée, aux termes des articles L. 6314-1 du code de la santé publique, « *en collaboration avec les établissements de santé, par les médecins (...) dans le cadre de leur activité libérale* ». La loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé a également reconnu, au même article, que « *les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les infirmiers diplômés d'Etat (...), dans le cadre de leur activité libérale, (...) ont vocation à concourir à la mission de service public de permanence des soins* ».

L'organisation et les modalités de la permanence des soins sont élaborées par l'agence régionale de santé (ARS) « *en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, l'ordre des chirurgiens-dentistes, l'ordre des sages-femmes, l'ordre des infirmiers, et des centres de santé* »¹. Les principes de la permanence des soins sont définis au sein du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'ARS².

¹ L. 1435-5 du code de la santé publique.

² Article R. 6315-6 du code de la santé publique.

- La **permanence des soins ambulatoires (PDSA)** a pour objectif de répondre, lors des plages horaires de fermeture des cabinets médicaux, aux besoins de soins non programmés correspondant à des urgences non vitales et ne nécessitant pas de prise en charge en service d'urgence hospitalier.

La permanence des soins ambulatoires

Aux termes de l'article R. 6315-1 et suivants du code de la santé publique, la mission de permanence des soins « a pour objet de répondre aux besoins de soins non programmés :

1° Tous les jours de 20 heures à 8 heures ;

2° Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ;

3° En fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié ».

Dans chaque territoire de permanence des soins, délimité par l'ARS, le tableau de garde est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins volontaires pour participer à cette permanence et les associations de permanence des soins¹. Les médecins participent à la PDSA sur la base du volontariat².

- La **permanence des soins dentaires** est, aux termes de l'article R. 6315-7 du code de la santé publique, « assurée par les chirurgiens-dentistes libéraux, les chirurgiens-dentistes collaborateurs et les chirurgiens-dentistes salariés des centres de santé ». Elle est organisée dans chaque département les dimanches et jours fériés, sans précision des plages horaires. Les chirurgiens-dentistes doivent y participer dans le cadre de leur obligation déontologique prévue à l'article R. 4127-245 du même code.

L'article R. 6315-9 dudit code dispose que le tableau de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par le conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

A. La détermination de la rémunération des professionnels de santé participant à la permanence des soins ambulatoires

1. En l'état, la loi prévoit une détermination par voie réglementaire

En sus, l'article L. 1435-5 du code de santé publique prévoit que l'ARS détermine, selon des modalités prévues par décret, la **rémunération forfaitaire des professionnels de santé** au titre de leur participation à la permanence des soins.

¹ Article R. 6315-2 du code de la santé publique.

² Article R. 6315-4 du code de la santé publique.

L'article R. 6315-6 du code de la santé publique prévoit ainsi que cette rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique est précisée par le cahier des charges. Cette rémunération, financée par les fonds d'intervention régional (FIR), peut varier selon la sujétion¹ et les contraintes géographiques, dans les limites fixées par voie réglementaire.

La rémunération de l'astreinte des médecins ne peut être inférieure à **180,00 euros pour une durée de référence de douze heures** tandis que le forfait minimal au titre de la participation à la régulation médicale téléphonique mentionnée est de **70 euros par heure de régulation**². Une instruction des administrations centrales a toutefois demandé aux ARS de porter à 100 euros par heure la rémunération des praticiens régulateurs libéraux exerçant au sein des SAS et des centres Samu-15³.

Outre cette astreinte, les médecins participant à la PDSA sont rémunérés à l'acte par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés, sans qu'ils ne puissent appliquer aucun dépassement d'honoraires⁴. Toutefois, le même article L. 1435-5 du code de la santé publique donne compétence aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour autoriser les ARS volontaires à expérimenter une rémunération des actes réalisés par les médecins financée par les crédits du FIR, sur la base des tarifs fixés pour les médecins conventionnés.

Il convient également de noter que l'article 151 *ter* du code général des impôts permet une exonération d'impôt sur le revenu, à hauteur de soixante jours par an, des rémunérations perçues au titre de la permanence des soins exercée par les médecins installés dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante, ou des difficultés dans l'accès aux soins.

En dépit des dispositions législatives, la rémunération de la permanence des soins dentaires est fixée par voie conventionnelle depuis 2013. La convention entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes libéraux⁵ prévoit une majoration spécifique – notée MCD – pour les actes cliniques et techniques effectués par un chirurgien-dentiste dans le cadre de la permanence des soins s'élevant à 30 euros, ainsi qu'une rémunération de l'astreinte de 75 euros par demi-journée.

¹ Notamment la durée de la place horaire ou les visites.

² Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire modifié par l'arrêté du 24 décembre 2021 modifiant l'arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

³ Instruction N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023.

⁴ Article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale.

⁵ Articles 38 et 39 de la convention organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie signée le 21 juillet 2023.

2. Le droit proposé : une détermination de la rémunération par voie conventionnelle à la seule exception des médecins

- Le présent article propose - au 1° du I - de modifier l'article L. 1435-5 du code de la santé publique afin de restreindre la compétence de détermination de l'ARS à la rémunération des seuls médecins.

La différence de régime de détermination entre les médecins et les autres professionnels de santé qui en résulterait tient au fait, selon les informations transmises par la direction générale de l'offre de soins (DGOS) à la rapporteure, que le financement par le fond d'intervention régional, « constitue un levier d'action pour les agences régionales de santé qui ont la charge d'organiser cette mission de service publique sur leur territoire. La possibilité de moduler les montants de ces forfaits permet de tenir compte du niveau de sujétion, notamment dans les zones sous denses en matière de démographie médicale, ainsi que des contraintes géographiques dans chaque département ».

- De même, le présent article - au 3° du I - propose de supprimer, à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, la définition par voie réglementaire des mesures d'application, dont notamment les modalités de la rémunération, de la participation à la permanence des soins ambulatoires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des infirmiers.

- En conséquence, le II prévoit de modifier l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale afin de confier aux conventions entre l'assurance maladie et ces professionnels de santé le soin de déterminer les modalités de rémunération de leur participation à la permanence des soins ambulatoires.

Ainsi qu'il a été indiqué, la convention des chirurgiens-dentistes prévoit déjà cette rémunération de telle sorte qu'il s'agirait, concernant cette profession, d'une mise en conformité de la loi avec la pratique. S'agissant des sages-femmes et des infirmiers, la DGOS présente la disposition comme une mesure d'harmonisation.

B. La régulation des soins dentaires par les chirurgiens-dentistes

Ainsi que le rappelle une instruction des administrations centrales du 9 juin 2015¹, « le cadre réglementaire n'impose pas la mise en place d'un système de régulation téléphonique spécifique pour l'accès de la population au service des gardes dentaires ». Aux termes de l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, « la régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires est accessible gratuitement par un numéro national de permanence des soins ou par le numéro national d'aide médicale urgente » selon la décision du directeur général de l'ARS.

¹ Instruction DGOS/R2/DSS/1B/CNAMTS no 2015-193 du 9 juin 2015 relative à l'organisation de la permanence des soins dentaires.

Le code de la santé publique ne prévoit que la participation des médecins à la régulation téléphonique de la permanence des soins ou de l'aide médicale d'urgence¹. À titre dérogatoire depuis la LFSS pour 2020², dans le cadre des « expérimentations de l'article 51 », l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, permet la participation des chirurgiens-dentistes libéraux aux centres régulant les appels du Samu-Centre 15³. De telles expérimentations, portées par les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes, ont effectivement été lancées par les ARS dans 26 départements et dix régions⁴.

Dans le cadre de cette expérimentation est créé un « forfait horaires chirurgien-dentiste régulateur », financé par le fond d'innovation du système de santé (FISS). Ses montants, selon la DGOS, sont alignés sur ceux des médecins régulateurs, soit en moyenne 100 euros de l'heure, mais varient en fonction des régions de 90 à 125 euros de l'heure. **Cette expérimentation vise principalement à améliorer la prise en charge des urgences dentaires et à désengorger les centres Samu-15 des appels odontologiques.** À ces fins, le cahier des charges socle commun de l'expérimentation confie aux praticiens-régulateurs les missions de :

- conseiller les patients et de télé-prescrire en cas de nécessité ;
- orienter vers le chirurgien-dentiste conventionné de garde et programmer les rendez-vous vers les cabinets de garde ;
- réorienter les patients vers un autre service si nécessaire (praticien traitant, urgences médicales dont les urgences maxillo-faciales...).

• Le 2° du I du présent article modifie l'article L. 6311-2 du code de la santé publique et vise à **inclure, aux côtés des médecins, les chirurgiens-dentistes d'exercice libéral dans le fonctionnement des centres de réception et de régulation des appels des Samu-Centres 15.**

Selon la DGOS, dans ses réponses au questionnaire de la rapporteure, « *les chirurgiens-dentistes régulateurs assureront la régulation des appels depuis le centre de réception et de régulation des appels du Samu-Centre 15. Ils s'inscriront dans une organisation existante avec des assistants de régulation médicale (ARM) assurant le premier décroché et orientant les appels vers le professionnel de santé concerné (médecin de l'aide médicale urgente, médecin généraliste de permanence des soins, chirurgien-dentiste de permanence des soins).*

¹ Articles L. 6311-4 et L. 6314-2 du code de la santé publique.

² Article 66 de la LFSS pour 2020.

³ Service d'aide médicale urgente (Samu).

⁴ Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre Val-de-Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Pays-de-la-Loire.

L'organisation des chirurgiens-dentistes régulateur, notamment le nombre de ligne de régulation assurée ainsi que les plages horaires couvertes, seront inscrits dans le cahier des charges régional de permanence des soins dentaires arrêté par l'Agence régionale de santé ». Il est en revanche prévu que la rémunération forfaitaire de la régulation soit fixée par la convention.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale, le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel de la rapporteure générale Stéphanie Rist.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission : des mesures bienvenues

S'agissant de l'intégration des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires, la rapporteure note qu'un premier bilan datant de mai 2023 des expérimentations menées met en évidence le bénéfice de cette régulation pour la pertinence de l'activité en PDSA. Selon les informations transmises par la DGOS, pour les départements expérimentateurs d'Auvergne-Rhône-Alpes, du 6 février 2022 à fin octobre 2022, 68 appels par jour ont été effectués en moyenne, soit environ 7,5 appels par heure (régulation dentaire de 9h à 18h). Selon la DGOS, « la présence de chirurgiens-dentistes régulateurs permet ainsi de dégager du temps d'assistants de régulation médicale (ARM) et de médecins régulateurs de permanence des soins ambulatoire qui assuraient auparavant la réponse à ces appels. Elle a également permis d'augmenter la part de conseils et de télé-prescription et de diminuer le nombre de patients à orienter vers les chirurgiens-dentistes de garde ». Le syndicat des chirurgiens-dentistes de France constate également que les retours d'expérience sont globalement favorables de la part tant des Samu et des chirurgiens-dentistes régulateurs que des chirurgiens-dentistes de garde.

Le premier bilan des expérimentations préconise, selon la DGOS, « de prévoir une certaine souplesse territoriale vis-à-vis de ces différentes modalités d'organisation, répondant à des modes de fonctionnement préexistant ». Ce point a également été souligné par Les Chirurgiens-dentistes de France qui considère que l'extension de la régulation aux chirurgiens-dentistes ne peut notamment « être envisagée que si elle s'organise localement avec des horaires adaptés aux territoires ». **Sous ces réserves partagées, la rapporteure accueille favorablement ces dispositions.**

La rapporteure soutient également la détermination par voie conventionnelle de la rémunération des professionnels de santé au titre de leur participation à la permanence des soins. Cet article ne va, certes, pas au bout de l'harmonisation en laissant la rémunération des médecins en dehors du champ des conventions médicales même si la rapporteure note que la DGOS n'exclut pas de suivre cette voie à l'avenir.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 25

Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique

Cet article vise à autoriser les pharmaciens à délivrer sans ordonnance certains médicaments, listés par arrêté, après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) et l'obtention d'un résultat déterminé. Les cas d'angine et de cystite aiguë sont prioritairement visés.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les compétences des pharmaciens en matière de réalisation de TROD et de prescription ont été progressivement élargies

1. La réalisation de tests par les pharmaciens

- La réalisation de tests par les pharmaciens d'officine apparaît strictement encadrée.

Relèvent ainsi des **examens de biologie médicale**, ne pouvant être réalisés que par un biologiste médical ou sous sa responsabilité¹. l'ensemble des actes médicaux concourant à la prévention, au dépistage, au diagnostic ou à l'évaluation du risque de survenue d'états pathologiques, à la décision et à la prise en charge thérapeutiques, à la détermination ou au suivi de l'état physiologique ou physiopathologique du patient².

La loi a toutefois exclu de cette catégorie certains **tests, recueils et traitement de signaux biologiques**, à visée de dépistage, d'orientation diagnostique ou d'adaptation thérapeutique immédiate listés par arrêté³. Ces derniers peuvent, par dérogation, être réalisés par d'autres professionnels de santé ou du personnel ayant reçu une formation adaptée.

¹ Article L. 6211-7 du code de la santé publique.

² Article L. 6211-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 6211-3 du code de la santé publique.

Les pharmaciens d'officine, au titre de leur mission générale de conseil et de prestation destinés à favoriser l'amélioration ou le maintien de l'état de santé des personnes¹, peuvent y participer.

Un arrêté de 2016 modifié classe ainsi, parmi les tests, recueils et traitements ne constituant pas un examen de biologie médicale et pouvant être réalisés par les pharmaciens d'officine dans un espace de confidentialité :

- le test capillaire d'évaluation de la glycémie ;
- les tests oro-pharyngé d'orientation diagnostique des angines à streptocoque du groupe A ;
- les tests oro-pharyngé d'orientation diagnostique de la grippe².

Les pharmaciens d'officine ont également été autorisés, pendant la crise sanitaire, à effectuer des TROD pour la détection d'anticorps SARS-Cov-2, ainsi que des tests antigéniques³.

Pour lutter contre l'antibiorésistance, améliorer la pertinence des prescriptions et permettre le dépistage de certaines pathologies, la réalisation de TROD par les pharmaciens a toutefois été, depuis, **progressivement encouragée par les pouvoirs publics et l'assurance maladie**.

Intégrée au champ de la convention pharmaceutique par la LFSS pour 2020⁴, la réalisation de TROD a été **tarifée par l'avenant n° 18⁵ à l'ancienne convention conclu à la fin de l'année 2019**. Rappelant que 10 % des prescriptions d'antibiotiques correspondent à un traitement pour angine et que 80 % des cas annuels d'angine sont dus à des virus, les partenaires conventionnels y soulignaient la nécessité de valoriser la réalisation de TROD par les pharmaciens⁶.

Le LFSS pour 2020 a également entendu promouvoir cette compétence en créant le dispositif des ordonnances conditionnelles, permettant au prescripteur de subordonner la délivrance de certains médicaments à la réalisation et au résultat de tests⁷.

¹ Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

² Arrêté du 1er août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques modifié.

³ Arrêté du 1er juin 2021 prescrivant les mesures générales nécessaires à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

⁴ Article 65 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁵ Avis relatif à l'avenant n° 18 à la convention nationale du 4 avril 2012 organisant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie publié au journal officiel du 2 juillet 2021.

⁶ Préambule de l'avenant n° 18 à la convention nationale du 4 avril 2012.

⁷ Article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

Le prescripteur doit indiquer sur l'ordonnance les examens ou tests à réaliser et les résultats justifiant la délivrance du médicament par le pharmacien¹. Un arrêté de décembre 2021 a permis le recours à ce dispositif dans les cas de suspicion d'angine bactérienne à streptocoque du groupe A².

Ces efforts ont permis une augmentation marquée, bien qu'encore jugée insuffisante, du nombre de TROD réalisés en officine. La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) recense, ainsi, 52 000 TROD réalisés en 2022 contre 8 000, seulement, en 2021. En avril 2023, plus de 6 000 officines proposaient ces tests, contre 2 000 en 2022³.

2. Les compétences de prescription des pharmaciens

Plusieurs dispositifs ont, par ailleurs, tendu, ces dernières années, à reconnaître aux pharmaciens des compétences de prescription, dans des conditions et un périmètre toutefois strictement définis.

- Les pharmaciens d'officine ont, ainsi, progressivement été autorisés à **prescrire certains vaccins**.

La LFSS pour 2017⁴, précisée par un décret⁵ et un arrêté⁶ de mai 2017, autorisait ainsi le lancement d'une expérimentation visant à permettre aux pharmaciens d'**administrer sans ordonnance le vaccin contre la grippe saisonnière** aux seules personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales en vigueur, à l'exception de celles présentant des antécédents allergiques sévères. Cette compétence a été inscrite dans le droit commun par la LFSS pour 2019⁷. D'abord réservée aux personnes majeures ciblées par les recommandations⁸, elle a été par la suite étendue à l'ensemble des personnes majeures⁹.

¹ Article R. 5132-5-1 du code de la santé publique.

² Arrêté du 13 décembre 2021 fixant la liste des médicaments pour lesquels il peut être recouru à une ordonnance de dispensation conditionnelle et les mentions à faire figurer sur cette ordonnance.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, p. 208.

⁴ Article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁵ Décret n° 2017-985 du 10 mai 2017 relatif à l'expérimentation de l'administration par les pharmaciens du vaccin contre la grippe saisonnière.

⁶ Arrêté du 10 mai 2017 Pris en application de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

⁷ Article 59 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

⁸ Arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste et les conditions des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer et donnant lieu à la tarification d'honoraire en application du 14° de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale.

⁹ Arrêté du 6 novembre 2021 modifiant l'arrêté du 23 avril 2019 fixant la liste des vaccinations que les pharmaciens d'officine peuvent effectuer en application du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

La LFSS pour 2023¹ a élargi cette compétence, en **faisant figurer parmi les missions des pharmaciens d'officine la prescription de certains vaccins** listés par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)². Un arrêté d'août 2023 les a autorisés à prescrire l'ensemble des vaccins mentionnés dans le calendrier des vaccinations en vigueur aux personnes âgées de onze ans et plus, selon les recommandations figurant dans ce même calendrier et à l'exception des vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées³. Dans les cas où le pharmacien n'a pas suivi d'enseignement relatif à l'administration ou à la prescription de vaccins dans le cadre de sa formation initiale, cette compétence est subordonnée à une formation préalable⁴.

- Les pharmaciens ont, par ailleurs, été autorisés à **prescrire des médicaments sous certaines conditions**.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019 a, ainsi, **renoué le dispositif des protocoles de coopération**, permettant à des professionnels de santé travaillant en équipe de s'engager, à leur initiative, dans une démarche de coopération pouvant impliquer des transferts d'activités ou d'actes de soins et de prévention, ou une réorganisation de leurs modes d'intervention auprès des patients⁵.

Sur cette base, un protocole de coopération « *Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'État ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluriprofessionnelle* » a été autorisé au niveau national par un arrêté de mars 2020⁶. Celui-ci a été étendu, trois ans plus tard, aux professionnels exerçant au sein d'une même communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS)⁷.

¹ Article 33 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique.

³ Arrêté du 8 août 2023 fixant la liste des vaccins que certains professionnels de santé et étudiants sont autorisés à prescrire ou administrer et la liste des personnes pouvant en bénéficier en application des articles L. 4311-1, L. 4151-2, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6212-3 et L. 6153-5 du code de la santé publique.

⁴ Article R. 5125-33-8 du code de la santé publique.

⁵ Article 4011-1 du code de la santé publique.

⁶ Arrêté du 6 mars 2020 relatif à l'« autorisation du protocole de coopération « Prise en charge de l'odynophagie par l'infirmier diplômé d'Etat ou le pharmacien d'officine dans le cadre d'une structure pluri-professionnelle ».

⁷ Arrêté du 9 mars 2023 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier des patients de 6 à 45 ans se présentant pour odynophagie (douleur de gorge ressentie ou augmentée lors de la déglutition) dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ».

Des protocoles similaires ont été autorisés pour la prise en charge des brûlures mictionnelles¹.

D'après le Gouvernement, ces protocoles sont **toutefois très peu utilisés** : ils ne concernaient, en avril 2023, que 131 équipes pour les brûlures mictionnelles et 55 équipes pour les angines. La condition tenant à l'appartenance du médecin et du pharmacien à une même structure d'exercice coordonné est mise en avant pour expliquer cette faible participation².

- Enfin, une **expérimentation de l'article 51 « Orientation dans le système de soins (OSyS) »** a été autorisée en Bretagne, qui permet notamment aux pharmaciens d'officine de prescrire des antibiotiques après la réalisation d'un TROD angine ou d'un test par bandelette urinaire visant à confirmer ou infirmer le diagnostic d'infection urinaire devant des symptômes cliniques de cystite aigüe³.

D'après le Gouvernement, « *les premiers résultats issus de l'évaluation intermédiaire sont très positifs mais font apparaître des points d'amélioration, notamment en termes d'informations des médecins et des patients sur cette nouvelle possibilité, et de vigilance concernant le modèle économique* »⁴.

B. L'article 25 vise à permettre la délivrance sans ordonnance de certains médicaments après la réalisation d'un TROD

L'article 25 étend les compétences des pharmaciens d'officine pour permettre la délivrance sans ordonnance de médicaments après la réalisation d'un test. Il inscrit ainsi dans le droit commun cette compétence aujourd'hui portée par des expérimentations ou protocoles de coopération.

Pour ce faire, le 1^o modifie l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique relatif aux missions des pharmaciens d'officine afin de permettre la délivrance sans ordonnance de certains médicaments, après réalisation d'un test. Un arrêté du ministre de la santé, pris après avis de la HAS et de l'ANSM, fixe la liste des médicaments concernés, des indications associées, des TROD à réaliser et les résultats permettant la délivrance du médicament.

Le 2^o ajoute, en conséquence, parmi les exceptions à l'exercice illégal de la médecine, la délivrance sans ordonnance des médicaments listés.

¹ Arrêté du 9 mars 2023 relatif à l'autorisation du protocole de coopération « Prise en charge par le pharmacien d'officine ou l'infirmier diplômé d'Etat de la pollakiurie et des brûlures mictionnelles non fébriles chez la femme de 16 à 65 ans dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné ou d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ».

² Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 255.

³ Arrêté n° 2021/001 portant autorisation de l'expérimentation « Orientation dans le Système de Soins (OSyS) » du 18 février 2021 du directeur général de l'ARS Bretagne.

⁴ Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2024, p. 255.

Le **II** du présent article modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la convention pharmaceutique conclue par les organismes d'assurance maladie avec les syndicats représentatifs des pharmaciens pour prévoir que celle-ci fixe la tarification des prestations effectuées par les pharmaciens, lorsqu'ils réalisent des tests suivis, le cas échéant, par la délivrance de médicaments.

Si la mesure porte un cadre juridique générique pouvant permettre d'autoriser les pharmaciens à délivrer sans ordonnance tout médicament listé après la réalisation d'un test, l'étude d'impact précise toutefois que sont visées prioritairement :

- la délivrance d'antibiotiques après réalisation d'un TROD angine aux patients de plus de trois ans faisant état d'un mal de gorge ;

- la délivrance d'antibiotiques après réalisation d'un test par bandelette urinaire aux patientes faisant état de brûlures mictionnelles¹.

Le Gouvernement anticipe que cette mesure devrait permettre de réaliser, dès 2024, 16 millions d'euros d'économies et, à terme, **80 millions d'euros d'économies annuelles** par trois moyens :

- le différentiel de valorisation entre l'acte d'orientation réalisé par le pharmacien et le tarif d'une consultation médicale ;

- un moindre recours à d'autres examens de biologie médicale ;

- les volumes moins importants d'antibiotiques délivrés².

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, un amendement du député Jean-François Rousset (Renaissance) et de plusieurs de ses collègues apportant, outre une mesure de coordination juridique, deux modifications visant à accélérer l'application de cette nouvelle compétence.

D'une part, l'amendement prévoit que les premiers avis de la HAS et de l'ANSM, nécessaires à la publication de l'arrêté listant les médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance, devront porter prioritairement sur les situations des personnes se présentant à l'officine pour odynophagie ou brûlures mictionnelles et être **rendus avant le 1^{er} février 2024**.

¹ Ibid., pp. 255 et 256.

² Ibid., p. 257.

D'autre part, et dans l'attente de l'entrée en vigueur d'un avenant à la convention pharmaceutique, il autorise les ministres de la santé et de la sécurité sociale à **fixer par arrêté**, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), **le tarif associé** à la réalisation d'un TROD suivie, le cas échéant, d'une délivrance sans ordonnance.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III – La position de la commission

- Consciente des difficultés d'accès à un médecin généraliste dans certains territoires, soucieuse de permettre la prise en charge rapide des patients et tenant compte des avis favorables de la HAS à certaines dispensations sans ordonnance par les pharmaciens, **la commission a favorablement accueilli ces dispositions.**

Elle observe, du reste, que la présente mesure répond directement à une recommandation de la Cnam, formulée dans son rapport dit « Charges et produits ». Se fondant également sur les avis de la HAS, celle-ci invitait à autoriser les pharmaciens d'officine à prescrire des antibiotiques à la suite d'un test de dépistage positif, en cas de cystite aigüe simple ou d'angine bactérienne. Dans les deux cas, la Cnam signale toutefois qu'une telle mission nouvelle « *devra impérativement s'accompagner d'une formation préalable* », destinée à assurer le respect des arbres décisionnels recommandés par la HAS¹.

La commission relève, par ailleurs, que le Gouvernement attend de cette extension de compétences des économies **substantielles dans les prochaines années**. Elle a jugé souhaitable la réduction du nombre d'examens cyto bactériologiques des urines (ECBU), qui ne sont pas recommandés pour le diagnostic d'une cystite aigüe simple.

- Le **niveau de consensus** atteint, ces dernières années, sur l'opportunité d'une telle mesure et l'urgence d'améliorer l'accès aux soins dans certains territoires ont conduit la commission à approuver les dispositions, ajoutées par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, permettant aux ministres de la santé et de la sécurité sociale de fixer, par arrêté, le tarif des actes associés dans l'attente d'un avenant à la convention pharmaceutique.

Elle a toutefois souligné la nécessité que les partenaires conventionnels puissent être saisis rapidement et valoriser librement ces nouvelles compétences.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, *op.cit.*, pp. 215 et 216.

• En conséquence, la commission a adopté deux amendements rédactionnels n° 266 et n° 267 de sa rapporteure ne modifiant pas l'économie du dispositif.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 26

Ouverture, pour les médecins du travail, de la possibilité de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail certains actes pour le renouvellement de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé

Cet article propose d'ouvrir aux médecins du travail la possibilité de déléguer à des infirmiers qualifiés en santé au travail (IDEST) la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé (SIR).

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Les caisses de mutualité sociale agricole rencontrent des difficultés à assurer leurs obligations au titre du suivi individuel renforcé de certains salariés agricoles, du fait d'une démographie médicale défavorable

1. Le SIR offre aux salariés exposés à des risques particuliers un suivi médical au travail renforcé afin de vérifier leur aptitude médicale au poste

Le suivi individuel renforcé est défini à l'article L. 4624-2 du code du travail. Il concerne « *tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* » et consiste en une extension, pour les entités employant du personnel de droit privé et leurs salariés, des obligations en matière de santé au travail. Le SIR concerne les salariés, les saisonniers agricoles ou recrutés pour plus de 45 jours de travail effectif, et les intérimaires.

Les employés concernés par le SIR sont recensés à l'article R. 4624-23 du code du travail. Il s'agit des salariés dont le poste de travail :

- présente une exposition à l'amiante, au plomb, aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, à certains agents biologiques, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare, au risque de chute de hauteur ;

- est conditionné à un examen d'aptitude spécifique ;
- nécessite un suivi spécialisé selon l'employeur.

À la différence des salariés qui bénéficient d'un suivi individuel simple, les salariés en SIR ne passent pas, après leur embauche, de visite d'information et de prévention¹, mais un **examen médical d'aptitude (EMA) préalable à leur embauche**² puis **périodiquement renouvelé**³.

Cet examen, régi par l'article L. 4624-2 du code du travail, est réalisé **par le médecin du travail**⁴ et a pour objet de vérifier la « *compatibilité de l'état de santé du travailleur avec le poste auquel il est affecté* ». À la suite de l'EMA, le médecin du travail remet un avis d'aptitude au salarié ou, le cas échéant, déclare le salarié inapte à son poste de travail⁵. Il peut également proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ainsi que des mesures d'aménagement du temps de travail. Les observations réalisées au cours des EMA sont consignées dans un dossier médical de santé au travail.

Au plus tard deux ans après l'EMA, une **visite intermédiaire** est réalisée par un **professionnel de santé qualifié en santé au travail**⁶. Celle-ci peut être réalisée par un **médecin du travail** ou par un **infirmier qualifié en santé au travail**. En outre, au plus tous les quatre ans, l'EMA fait l'objet d'un **renouvellement par le médecin du travail**.

Le médecin du travail peut opter, en tant que de besoin, pour une périodicité plus courte entre les visites.

2. La démographie défavorable des médecins du travail exerçant au sein des caisses de MSA ne permet pas l'atteinte des objectifs fixés en matière de suivi individuel renforcé

Les caisses de mutualité sociale agricole connaissent, selon la contribution écrite de la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) à la rapporteure, une « *pénurie générale de médecins du travail dans les services de santé sécurité au travail* ».

¹ Article L. 4624-1 du code du travail.

² L'EMA n'est toutefois pas requis si le travailleur est appelé à occuper un emploi identique à celui pour lequel il a passé un EMA dans les deux ans précédents, si leur médecin du travail est en possession du dernier avis d'aptitude du travailleur et qu'aucune mesure d'aménagement du temps de travail ou aucun avis d'inaptitude n'a été prononcé dans les deux ans précédents, aux termes de l'article R. 4624-3 du code du travail.

³ Article L. 4624-2 du code du travail.

⁴ Il peut toutefois, en cas de dispositions spécifiques, être confié à un autre médecin, aux termes de l'article L. 4624-2 du code du travail.

⁵ Article R. 4624-25 du code du travail.

⁶ Article R. 4624-28 du code du travail.

Par conséquent, le temps médical disponible est aujourd'hui, dans certaines caisses, **insuffisant** pour permettre l'application de l'article R. 4624-28 du code du travail, qui fixe à quatre ans l'intervalle maximal entre un examen médical d'aptitude et son renouvellement pour les salariés bénéficiant du SIR, qui représentent le tiers des salariés suivis par les services des MSA. Selon l'étude d'impact¹, « *les partenaires sociaux dénoncent régulièrement le fait que les caisses de MSA ne respectent pas l'ensemble de leurs obligations telles que prévues par le code du travail et le code rural et de la pêche maritime* ». Cela expose les caisses concernées à un risque contentieux, à l'initiative des employeurs.

3. Une expérimentation concluante a été mise en œuvre dans quatre caisses de MSA afin de répondre au manque de médecins du travail

Face aux difficultés rencontrées par les caisses de MSA pour pourvoir les postes de médecin du travail dans les services de santé sécurité au travail, le législateur a souhaité renforcer la pluridisciplinarité et la coordination au sein de ses services par le biais d'expérimentations dans quatre caisses de MSA particulièrement touchées : celles de Haute-Normandie, de Mayenne Orne Sarthe, de Sud Aquitaine et de Midi-Pyrénées Nord.

L'article 66 de la LFSS pour 2021² avait ainsi permis la mise en œuvre, pour une durée de trois ans, de trois expérimentations visant à transférer des médecins du travail aux IDEST :

- la réalisation du **renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude du salarié agricole bénéficiant du SIR** ;

- la réalisation de **l'examen de reprise de la travailleuse agricole après son congé de maternité** ;

- la réalisation du **bilan d'exposition aux risques professionnels proposé aux travailleurs agricoles à l'âge de cinquante ans**³.

Les deux dernières dispositions sont désormais généralisées et pérennisées dans le droit en vigueur à l'article R. 717-52-3 du code du travail.

Quant à la première, son évaluation est en cours et fera, selon la CCMSA, l'objet d'un rapport transmis prochainement au Parlement. Selon la contribution de la CCMSA, « *les principaux résultats de l'évaluation de l'expérimentation montrent les ouvertures rendues possibles par l'élargissement des champs des transferts de missions des médecins du travail vers les infirmiers qualifiés en santé au travail, notamment dans le cadre du SIR* ».

¹ Annexe 9 au PLFSS pour 2024.

² Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

³ Article R. 717-18-1 du code rural et de la pêche maritime.

Selon la contribution de la CCMSA, l'expérimentation se serait soldée par une **augmentation du nombre de salariés ayant bénéficié d'une consultation auprès d'un médecin du travail** malgré une démographie en recul sur la durée de l'expérimentation, par **l'atteinte des objectifs réglementaires en matière de délais entre chaque EMA**, par une **coopération dynamisée au sein des services de SST** et par une enquête de satisfaction concluante, tant auprès des salariés que des employés.

La CCMSA estime également que les caisses ont pallié les difficultés pressenties au lancement de l'expérimentation, notamment sur la question de la responsabilité, par l'adoption de **mesures complémentaires** dont l'organisation **de modules de formation**, **l'adaptation du dossier médical partagé**, et la **sécurisation du cadre de la délégation** par un protocole construit avec les MSA expérimentatrices.

C. Le dispositif proposé : l'ouverture de la possibilité pour les médecins du travail de déléguer à des IDEST certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude

L'article 26 du PLFSS pour 2024 entend, dans la lignée de l'expérimentation concluante précitée, **ouvrir la possibilité pour les médecins du travail de déléguer à des IDEST certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude**. Cet article est donc **plus restrictif que l'expérimentation** en la matière, qui portait sur la réalisation de l'EMA, et non seulement de certains des actes afférents.

Il apporte plusieurs modifications à l'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime, relatif à l'application au secteur agricole des dispositions en matière de services de santé au travail.

En ses 1°, 2° et 3°, l'article 26 du PLFSS pour 2024 numérote les alinéas de l'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime.

En son 1°, l'article 26 du PLFSS pour 2024 corrige également une erreur de référencement.

En son 4°, l'article insère un nouvel alinéa à l'article L. 717-1 du code rural et de la pêche maritime. Celui-ci prévoit que **certaines actes pour le renouvellement de l'examen médical d'aptitude** dans le cadre du suivi individuel renforcé puissent être **délégués par le médecin du travail à un IDEST** dans le cadre d'un protocole¹ et dans la limite des compétences prévues pour les infirmiers par le code de la santé publique. L'article ne modifie pas le droit en vigueur sur **l'EMA d'embauche**, qui reste **dévolu au médecin du travail**.

¹ Ce protocole doit respecter l'article L. 4622-8 du code du travail, qui renvoie à un décret en Conseil d'État la précision des conditions de délégation d'actes du médecin du travail aux IDEST.

Le 4° de l'article 26 du PLFSS pour 2023 précise également que, **si l'IDEST constate**, chez un salarié agricole, **des éléments pouvant justifier une inaptitude ou une mesure d'aménagement du poste ou du temps de travail, il doit l'orienter sans délai vers un médecin du travail**, qui réalise alors l'ensemble des actes de l'examen médical d'aptitude.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, **le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel**.

En outre, le 4° de l'article 26 initial, contenant le cœur du dispositif, devient le 2° de l'article 26 considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, le 2° devient le 3°, et le 3° devient le 4°.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a accueilli favorablement ce dispositif.

L'expérimentation menée en la matière, proche du dispositif proposé par le Gouvernement, a eu des **résultats probants** sur l'accessibilité aux médecins du travail, notamment pour les cas les plus sévères. *De plus, cette mesure permettra, selon la CCMSA, de « favoriser une **répartition interactive des tâches** valorisant les compétences et les expertises de chacun des métiers de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail »*, ce qui pourrait participer à **renforcer l'attractivité de ces services**, fréquemment confrontés à des difficultés de recrutement non négligeables. Le dispositif répond aux problématiques de démographie des médecins du travail chez les caisses de MSA tout en constituant une reconnaissance bienvenue de l'expertise des IDEST exerçant en caisse de MSA, qui bénéficient depuis un arrêté du 30 janvier 2023 d'une formation à la délégation assurée par l'Institut national de médecine agricole.

La commission a par ailleurs estimé que les risques liés à cette mesure étaient limités. En effet, il ne s'agit pas d'un transfert de compétences, mais bien d'une **délégation de compétences**, encadrée par le médecin selon un **protocole précis**.

La commission salue le choix de **maintenir la place prépondérante du médecin du travail dans l'examen médical d'aptitude d'embauche**.

Par ailleurs, la CCMSA n'a pas transmis à la rapporteure de difficulté particulière rencontrée par les caisses expérimentatrices lors de l'expérimentation, pourtant plus ambitieuse que le droit proposé puisqu'elle portait sur la réalisation par l'IDEST de l'ensemble du renouvellement de l'examen médical d'aptitude.

Le bien-fondé de la mesure semble donc établi. Pour sécuriser davantage le dispositif, la commission a adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un amendement n° 268 visant à mieux encadrer l'établissement des protocoles de délégation entre médecins et IDEST.

Compte tenu des résultats concluants de l'expérimentation, la commission estime que l'opportunité d'étendre cette mesure à l'ensemble des salariés couverts par un SIR, et non aux seuls salariés agricoles, pourrait être étudiée, le cas échéant d'abord via une expérimentation. Une telle extension ne pourrait toutefois pas découler d'une initiative parlementaire, faute de recevabilité financière. C'est pourquoi la commission appelle le Gouvernement à œuvrer en ce sens.

La commission émet toutefois une réserve sur la recevabilité organique de cet article, dont les impacts financiers apparaissent incertains et particulièrement faibles : l'étude d'impact évoque un transfert de charges de 1,65 millions d'euros de la branche maladie à la branche AT-MP au titre de la moindre sous-déclaration, ainsi qu'une dépense prévisionnelle de 0,7 million d'euros à la charge de la branche AT-MP pour le recrutement éventuel d'IDEST supplémentaires.

Sous le bénéfice de cette observation, la commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 26 bis (nouveau)

Possibilité pour les SAS de mettre en place des solutions spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à permettre l'organisation de réponses spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie dans le cadre des appels traités par le service d'accès aux soins.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

À l'initiative du député Éric Pouillat et plusieurs de ses collègues, le Gouvernement a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le présent article additionnel.

- **Le présent article vise à permettre l'organisation de réponses spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie au sein du service d'accès aux soins (SAS).**

L'article L. 6311-3 du code de la santé publique (CSP) précise les missions et principales modalités d'organisation du service d'accès aux soins. Aux termes de cet article, le service d'accès aux soins *« a pour objet d'évaluer le besoin en santé de toute personne qui le sollicite, de délivrer à celle-ci les conseils adaptés et de faire assurer les soins appropriés à son état »*.

Ce dispositif, initié dans le cadre du « Pacte pour la refondation des urgences » entend répondre à des besoins de soins urgents et non programmés. Il s'agit, à toute heure, en l'absence de disponibilité du médecin traitant, de pouvoir orienter le patient vers une réponse adaptée à sa situation, à distance, en réservant une consultation chez un professionnel ou en mobilisant une intervention urgente.

Le 1^o du présent article modifie **l'article L. 6311-3 du CSP afin d'y inscrire que le service d'accès aux soins peut organiser une réponse psychiatrique spécifique ainsi qu'une réponse pédiatrique spécifique**, pour les appels relevant des motifs respectivement cités. La réponse psychiatrique spécifique est coordonnée avec les dispositifs de psychiatrie d'intervention en urgence.

L'article L. 3221-5-1 du même code prévoit un dispositif de **réponses aux urgences psychiatriques** dans chaque territoire de santé, organisé par l'agence régionale de santé.

Le 2^o du présent article vient **compléter cet article codifié afin d'inscrire que ce dispositif peut s'appuyer sur la réponse psychiatrique spécifique du service d'accès aux soins** prévue par le 1^o.

II - La position de la commission

A. Une mesure relevant de la bonne intention, sans portée opérationnelle

La commission émet cependant des **doutes sur l'opportunité** réelle du dispositif. En effet, sur les deux aspects de la mesure, **il ne s'agit ici que de permettre une adaptation propre à la pédiatrie et à la psychiatrie, sans que des solutions spécifiques ne soient aujourd'hui nullement proscrites.**

Preuve en est, la présentation même du service d'accès aux soins sur le site du ministère de la santé et de la prévention¹ indique bien que, « en fonction des ressources du territoire et des besoins des patients », le SAS s'appuie notamment sur les pharmacies de garde, les centres anti-poison, des **réseaux spécifiques de gériatrie et de périnatalité**, un **dispositif psychiatrie** comme peut l'être « Vigilans », des **dispositifs d'appui à la coordination** (DAC) ou des structures médico-sociales, soulignant que cette énumération n'est nullement exhaustive.

Aussi, le présent article apparaît comme **une disposition relevant essentiellement d'un affichage**, dans la mesure où il ne fait que proposer une faculté de modalité d'organisation sans formuler d'encadrement ou de contrainte nouvelle.

En outre, la rédaction proposée laisse une ambiguïté sur le renvoi mutuel entre les deux articles du code concernant la réponse en matière de psychiatrie.

- La rapporteure est ainsi **particulièrement réservée sur ces dispositions qui se bornent à mentionner deux spécialités, certes sensibles et pour lesquelles l'offre de soins est régulièrement en tension, sans pour autant apporter de solution concrète à un besoin identifié. Le risque est alors grand d'ouvrir la voie à une énumération qui ne fera que s'allonger au gré des futurs textes législatifs pour y faire figurer de nouvelles spécialités ou attentions à des publics particuliers.**

Enfin, la commission constate que **cet article relève exclusivement de l'organisation des soins**. Les dispositions ici proposées ne sauraient être regardées comme ayant un effet direct sur les finances de l'assurance maladie. Partant, elles pourraient être considérées comme un « **cavalier social** », ne relevant pas du champ d'une loi de financement de la sécurité sociale, et être censurées par le Conseil constitutionnel.

B. Une priorité à donner au déploiement effectif du service d'accès aux soins

Plus que des précisions rédactionnelles au sein du code de la santé publique, la rapporteure estime plus opportun de **conduire un réel suivi du déploiement du service d'accès aux soins dans les territoires**, quand le Gouvernement annonçait en 2022, après la phase pilote menée par vingt-deux SAS, une généralisation progressive à l'échelle nationale pour la mi-2023.

Pourtant, alors que le président de la République, lors de ses vœux aux acteurs de la santé² annonçait souhaiter accélérer la généralisation du service d'accès aux soins au cours de cette année, cet objectif ne semble pas atteint.

¹ Ministère des solidarités et de la santé, Service d'accès aux soins (SAS) : Comment ça marche ?, décembre 2021.

² Discours du 6 janvier 2023.

En avril 2023, le ministre de la santé et de la prévention avait annoncé le lancement d'une mission¹ chargée d'accompagner la généralisation du Service d'accès aux soins dans toutes les régions. Comme le présentait alors le dossier de presse du Gouvernement, « 31 SAS sont aujourd'hui opérationnels et couvrent la moitié de la population française. Il reste donc la moitié du chemin à parcourir. »

La priorité est donc bien celle d'une structuration effective des services d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, lesquels sauront par eux-mêmes, au regard des besoins locaux et de l'offre de soins, organiser les réponses pertinentes à mettre en œuvre.

Sous ces réserves, la commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 26 ter (nouveau)
**Correction d'une erreur rédactionnelle
dans l'article 33 de la LFSS pour 2023
(facturation des vaccinations en laboratoire de biologie médicale)**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à corriger une erreur rédactionnelle de la LFSS 2023.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

À l'initiative de la rapporteure générale Stéphanie Rist, le Gouvernement a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le présent article additionnel.

Celui-ci vise à **corriger une erreur rédactionnelle de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023².**

La disposition erronée entendait **permettre la facturation des vaccinations réalisées en laboratoire de biologie médicale**, en modifiant l'article L. 162-13-4 du code de la sécurité sociale (CSS) qui encadre strictement les actes pouvant être facturés dans ces structures.

Il s'agit ainsi de **remplacer, au sein de l'article du CSS précité, la référence à l'article L. 6213-3 du code de la santé publique par la référence à l'article du L. 6212-3 du même code.**

¹ Dossier de presse du 26 avril 2023.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

En effet, l'article relatif à la prescription et à l'administration de certains vaccins au sein de laboratoires de biologie médicale est l'article L. 6212-3, la référence erronée renvoyant à un article abrogé.

II - La position de la commission

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 26 quater (nouveau)

Report de l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à étendre l'autorisation législative donnée au Gouvernement pour inclure les produits de contraste au sein des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale.

La commission propose de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

A. Une détermination des forfaits techniques des médecins radiologues en cours de révision

1. Des forfaits techniques déterminés par voie conventionnelle sauf dérogation

La rémunération des praticiens radiologues se compose, d'une part, d'un **remboursement selon l'acte technique** qu'ils réalisent et, d'autre part, de **forfaits techniques** compensant les charges d'exploitation (voir encadré ci-après) du matériel d'imagerie médicale lourde, à savoir les appareils de scanographie, d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de médecine nucléaire (tomographie). Ces forfaits techniques **représentaient 29 % des honoraires des radiologues en 2019¹**, soit près de **1,3 milliard d'euros** de dépenses pour l'assurance maladie qui les prend entièrement en charge.

Les montants de ces forfaits techniques ont été désignés, notamment par la Cour des comptes², comme trop élevés au regard des évolutions des charges réelles des radiologues. L'article 99 de la LFSS pour 2017³ a ainsi introduit un mécanisme permettant au directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) de fixer les montants des forfaits techniques, à défaut d'accord conventionnel dans un certain délai entre l'Uncam et les médecins libéraux.

¹ Comptes de la Sécurité Sociale, juin 2021, p. 133.

² Cour des comptes, communication relative à l'imagerie médicale, avril 2016.

³ Article L. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

Modalités de calcul des forfaits techniques

Les modalités de calcul des forfaits techniques prennent en compte les **coûts fixes** que les structures de radiologie doivent supporter – coûts d’acquisition et d’amortissement du matériel lourd, coûts de maintenance, dépenses afférentes aux locaux, dépenses d’assurances – et les **coûts variables** – dépenses de personnel non médical (manipulateurs en électroradiologie, secrétaires, agents d’entretien), coût des consommables (petit matériel médical, produits pharmaceutiques), frais de gestion (électricité, téléphone, *etc.*) et la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

La grille tarifaire prend enfin en compte le niveau d’activité afin de tenir compte d’un effet d’amortissement des investissements réalisés par les radiologues. Ainsi, **le tarif par acte des forfaits techniques diminue à partir d’un seuil d’activité par année civile et l’âge de l’appareil**. Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1^{er} janvier de l’année considérée. Le tarif est aussi modulé selon la classe technologique de l’appareil et le zonage géographique.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

L’article 49 LFSS pour 2023 a prévu la mise en place par l’Uncam d’un recueil annuel, auprès d’un échantillon représentatif des structures exploitantes, de données quant aux charges associées aux équipements matériels lourds d’imagerie médicale. Selon le Gouvernement, ce dispositif de recueil de données visait à actualiser de manière plus dynamique les tarifs des forfaits techniques et faciliter les négociations avec les représentants du secteur.

2. La LFSS pour 2023 : une base légale pour intégrer les produits de contraste aux forfaits techniques

Les forfaits techniques couvrent les différents frais d’amortissement et de fonctionnement de l’appareil (voir encadré *supra*), notamment les consommables, **à l’exception des produits de contrastes¹** utilisés à des fins diagnostics pour les examens radiologiques. Ces produits sont donc aujourd’hui dispensés aux patients en pharmacie d’officine.

En nouvelle lecture du PLFSS pour 2023 à l’Assemblée nationale, le Gouvernement a déposé un amendement, intégré au texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l’Assemblée nationale, supprimant les dispositions de l’article 99 de la LFSS pour 2017, lesquelles étaient fortement décriées par les représentants des médecins radiologues.

¹ En vertu des dispositions du sous-titre 3 de l’annexe 1 de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l’assurance maladie.

Ce même amendement a également ajouté un III à l'article 49 de la LFSS pour 2023. Ce III permet aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de **décider, par arrêté, dans les quatre mois suivant la promulgation de la LFSS, des frais couverts par les forfaits techniques et la rémunération de ces forfaits** ; les dispositions arrêtées doivent prendre effet au plus tard le 1^{er} juillet 2023.

Selon l'objet de l'amendement, ces dispositions permettent d'« *élargir les coûts financés par ces forfaits en intégrant les produits de contraste* ». Un premier arrêté du 21 avril 2023¹ a en effet décidé de l'intégration de ces produits de contrastes au sein des forfaits techniques et a fixé de nouveaux tarifs applicables. Un second arrêté du 27 juin 2023² a toutefois été publié afin d'abroger le premier arrêté. Entre-temps, la base légale au **III de l'article 49** de la LFSS pour 2023 est sortie de vigueur.

B. Un article qui vise à prolonger l'autorisation législative

Le présent article, issu d'un amendement de la rapporteure générale Stéphanie Rist, propose **d'étendre la durée de l'autorisation législative, mentionnée supra, jusqu'au 1^{er} mars 2024**, date à compter de laquelle les décisions arrêtées prendraient effet.

Selon l'objet de l'amendement, « *il a été décidé de reporter la mise en œuvre au 1^{er} mars 2024* » de l'intégration des produits de contraste en raison des « *contraintes opérationnelles (...) identifiées lors des échanges avec les radiologues, les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques* ».

II - La position de la commission : un article traduisant la navigation à vue du Gouvernement

La rapporteure a accueilli avec étonnement cet article. Les dispositions modifiées ont, premièrement, été introduites par le Gouvernement, en toute fin d'examen du PLFSS de l'an passé, alors qu'elles réformaient profondément les modalités de détermination des forfaits techniques. L'annonce de l'intégration des produits de contraste au sein des frais couverts par ces forfaits n'était alors accompagnée ni de motifs détaillés ni d'estimations financières.

Sur le fondement de ces dispositions, le Gouvernement a arrêté une intégration des produits de contraste en avril 2023 pour l'abroger quelques mois plus tard. En guise de dénouement, le présent article propose que les ministres compétents disposent, de nouveau, d'une autorisation pour arrêter l'intégration des produits de contraste.

¹ Arrêté du 21 avril 2023 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

² Arrêté du 27 juin 2023 portant abrogation de l'arrêté du 21 avril 2023 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Le Gouvernement a donc, une nouvelle fois, opté pour ne pas inclure le présent article au projet de loi initial et de garder le silence quant aux raisons opérationnelles ou incidences financières de ces dispositions.

Sans aucune explication apportée au Parlement sur une nouvelle palinodie, la commission a adopté un **amendement de suppression n° 269** de sa rapporteure.

La commission propose de supprimer cet article.

Article 26 quinquies (nouveau)

Extension à Mayotte des dispositions relatives aux relations conventionnelles avec les centres de santé

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à étendre à Mayotte l'application des dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux centres de santé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

À l'initiative de la députée Estelle Youssouffa, le Gouvernement a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, le présent article additionnel.

- **L'article 26 quinquies prévoit d'étendre à Mayotte l'application de certaines dispositions du code de la sécurité sociale (CSS) relatives aux centres de santé.**

À cette fin, il révisé **l'ordonnance n° 96-1122 modifiée¹** qui régit l'application à Mayotte de dispositions principalement relatives à **l'assurance maladie**, à défaut d'applicabilité directe du CSS dans ce département ultramarin.

Le présent article complète ainsi **l'article 20-3 de l'ordonnance précitée**, qui concerne **l'application à Mayotte des dispositions tarifaires et financières des conventions nationales dans le champ de l'assurance maladie ainsi que les dispositions conventionnelles applicables aux professionnels de santé**. Il encadre ainsi les relations entre la Caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) et les professionnels libéraux.

Il prévoit ainsi d'inscrire à cet article **l'applicabilité à Mayotte des dispositions des articles L. 162-32 à L. 162-32-4 du code de la sécurité sociale**.

¹ Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

Les **cinq articles** concernés encadrent **les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les centres de santé**, notamment :

- **les subventions versées** aux structures par les caisses primaires ;
- **l'accord national définissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé** et les conditions de conclusion et d'approbation de celui-ci ;
- les conditions d'exclusion d'une structure de la convention.

L'auteure de l'amendement, qui souligne le manque de médecins généralistes sur le territoire et la présence de trois centres de santé, entend par cette disposition lever un blocage juridique qui menacerait de fermeture ces structures et empêcherait l'ouverture de nouveaux centres.

II - La position de la commission

La commission est particulièrement sensible aux difficultés d'accès aux soins dans les territoires ultramarins et consciente des **lourdes carences existantes à Mayotte, particulièrement en matière de démographie médicale**.

Une mission de la commission des affaires sociales s'était rendue au début de l'année 2022 à La Réunion et Mayotte¹, laquelle avait pu constater les faiblesses de l'offre de soins au regard de la **pression démographique** et d'un **manque important de professionnels de santé**.

• Si la rapporteure regrette qu'une telle disposition n'ait pas fait l'objet de précisions d'opportunité de la part du Gouvernement, elle **soutient ces dispositions de nature à permettre la mise en œuvre des relations conventionnelles entre la caisse locale et les centres de santé, et ainsi soutenir la structuration de l'offre de soins locale**.

Sollicitée par la rapporteure, **la Caisse de sécurité sociale de Mayotte a soutenu la mesure, constatant une lacune dans la transposition à l'île des dispositions de droit commun**, soulignant que *« l'absence de dispositif réglementaire adapté ne permet pas aux centres de santé de bénéficier de l'ensemble des dispositions prévues par le code de la sécurité sociale, fragilisant le modèle et sa pérennité. Cette situation fragilise les quelques acteurs s'étant engagés dans le déploiement de ces offres de soins sur Mayotte. »*²

La convergence prévue par le présent article pourrait ainsi permettre, selon la direction de la CSSM, de **« faire bénéficier à ces structures de solutions d'appui à leur modèle économique par le déploiement des dispositifs d'aides qui seront alors applicables** (subventions « Teulade », déploiement du dispositif incitatif centres de santé : aide à l'installation, aide au maintien de l'activité, contrat de solidarité territoriale médecins) permettant de contribuer à la pérennité et au renforcement de ces activités ».

¹ « Mayotte : un système de soins en hypertension » - Rapport d'information n° 833 (2021-2022), déposé le 27 juillet 2022.

² Réponses aux questions adressées par la rapporteure.

La rapporteure émet cependant des réserves, au-delà de cette extension du droit commun, quant à des **adaptations éventuelles des dispositions du code de la sécurité sociale permettant de faire mieux correspondre le droit aux réalités locales, qui n'ont pas été proposées par le Gouvernement**. La rapporteure a ainsi par exemple été sensibilisée à la question d'une opportunité de régime dérogatoire à Mayotte, à titre expérimental, en matière d'actes réalisés en téléconsultation par les centres de santé.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 26 sexies (nouveau)

**Mise en place par l'agence régionale de santé
d'un parcours « dépression post-partum »**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à expérimenter pour une durée de trois ans la mise en place de parcours « dépression post-partum » par les ARS, dans la limite de six régions. Ces parcours associeront des professionnels médicaux, des psychologues et des puéricultrices et viseront à mieux accompagner les femmes confrontées à une telle dépression.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Le renforcement progressif des efforts de diagnostic et d'accompagnement des femmes confrontées à une dépression du post-partum

• La dépression du post-partum constitue **une complication fréquente et, parfois, grave survenant après l'accouchement**.

D'après les données disponibles dans la littérature internationale, **10 à 20 % des femmes accouchées** subiraient une forme de dépression du post-partum¹. L'enquête nationale périnatale en France hexagonale, réalisée en 2021, a mis en évidence qu'au sein de l'échantillon étudié, 27,6 % des femmes interrogées souffraient d'anxiété, 16,7 % d'une dépression du post-partum et 5,4 % présentaient des idées suicidaires à deux mois du post-partum².

¹ Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, Harris, « A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression », *J Affect Disord*, septembre 2017.

² Doncarli, Tebeka, Demiguel, Lebreton, Deneuve-Tharaux, Boudet-Berquier, Apter, Crenn-Hebert, Vacheron, Le Ray, Regnault, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2023, n° 18, p. 348-360.

Le rapport de la commission des 1 000 premiers jours soulignait également, en 2021, que « *l'isolement grandissant des parents est préoccupant et certains phénomènes restent méconnus et sous-diagnostiqués (dépression du post-partum notamment)* »¹.

• Face à ce constat, le **suivi des femmes en post-partum a été renforcé**.

Les femmes enceintes bénéficient d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme². En application de ces dispositions, un examen médical postnatal doit obligatoirement être effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement³.

La LFSS pour 2022⁴ a, par ailleurs, précisé les objectifs de l'**entretien postnatal précoce obligatoire**. Réalisé par un médecin ou une sage-femme entre les quatrième et huitième semaines suivant l'accouchement, celui-ci vise notamment à repérer les premiers signes de la dépression du post-partum ou les facteurs de risques qui y exposent et à évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement.

Un **deuxième entretien** peut être proposé, entre les dixième et quatorzième semaines qui suivent l'accouchement, par le professionnel qui a réalisé le premier entretien aux femmes, notamment, pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du post-partum ou l'existence de facteurs de risques qui y exposent⁵.

B. L'article 26 sexies vise à expérimenter la mise en place par les ARS d'un parcours destiné à améliorer le suivi des femmes confrontées à une dépression du post-partum

Sur le modèle du parcours instauré, pour les couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse, par une loi définitivement adoptée par le Sénat en juin 2023⁶, le présent article, issu d'un amendement de Frédéric Valletoux (*Horizons*) et de plusieurs de ses collègues retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, vise à expérimenter la mise en place par les ARS d'un parcours dédié au diagnostic et à l'accompagnement des femmes confrontées à une dépression du post-partum.

¹ Ministère des solidarités et de la santé, Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence. Rapport de la commission des 1 000 premiers jours, septembre 2020, p. 46.

² Article L. 2122-1 du code de la santé publique.

³ Article R. 2122-3 du code de la santé publique.

⁴ Article 86 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

⁵ Article L. 2122-1 du code de la santé publique.

⁶ Article 1^{er} de la loi n° 2023-567 du 7 juillet 2023 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche.

Pour ce faire, il prévoit qu'à titre expérimental et pour une durée de trois ans, les ARS peuvent mettre en place un parcours « *dépression post-partum* » **associant professionnels médicaux, psychologues hospitaliers et libéraux, sages-femmes et puéricultrices**, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire visant à mieux accompagner les femmes confrontées à une telle dépression. Cette expérimentation serait financée par le fonds d'intervention régional (FIR).

Le parcours mis en place aurait pour objectifs :

- de prendre en charge le plus précocement possible les femmes diagnostiquées ;

- de développer la formation des professionnels médicaux sur les conséquences psychologiques du post-partum ;

- d'améliorer l'orientation de ces femmes, ainsi que leur accès à un suivi psychologique et médical ;

- de systématiser leur information sur la dépression du post-partum, les possibilités de traitement ou d'intervention et les dispositifs de suivi médical et d'accompagnement psychologique disponibles.

Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation doivent être déterminées par décret et les territoires participants définis par arrêté. Le Gouvernement doit adresser, au plus tard trois mois après la fin de l'expérimentation, un rapport évaluant la pertinence d'une généralisation.

II - La position de la commission

• La commission souligne que la dépression du post-partum et, plus largement, l'ensemble des complications psychologiques liées aux suites de l'accouchement constituent un **enjeu de santé publique majeur**.

Elle observe que, se fondant sur les données issues de l'enquête nationale périnatale de 2021, une étude publiée par Santé publique France en 2023 conclut que « [les] résultats renforcent la nécessité d'une évaluation des manifestations psychiatriques en période postnatale et le **caractère fondamental des politiques de prévention**, en particulier en lien avec le parcours des 1 000 premiers jours, de repérage et de soutien des femmes en période postnatale. En effet, il a été démontré qu'en l'absence de dépistage systématique, on retrouve une sous-déclaration des symptômes psychiatriques et une **absence de recours aux soins**. »¹

¹ Doncarli, Tebeka, Demiguel, Lebreton, Deneux-Tharoux, Boudet-Berquier, Apter, Crenn-Hebert, Vacheron, Le Ray, Regnault, op. cit.

• Face à la fréquence des symptômes dépressifs ou anxieux et aux difficultés, désormais bien documentées, d'accès à une prise en charge adaptée, la commission juge **indispensable la mise en œuvre d'actions destinées à renforcer l'accompagnement des femmes concernées**. Aussi a-t-elle favorablement accueilli les dispositions du présent article.

Toutefois, la commission a souligné que, comme pour le parcours relatif aux interruptions spontanées de grossesse récemment instauré par le législateur, l'effet de ces dispositions **dépendra largement de l'implication, localement, des professionnels, des ARS comme des associations**. Elles ne contribueront à résoudre le faible recours aux soins observé que si elles permettent, par une information adaptée, par l'engagement et la coordination des professionnels, de faciliter le parcours des femmes concernées.

• À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté un **amendement n° 271** avançant la date de remise du rapport prévu, en prévoyant que celle-ci devra avoir lieu au plus tard trois mois avant la fin de l'expérimentation. Elle entend, ainsi, favoriser la généralisation de l'expérimentation dans le cas où celle-ci aurait fait la preuve de son utilité et éviter toute situation de vide juridique.

La commission a, par ailleurs, adopté un **amendement n° 270** de sa rapporteure apportant à l'article plusieurs améliorations rédactionnelles.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

CHAPITRE II

GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL

Article additionnel avant l'article 27

Responsabilisation des patients dans la prise de rendez-vous

Cet article additionnel vise à mettre à la charge des patients n'honorant pas un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé en ville une somme forfaitaire, au bénéfice de l'assurance maladie. Cette somme peut être partiellement reversée au professionnel de santé en indemnisation, dans les conditions prévues par les conventions professionnelles.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I – Les rendez-vous non honorés : un phénomène fréquent source de gaspillage du temps médical

- Si l'appréciation du phénomène demeure délicate et donne lieu à des estimations variables, la proportion des rendez-vous pris auprès d'un professionnel de santé en ville qui ne seraient pas honorés apparaît toutefois non négligeable.

L'Académie nationale de médecine et le Conseil national de l'ordre des médecins ont ainsi publié, au début de l'année 2023, un communiqué soulignant leur inquiétude sur ce phénomène, qu'ils estiment **concerner 6 à 10 % des patients disposant d'un rendez-vous chaque semaine**¹. Près des deux tiers de ces défections concerneraient un premier rendez-vous.

La Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), sans pouvoir établir de chiffrage précis, recommande toutefois la plus grande prudence sur ces données et évoque un **taux d'annulation des rendez-vous qui pourrait s'établir entre 3 et 4 %**². Consciente des difficultés induites par les rendez-vous non honorés, elle proposait toutefois, dans son dernier rapport dit « *Charges et produits* »³, l'organisation d'une campagne nationale d'information sur le bon usage du système de santé et, notamment, la conduite à tenir en cas d'annulation de rendez-vous. Celle-ci a été lancée le 8 octobre 2023⁴.

¹ Communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, Rendez-vous non honorés, 27 janvier 2023.

² Rapport n° 328 (2022-2023) de Mme Corinne Imbert, déposé le 8 février 2023, p. 32.

³ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, proposition n° 9.

⁴ Cnam, Une campagne de communication consacrée à la protection du système de soin, 5 octobre 2023 : <https://assurance-maladie.ameli.fr/actualite/une-campagne-de-communication-consacree-la-protection-du-systeme-de-soin>.

- Les rendez-vous non honorés peuvent avoir **plusieurs conséquences néfastes sur le système de santé.**

D'une part, lorsque le patient n'annule pas son rendez-vous suffisamment en avance pour permettre au professionnel d'accueillir un autre patient, les rendez-vous non honorés entraînent une **perte de temps de consultation pour le professionnel de santé**, particulièrement préjudiciable dans le contexte de tension démographique actuel. L'Académie nationale de médecine et l'ordre des médecins estimaient, ainsi, à près de deux heures le temps perdu chaque semaine par les médecins¹.

D'autre part, lorsqu'aucune consultation n'a pu être organisée en lieu et place du rendez-vous non honoré, le professionnel de santé est susceptible de subir une **perte de rémunération**. Les honoraires associés à une consultation ne peuvent, en effet, être réclamés par les professionnels de santé qu'à l'occasion d'actes réellement effectués².

S'il est toujours possible aux professionnels, hors les cas d'urgence ou ceux dans lesquels ils manqueraient ainsi à leurs devoirs d'humanité, de refuser leurs soins pour des raisons professionnelles ou personnelles³, et ainsi de refuser un patient n'ayant pas honoré ses précédents rendez-vous, cette protection apparaît faible. Elle ne permet pas d'indemniser le professionnel de santé pour le temps perdu, ni de responsabiliser réellement les patients.

II - La nécessité de responsabiliser davantage les patients et de permettre l'indemnisation des professionnels

- La commission juge indispensable de **responsabiliser davantage les patients dans la prise de rendez-vous**. Elle souhaite, de cette manière, contribuer à réduire le nombre de rendez-vous annulés au dernier moment ou auxquels les patients ne se présentent pas, sans raison légitime, et ainsi augmenter le temps de consultation des professionnels de santé.

Dans le même objectif, elle souhaite que les actions de sensibilisation des patients mises en œuvre par l'Assurance maladie puissent être poursuivies et intensifiées.

¹ Communiqué commun de l'Académie nationale de médecine et du Conseil national de l'ordre des médecins, op. cit.

² Cette règle est fixée, pour les médecins, dans le code déontologique de la profession à l'article R. 4127-53 du code de la santé publique.

³ Article R. 4127-47 du code de la santé publique pour les médecins.

En conséquence, et après avoir adopté au début de l'année 2023, à l'occasion de l'examen de la proposition de loi portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, des dispositions proches¹, la commission a adopté à l'initiative de sa rapporteure un **amendement n° 272 portant article additionnel**. Celui-ci vise à mieux responsabiliser les patients et à permettre l'indemnisation des professionnels de santé.

Le 1° de ce nouvel article insérerait, au sein du code de la sécurité sociale, un nouvel article prévoyant qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, lorsqu'un rendez-vous auprès d'un professionnel de santé de ville n'a pas été honoré par l'assuré, une somme forfaitaire est mise à la charge de ce dernier. Son montant serait fixé par décret et affecté à l'assurance maladie.

La somme pourrait être réglée directement par l'assuré à sa caisse, prélevée sur son compte bancaire avec son autorisation ou récupérée, par l'organisme d'assurance maladie, sur les prestations de toute nature à venir.

Le 2° modifie les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux conventions régissant les relations entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie, pour prévoir que ces dernières peuvent fixer les modalités et conditions d'indemnisation des professionnels au titre des rendez-vous non honorés pour lesquels l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré.

Pour chaque profession concernée², les partenaires conventionnels pourraient ainsi décider qu'une partie de la somme forfaitaire est reversée en indemnisation au professionnel de santé.

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 272.

¹ Rapport n° 328 (2022-2023) de Mme Corinne Imbert, déposé le 8 février 2023, op. cit.

² Médecins généralistes et médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyse médicale.

Article additionnel avant l'article 27

Avis préalable des commissions des affaires sociales sur les projets de textes réglementaires modifiant le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire

Cet article propose de soumettre à avis préalable des commissions des affaires sociales des deux chambres du Parlement les projets de textes réglementaires ayant pour effet de modifier le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I - La franchise annuelle et la participation forfaitaire : deux dispositifs visant à faire contribuer l'assuré aux frais de santé dans un objectif de responsabilisation

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie¹ a introduit deux dispositifs créant des montants restant à la charge de l'assuré sur sa consommation de soins : la **participation forfaitaire**² et la **franchise annuelle**³, dite franchise médicale. En mettant un montant symbolique à la charge du patient, ces dispositifs poursuivaient un **objectif de responsabilisation des assurés**.

Afin de servir cet objectif, ces montants, qui viennent en déduction du montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par les complémentaires santé dans le cadre d'un contrat responsable.

Ces dispositifs doivent bien être distingués du **ticket modérateur**, mentionné au I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale. Celui-ci désigne la part des frais de santé qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et peut être pris en charge, tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire⁴. Son niveau varie donc selon le tarif de sécurité sociale et le taux de remboursement applicables à l'acte⁵, au produit ou à la prestation sollicitée. Certains publics ou actes en sont exonérés⁶, tandis qu'il peut être majoré dans certains cas, notamment lorsqu'une consultation s'inscrit en dehors du parcours de soins coordonnés⁷.

¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

² II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

³ III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

⁴ Le ticket modérateur est par exemple entièrement pris en charge pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

⁵ Article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

⁶ C'est par exemple le cas des actes liés à une interruption volontaire de grossesse, des soins liés à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, des frais de santé de la femme enceinte après le sixième mois de grossesse, des soins et frais hospitaliers à destination de nouveau-nés de moins d'un mois, des contraceptifs pour les femmes de moins de 26 ans...

⁷ Article R. 160-6 du code de la sécurité sociale.

Exemple illustratif sur la notion de ticket modérateur et de participation forfaitaire

Pour une consultation chez le médecin généraliste, le tarif opposable pour l'assurance maladie obligatoire est de 26,5 euros, et le taux de remboursement applicable est de 70 % en cas de respect du parcours de soins coordonnés. En multipliant ces deux chiffres, on obtient la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, soit 18,55 euros. En déduction de ce montant s'applique la participation forfaitaire d'un euro : la sécurité sociale rembourse la différence, soit 17,55 euros, à l'assuré.

En retranchant ce montant au prix payé par l'assuré, on obtient le ticket modérateur. Si le médecin est conventionné secteur 1, celui-ci est donc égal à 7,95 euros. Ce montant peut être pris en charge, tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire.

Le reste à charge du patient est donc égal à l'euro correspondant à la participation forfaitaire auquel peut s'ajouter, le cas échéant, tout ou partie du ticket modérateur de 7,95 euros.

A. La participation forfaitaire minore le remboursement par l'assurance maladie obligatoire des actes et consultations médicaux

La participation forfaitaire, définie au II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, frappe les **actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire**, ainsi que les **actes de biologie médicale**. Due pour les actes ou consultations réalisés en ville, dans un centre de santé ou un établissement de santé, elle n'est toutefois **pas due en cas d'hospitalisation**.

Son plafond est fixé à **1 euro** par l'article R. 160-19 du code de la sécurité sociale. Ce plafond correspond au montant effectivement retenu par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), décisionnaire en la matière aux termes de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

La participation forfaitaire ne s'applique toutefois pas indifféremment sur tous les assurés, celle-ci n'étant pas exigée :

- pour les **mineurs**¹ ;
- pour les bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire**² ;
- pour les **femmes enceintes** bénéficiant de l'assurance maternité³ ;
- pour les bénéficiaires de **l'aide médicale d'État**.

¹ Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale

² Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale

³ Article L. 160-9 du code de la sécurité sociale. L'assurance maternité court entre le 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse et le 12^e jour suivant l'accouchement.

En outre, il existe un **plafond** de participations forfaitaires exigibles annuellement, **fixé à cinquante** par l'article D. 160-6 du code de la sécurité sociale. Un **plafond journalier** s'applique également : il ne peut y avoir plus de quatre participations forfaitaires versées par un même assuré, sur une même journée et pour un même professionnel de santé¹.

Ce plafond permet de **limiter le coût** de la participation forfaitaire pour les assurés dont la consommation de soins et de biens médicaux est importante, au premier rang desquels les personnes atteintes d'une **affection longue durée**.

B. La franchise annuelle, un montant restant à la charge de l'assuré sur les produits et prestations qu'il consomme

La franchise annuelle, dite **franchise médicale**, frappe, aux termes du III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, la prise en charge par l'assurance maladie des **médicaments**² et des prestations effectuées par un pharmacien d'officine, des actes paramédicaux³ et du **transport sanitaire**⁴. En revanche, aucune franchise ne s'applique sur les dispositifs médicaux.

L'article D. 160-9 du même code fixe des montants de franchise différenciés selon les catégories de prestations ou de produits :

- la franchise atteint **0,5 euro sur les médicaments** ;
- la franchise atteint **0,5 euro sur les actes paramédicaux**, dans la limite de deux euros par jour⁵ ;
- la franchise atteint **deux euros sur le transport sanitaire**, dans la limite de quatre euros par jour⁶.

Les catégories d'assurés pour lesquels la participation forfaitaire n'est pas exigible ne sont pas davantage concernés par la franchise annuelle. En outre, aucune franchise n'est exigible sur la contraception d'urgence à destination des mineures ou pour les victimes du terrorisme.

Comme pour la participation forfaitaire, un système de plafonnement s'applique sur le montant des franchises exigibles, limitant à 50 euros par an le reste à charge ainsi occasionné⁷. Selon des données anciennes, datant de 2010, 25 % des assurés atteignent le plafond annuel de 50 euros.

¹ Article D. 160-8 du code de la sécurité sociale.

² À l'exception de ceux délivrés pendant une hospitalisation.

³ À l'exception de ceux réalisés lors d'une hospitalisation.

⁴ À l'exception du transport sanitaire d'urgence.

⁵ Article D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article D. 160-11 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article D. 160-10 du code de la sécurité sociale.

II - Le Gouvernement envisage un doublement de ces deux dispositifs, sans l'indiquer explicitement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale

Bien qu'ayant été jugé « *probable* » par le ministre de la santé et de la prévention, Aurélien Rousseau, le 8 septembre 2023, le **doublé des participations forfaitaires et des franchises**, dont l'impact financier est estimé à 800 millions d'euros, **ne figure pas dans le PLFSS**.

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale renvoie en effet au pouvoir réglementaire le soin de fixer les montants de la franchise annuelle¹ et de la participation forfaitaire².

Pour autant, le Gouvernement **aurait pu mentionner explicitement cette mesure dans la décomposition des 3,5 milliards d'euros d'économies sur l'Ondam** figurant dans le PLFSS et ses annexes. Tel n'a pas été le choix retenu par le Gouvernement, qui s'est contenté de faire figurer, dans l'annexe 5 au PLFSS, que « *des mesures de transfert de dépenses et de responsabilisation des assurés seront également menées, avec un rendement attendu de 1,3 milliard d'euros qui comprennent notamment l'effet année pleine de la modification du ticket modérateur sur les soins dentaires déjà annoncée* ». Cette dernière mesure étant évaluée à 0,5 milliard d'euros, 0,8 milliard d'euros d'économies ne font pas l'objet d'un cadrage précis.

III - Le dispositif proposé : soumettre à avis préalable des commissions des affaires sociales des deux chambres du Parlement tout projet de texte réglementaire visant à modifier le montant de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle

L'**amendement n° 273** de la commission portant article additionnel avant l'article 27 du PLFSS entend **soumettre à avis préalable des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat** tout projet de texte réglementaire tendant à modifier le montant de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle.

En son 1°, l'article additionnel modifie le II de l'article L. 160-13, relatif à la participation forfaitaire, afin de prévoir que **tout décret en Conseil d'État modifiant le plafond du montant de la participation forfaitaire doit être soumis à avis préalable des commissions précitées**. La signature du décret en Conseil d'État ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours.

En son 2°, l'article additionnel modifie le III de l'article L. 160-13, relatif à la franchise annuelle, afin de prévoir que **tout décret modifiant le montant de la participation forfaitaire doit être soumis à avis préalable des commissions précitées**. La signature du décret ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours.

¹ Par décret simple.

² Par décret en Conseil d'État.

En effet, le Gouvernement semble, sans l'assumer pleinement, avoir pris sa décision concernant le doublement de la franchise médicale et de la participation forfaitaire, puisque les 800 millions d'euros d'économies prévisionnelles associées coïncident exactement avec le montant attendu des « *mesures de responsabilisation des assurés* » non détaillées dans l'annexe 5 au PLFSS.

Dans ces conditions, il fait peu de doute que **le doublement de la participation forfaitaire et de la franchise annuelle est chiffré, et donc, en creux, inclus dans le PLFSS pour 2024.**

La commission **regrette** que le Gouvernement n'ait pas saisi l'opportunité, dans une logique de sincérité budgétaire et de bonne information du Parlement, **d'inscrire explicitement** le doublement de la franchise annuelle et de la participation forfaitaire dans les mesures d'économies sur l'Ondam.

Compte tenu des enjeux financiers de la mesure et de ses effets concrets pour le reste à charge des assurés, il apparaît **inenvisageable que la représentation nationale ne soit à aucun moment associée ou consultée sur cette décision.**

Par conséquent, une **consultation systématique des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat** apparaît nécessaire sur tout projet de texte réglementaire modifiant les montants de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle.

Il en va de l'information du Parlement, dont l'insuffisance en loi de financement de la sécurité sociale a déjà été maintes fois déplorée par la commission.

Sur un tel sujet, le Gouvernement ne peut pas s'avancer à mots couverts, à grand renfort de modalisateurs. Il doit assumer son intention et permettre la tenue d'un débat démocratique et institutionnalisé sur le sujet.

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 273.

Article additionnel avant l'article 27
**Améliorer la prise en compte de l'effet financier
des conventions professionnelles**

Cet article additionnel vise à permettre une meilleure prise en compte de l'effet financier des conventions professionnelles, en autorisant le Gouvernement à s'y opposer lorsque leurs conséquences financières remettraient en cause la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. Il prévoit, par ailleurs, que les dispositions financières d'une convention ne peuvent entrer en vigueur qu'à la condition qu'une loi de financement de la sécurité sociale en tenant compte ait été adoptée.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I - Les conventions professionnelles sont devenues un outil indispensable de pilotage des soins de ville

Nécessaires pour **concilier l'exercice libéral des professions de santé, le libre choix de leur praticien** par les patients et un **haut niveau de socialisation du risque maladie**, les conventions conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les représentants des professionnels concernés reposent sur un cadre juridique complexe, fixé par le code de la sécurité sociale¹.

• **Les conventions sont négociées et conclues, éventuellement sur la base de lignes directrices définies par le Gouvernement²**, par l'Uncam avec les organisations syndicales représentatives au niveau national de chacune des professions de santé. Après conclusion, elles sont transmises aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour approbation³. Ces derniers peuvent s'opposer à leur mise en œuvre pour trois raisons :

- la non-conformité de la convention aux lois et règlements en vigueur ;
- des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ;
- l'atteinte au principe d'égal accès aux soins⁴.

¹ Voir, à ce sujet, le rapport n° 99, tome II (2022-2023) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Gruny, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller, déposé le 2 novembre 2022, pp. 218 et suivantes.

² Article L. 162-14-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 162-15 du code de la sécurité sociale.

⁴ Ibid.

Après approbation, les conventions acquièrent les **effets « qui s'attachent aux dispositions réglementaires »**¹ : elles s'imposent aux autorités administratives, aux tiers comme à l'ensemble des professionnels concernés, tant qu'ils n'ont pas fait connaître leur souhait de ne pas être régis par ces dispositions. Toutefois, les mesures conventionnelles ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires entrent en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention².

- Le **contenu des conventions** s'est progressivement élargi.

D'abord concentrées sur les **tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé**, les conventions comprennent désormais des dispositions relatives à l'organisation du système de santé, à l'accès aux soins et à la coordination entre professionnels. Les thèmes transversaux ouverts aux négociations conventionnelles sont listés par le code de la sécurité sociale³.

Cet élargissement du champ des dispositions conventionnelles fait des conventions professionnelles l'un des principaux outils, pour l'assurance maladie, **de pilotage et d'organisation des soins de ville**.

II - La nécessité de mieux tenir compte des conséquences financières des conventions et d'améliorer l'information du Parlement

- À la suite de la Cour des comptes⁴, la commission des affaires sociales a observé, lors de l'examen du PLFSS pour 2022, que « *l'incidence financière des documents conventionnels est insuffisamment suivie et évaluée* ».

Elle soulignait, notamment, le manque d'information du Parlement sur les effets financiers des différents documents conventionnels - conventions, avenants, *etc.* -, fréquemment négociés par l'assurance maladie.

Cette insuffisance apparaît d'autant plus gênante que les dépenses de ville constituent le premier sous-objectif de l'Ondam et dépassent désormais 100 milliards d'euros. En leur sein, les dépenses relatives aux honoraires médicaux et dentaires, aux honoraires paramédicaux et aux laboratoires d'analyse médicale, largement déterminées par les conventions négociées, occupent une place importante et constituent ensemble l'un des principaux facteurs de croissance des dépenses.

¹ Conseil d'État, section, 9 octobre 1981, *syndicat des médecins de la Haute-Loire*, n° 20026.

² Article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Principalement, l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale pour la plupart des professions de santé conventionnées et l'article L. 162-16-1 pour les pharmaciens d'officine.

⁴ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022, « *Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficience des dépenses à renforcer* », pp. 134 et suivantes.

Enfin, l'assurance maladie ne dispose que de très peu d'outils de pilotage ou de régulation permettant de maîtriser ces dépenses. À cet égard, le rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la situation de l'hôpital a relevé que « *la maîtrise des dépenses d'assurance maladie et la quête du respect de l'Ondam passent pour beaucoup par une stricte régulation des dépenses des établissements de santé, faute de capacités de pilotage développées sur les soins de ville* »¹.

• Jugeant indispensable de renforcer le suivi et le pilotage des dépenses de soins de ville, la commission a adopté un **amendement n° 274 portant article additionnel**. Celui-ci, reprenant largement des dispositions adoptées par le Sénat lors de l'examen du PLFSS pour 2022, vise à mieux tenir compte de l'effet financier des conventions et à améliorer l'information du Parlement en la matière.

Le **2° et le a du 3°** de l'article ajouté modifieraient les règles encadrant l'approbation des conventions par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour leur permettre de s'opposer à l'approbation d'une convention ou d'un avenant qui s'écarteraient de manière excessive de la trajectoire financière votée en LFSS. La Cour des comptes, dans son rapport de 2022, avait regretté les faibles pouvoirs de régulation des ministres et observé que « *le non-respect de la trajectoire financière prévue dans les lois de financement de la sécurité sociale ne figure pas au nombre des motifs de refus d'approbation* »².

Le **1° et le b du 3°** modifieraient les règles applicables aux dispositions conventionnelles dépeniées, pour prévoir que celles-ci entrent en vigueur non pas à l'expiration d'un délai de six mois mais lors de l'adoption d'une loi de financement de la sécurité sociale tenant compte de leur effet sur les dépenses d'assurance maladie.

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 274.

¹ Rapport n° 10 (2021-2022) de Mme Catherine Deroche, fait au nom de la commission d'enquête Hôpital, déposé le 29 mars 2022.

² Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2022, op. cit., p. 140.

Article additionnel avant l'article 27

Renforcer les incitations des professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé et à la maîtrise des dépenses

Cet article additionnel vise à confier aux conventions professionnelles, qui régissent les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, le soin de définir les conditions de modulation de la rémunération des professionnels en fonction de leur participation au développement du dossier médical partagé (DMP), à l'effort de maîtrise des dépenses et de pertinence des soins.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I – Le rôle du dossier médical partagé dans la maîtrise des dépenses de ville

• Malgré leur montant élevé et leur place dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), les dépenses de soins de ville apparaissent **insuffisamment régulées**.

Les soins de ville constituent le **premier objectif de l'Ondam en montant** et excèdent, depuis 2021 en exécution¹ et depuis 2022 en prévision², 100 milliards d'euros par an. Parmi elles, les honoraires des professionnels de santé représentent presque 40 % du total et les produits de santé, plus de 30 %³.

Malgré leur importance, les dépenses de soins de ville apparaissent, de manière structurelle, **difficilement régulables**. La Cour des comptes a, par exemple, souligné que les écarts entre la prévision en LFSS initiale et l'exécution constatée du sous-objectif soins de ville étaient fréquemment supérieurs à ceux constatés pour les établissements de santé⁴. La prépondérance de la rémunération à l'acte des professionnels libéraux, l'absence de régulation prix-volume et la faible responsabilisation des patients sont fréquemment citées parmi les facteurs explicatifs.

¹ Voir le commentaire de l'article 1^{er} du PLFSS pour 2023 : en exécution, le sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville s'est élevé à 105,2 milliards d'euros en 2021 contre 98,9 milliards d'euros prévus en LFSS initiale.

² Article 114 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 : en prévision, le sous-objectif relatif aux dépenses de soins de ville s'élevait à 102,5 milliards d'euros.

³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023, « Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé », p. 99.

⁴ Cour des comptes, Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense. Contribution à la revue des dépenses publiques, juillet 2023, pp. 10 et 11.

Pour contenir le dynamisme spontané des dépenses de soins de ville, les efforts de **maîtrise médicalisée des dépenses** ont, toutefois, été renforcés ces dernières années. Celle-ci consiste à répondre à l'obligation, faite aux médecins, d'observer la **plus stricte économie, dans leurs actes et prescriptions, compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins**¹. Autrement dit, la maîtrise médicalisée consiste à limiter les actes et prescriptions non justifiés au regard des données acquises de la science² et, à efficacité égale, à privilégier les solutions les moins onéreuses.

La maîtrise médicalisée a acquis une **place importante dans les outils de régulation des dépenses de santé, particulièrement en ville**³. En 2024, 720 millions d'euros d'économies nouvelles sont attendus des actions de maîtrise médicalisée, et 180 millions d'euros des actions de contrôle et de lutte contre la fraude qui visent également à assurer la pertinence des prescriptions⁴.

- Parmi les outils permettant d'assurer une meilleure organisation des prises en charge, une plus grande coordination des professionnels de santé et une pertinence renforcée des prescriptions figure le **dossier médical partagé (DMP)**. Depuis la loi « santé » de 2019, celui-ci est adossé à l'espace numérique de santé (ENS, ou « *Mon espace santé* »)⁵, créé automatiquement pour chaque patient en l'absence d'opposition expresse de ce dernier⁶.

Lancé en janvier 2022, le dispositif a permis une **très forte augmentation du nombre de documents téléchargés dans les DMP**. La mission d'information de la commission des affaires sociales relative aux données de santé a toutefois, récemment, souligné que cette croissance devait être relativisée, le niveau d'appropriation de l'outil variant d'un secteur à l'autre et selon la profession considérée. Elle soulignait, en particulier, que le rythme de versement en médecine de ville demeurerait encore décevant⁷.

L'utilisation du DMP constitue pourtant une obligation pour l'ensemble des professionnels de santé. Quel que soit leur mode et leur lieu d'exercice, ceux-ci sont chargés de reporter dans le DMP les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins⁸.

¹ Article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale.

² Le fait d'assurer au patient des soins fondés sur les données acquises de la science fait partie des obligations déontologiques des professionnels de santé. Pour les médecins, elle figure à l'article R. 4127-32 du code de la santé publique.

³ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2023, « La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie », pp. 254 et suivantes.

⁴ Annexe 5 au PLFSS 2024, « Ondam et dépenses de santé », pp. 31 et 32.

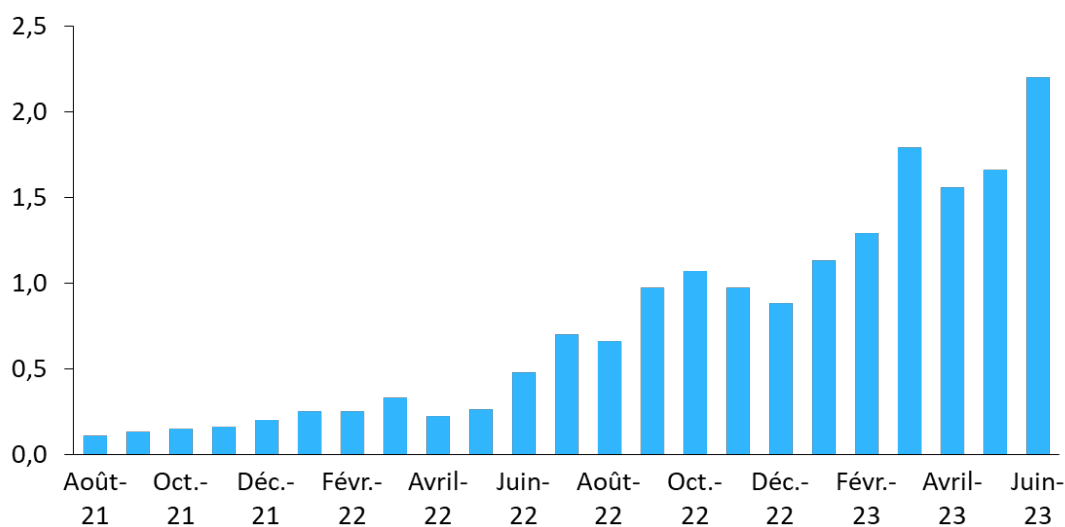
⁵ Article L. 1111-14 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 1111-13-1 du code de la santé publique.

⁷ Rapport d'information n° 873 (2022-2023), déposé le 12 juillet 2023, fait au nom de la commission des affaires sociales sur les données de santé par Mme Catherine Deroche, p. 15.

⁸ Article L. 1111-15 du code de la santé publique.

Nombre de documents versés dans le DMP, par habitant, en rythme annuel



Source : Mission d'information relative aux données de santé de la commission des affaires sociales du Sénat

Observant que les incitations à utiliser l'outil « *apparaissent éclatées et ne concernent qu'inégalement les différentes professions de santé* », le rapport de la mission d'information recommande notamment de renforcer les incitations conventionnelles à l'utilisation de Mon espace santé et de les étendre à l'ensemble des professions de santé en demeurant dépourvues¹.

II - La nécessité de renforcer les outils conventionnels d'incitation à l'utilisation du DMP et à la pertinence des prescriptions

- Pour maîtriser les dépenses de soins de ville comme pour améliorer l'organisation des parcours de soin et la coordination entre professionnels de santé, la commission juge indispensable de **renforcer les outils conventionnels visant à inciter les professionnels de santé à utiliser le DMP et contribuer aux efforts de pertinence des prescriptions.**

Elle juge souhaitable que ces critères puissent être intégrés aux rémunérations forfaitaires prévues par les conventions, afin que celles-ci soient modulées en fonction de leur observance par chacun des professionnels de santé conventionnés.

- À l'initiative de sa rapporteure, la commission a adopté, en ce sens, un **amendement n° 275 portant article additionnel.**

Celui-ci vise à modifier l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale relatif aux conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux, pour y prévoir que les rémunérations prévues peuvent être modulées en fonction de deux critères :

- d'une part, la consultation et le renseignement du DMP dans les conditions prévues par le code de la santé publique ;

¹ Ibid., p. 137.

- d'autre part, la participation des professionnels à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins.

Les partenaires conventionnels pourront s'emparer de ces dispositions pour intégrer ces deux critères, notamment, aux dispositifs de rémunération forfaitaire portés par les conventions. Les conditions dans lesquelles ces deux critères seront appréciés pourront être librement fixées par les partenaires conventionnels et varier selon la profession concernée.

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 275.

Article 27

Détecter plus efficacement les arrêts de travail injustifiés par un contrôle accru des prescripteurs et des assurés

Cet article propose d'étendre les procédures de contrôle de prescriptions aux centres de santé et aux sociétés de téléconsultation et de suspendre automatiquement le versement des indemnités journalières maladie en cas de caractère injustifié de l'arrêt de travail établi par une contre-visite d'un médecin contrôleur. Enfin, il vise à développer les délégations de compétence au sein des services du contrôle médical.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. Une reprise des contrôles de l'assurance maladie après l'épidémie de covid-19, dans un contexte de hausse dynamique des dépenses d'indemnités journalières

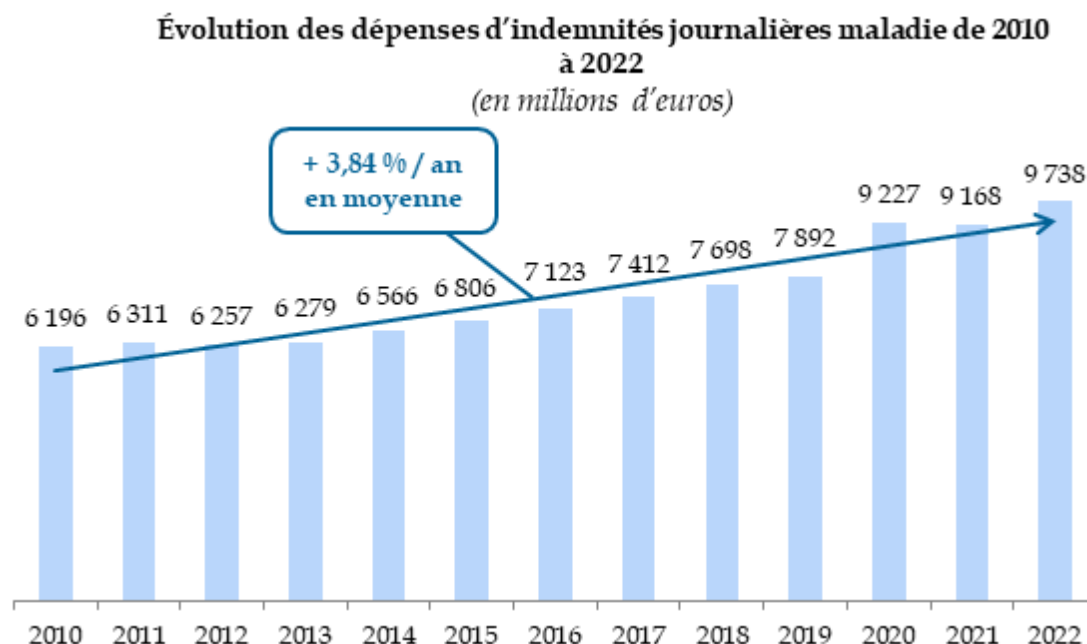
1. La hausse ininterrompue des dépenses d'indemnités journalières maladie

Les dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie accordées aux assurés « *dans l'incapacité physique constatée par le médecin (...) de continuer ou de reprendre le travail* »¹ connaissent une augmentation importante, résultant d'une tendance de long terme et de facteurs plus circonstanciels liés, notamment, à l'épidémie de covid-19.

Le rapport *Charges et produits* de la Cnam de juillet 2023 souligne la **hausse constante des dépenses des IJ maladie depuis 2010** (voir le graphique ci-après).

¹ Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

Cette dynamique structurelle est portée par plusieurs causes telles que l'accroissement de la population active mais aussi son vieillissement, l'augmentation de la durée moyenne des arrêts de travail, ainsi que l'augmentation du taux de recours aux arrêts.



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, données de la Cnam

Plus récemment, la crise épidémique a joué un rôle d'accélérateur pour les dépenses d'indemnités journalières. Dans le cadre de la stratégie sanitaire, un cadre législatif dérogatoire, en vigueur de 2020 à janvier 2023¹, a permis, en cas de contamination par la covid-19 établie par un examen de biologie médicale, aux assurés se trouvant dans l'impossibilité de continuer à travailler, à raison de leur isolement, de bénéficier d'indemnités journalières maladie². Le rapport Charges et produits note ainsi que la covid-19 est responsable de 8,84 % des dépenses d'indemnités journalières en 2020 (soit 816 millions d'euros) et de 2,79 % en 2021 (soit 256 millions d'euros).

En outre, la dynamique des indemnités journalières est restée en 2022 à un niveau supérieur à celui de l'avant-crise. Entre 2021 et 2022, le montant des IJ hors covid-19 a crû de 8,2 % sous l'effet de l'entrée en vigueur des IJ maladie pour les professions libérales en juillet 2021, des hausses exceptionnelles successives du salaire mensuel interprofessionnel de croissance (Smic) depuis octobre 2021 et deux épisodes épidémiques de grippe en 2022. Les pathologies liées à la santé mentale, qui sont responsables d'une part significative et grandissante des arrêts de travail, semblent également se multiplier à la sortie de la crise sanitaire (voir tableau ci-après).

¹ Décret n° 2023-37 du 27 janvier 2023 relatif aux arrêts de travail dérogatoires délivrés aux personnes contaminées par la covid-19.

² Cadre dérogatoire reconduit plusieurs fois et, en dernier lieu, par l'article 27 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

**Évolution 2021-2022 du nombre d'arrêts de travail
dont le motif médical peut être lié à la santé mentale**

Motifs de l'arrêt de travail	Nombre d'arrêts de travail		Évolution
	2021	2022	
<i>Syndrome dépressif</i>	1 399 955	1 525 378	+ 8,96 %
<i>Troubles anxio-dépressifs mineurs</i>	615 405	666 322	+ 8,27 %
<i>Trouble anxieux</i>	477 720	566 071	+ 18,5 %
<i>Souffrance liée à un stress</i>	208 718	258 089	+ 23,7 %

Source : Cnam, rapport charges et produits, juillet 2023

2. Les mesures menées par l'assurance maladie

Les caisses d'assurance maladie disposent de plusieurs leviers afin de s'assurer du service à bon droit des indemnités journalières et de réguler les dépenses.

Le I de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale permet à l'assurance maladie de **subordonner le versement d'indemnités journalières maladie à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois**, lorsque le nombre ou la durée des arrêts de travail prescrits par un professionnel de santé sont significativement supérieurs à ceux des autres professionnels de santé du ressort de la même ARS ou du même organisme local d'assurance maladie. Cette mise sous accord préalable (MSAP) ne peut intervenir qu'après que le professionnel de santé a pu communiquer ses observations et que la commission des pénalités financières de l'organisme a rendu son avis (voir encadré ci-après).

De manière alternative, le II du même article L. 162-1-15 prévoit que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie et le service du contrôle médical peuvent proposer au professionnel de santé une **procédure de mise sous objectifs (MSO)** de réduction du nombre d'arrêts de travail prescrits. En cas de refus, la procédure de MSAP s'applique. Ces deux procédures n'interviennent qu'en dernier lieu après échec du dialogue avec les prescripteurs.

La Cour des comptes pointe qu'en 2018, seuls 596 médecins – soit 0,6 % des médecins prescripteurs – avaient été identifiés à l'échelle nationale comme susceptibles d'être concernés par une MSAP ou une MSO¹.

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, p. 163.

Constatant les « *effets limités* » des actions à l'égard des prescripteurs les plus prolifiques, la Cour des comptes invitait donc l'assurance maladie à mettre en œuvre des mesures dissuasives envers les médecins les moins rigoureux quant à leurs prescriptions d'arrêt de travail (justification des d'arrêt de travail à la durée supérieure aux référentiels, réduction de la rémunération sur objectif de santé publique versée au médecin sur-prescripteur, menace de déconventionnement temporaire...).

Pour 2023 et 2024, la Cnam affiche comme « *objectif une reprise volontariste des actions de maîtrise de l'évolution des dépenses d'indemnités journalières* »¹, actions qui avaient été mises en sommeil par la crise sanitaire. Ce plan devrait générer une incidence financière positive pour la Cnam de l'ordre de 230 millions d'euros pour 2024. En particulier, l'étude d'impact indique que la campagne 2023-2024 de MSO et de MSAP devrait permettre une économie de 60 millions d'euros en année pleine². Cette campagne intégrerait des procédures renouvelées en 2023, ainsi qu'une « *campagne d'échanges confraternels menée par les médecins-conseils concernant des situations concrètes et des cas patients atypiques* »³.

B. Le renforcement des contrôles des prescriptions et des moyens de régulation de la dépense proposés par le présent article.

Le présent article vise à réduire les dépenses d'indemnités journalières (IJ) pour arrêt de travail.

1. Étendre les mesures de contrôles des prescriptions aux sociétés de téléconsultations et aux centres de santé

• Le présent article – au **b** du 2° du I – propose de modifier l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale afin de permettre à l'assurance maladie d'engager les procédures de MSAP et de MSO dès lors que les centres de santé ou les sociétés de consultations ne respectent pas les dispositions légales régissant les arrêts de travail ou bien génèrent un nombre ou une durée trop élevés de prescriptions d'arrêts de travail en comparaison aux centres ou aux sociétés ayant une activité comparable dans le ressort de la même ARS ou au niveau national.

Ces procédures s'appliqueraient à tous les professionnels de santé exerçant au sein des structures. Selon la direction de la sécurité sociale (DSS), dans ses réponses au questionnaire de la rapporteure, « *le choix a été fait de ne pas cibler la procédure sur un professionnel de santé salarié d'un centre ou d'une société en particulier afin d'éviter un transfert de prescriptions vers les autres professionnels du centre ou de la société* ».

¹ Rapport précité, p. 272.

² Annexe 9.

³ Rapport Charges et produits précité, p. 272.

Cependant, l'étude d'impact indique également une autre raison tenant au fait que « *si la mesure peut, en théorie, être appliquée à chaque médecin individuel du centre¹, nous ne pouvons pas aujourd'hui les identifier dans nos systèmes d'information* ».

La DSS précise également qu'à l'instar des procédures déjà en place pour les médecins libéraux, « *la comparaison sera réalisée au regard des pratiques des autres centres de santé et sociétés de téléconsultation au niveau régional ou national. Cela permettra, si le niveau régional n'est pas suffisant pour parvenir à un nombre de centres ou sociétés signifiant, de pouvoir comparer sur un niveau national* ». De même seront prises en compte les « *caractéristiques de la patientèle des centres et sociétés concernés (standardisation des patientèles selon l'affection de longue durée (ALD), le sexe et l'âge et prise en compte de l'indice de défavorisation du territoire)* ».

- Le *c* du 2° du I étend de la même manière la procédure de mise sous objectif aux centres de santé et aux sociétés de consultation.

- Le 1° du I modifie l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux cas où les professionnels de santé exercent en centres de santé et aux sociétés de téléconsultation les pénalités pouvant déjà être prononcées par l'assurance maladie à l'encontre d'un professionnel de santé en cas de « *récidive après au moins deux périodes de mise sous accord préalable (...) ou lorsque le professionnel de santé n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions* » dans le cadre d'une MSO. Le montant de la pénalité encourue est fixé en fonction de l'ampleur de la récidive, selon un barème fixé par voie réglementaire.

- Le *a* du 2° propose de supprimer l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières préalable au déclenchement de la procédure de MSAP. Cette suppression interviendrait à compter du 1^{er} février 2024 – date fixée au II du présent article.

Cette suppression est justifiée par le Gouvernement par la durée trop étendue des procédures de MSAP – jusqu'à 120 jours après le refus de MSO – allongée en partie par l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières, devant laquelle le professionnel de santé peut présenter ses observations. Il est donc proposé que la procédure contradictoire s'exerce directement devant le directeur de la CPAM pour réduire les délais d'instruction.

¹ Lesquels peuvent normalement être identifiés grâce à leur numéro d'identification au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) que tout médecin doit mentionner sur ses feuilles d'ordonnances et sur ses autres documents professionnels, en vertu d'une obligation déontologique (article R. 41127-79 du code de la santé publique).

La commission des pénalités financières

En vertu de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale, la pénalité émise par un organisme d'assurance maladie à l'encontre d'un assuré, d'un employeur ou d'un professionnel ou établissement de santé « *ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein (...) du conseil d'administration de l'organisme* ». Des représentants de professionnels de santé ou d'établissements de santé doivent participer à cette commission lorsqu'un pair est en cause dans la procédure.

Aux termes de l'article R. 147-3 du même code, la commission « *constituée au sein de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité est composée de cinq membres issus du conseil de cet organisme et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein.*

Le conseil de l'organisme local nomme cinq représentants de chaque profession de santé, des fournisseurs et autres prestataires de service, des centres de santé, des laboratoires de biologie médicale (...) ». Le conseil de l'organisme local nomme également, après avis du directeur général de l'ARS, cinq représentants des établissements de santé, ainsi que cinq représentants des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

Les membres de la commission sont nommés pour la durée du mandat du conseil.

2. Le contrôle de la pertinence des arrêts de travail

a) Les modifications proposées du cadre juridique

En l'état du droit, l'assuré bénéficiant d'un arrêt de travail peut faire l'objet d'une contre-visite par un médecin tiers à l'initiative de son employeur mettant en doute le bien-fondé de son arrêt de travail. L'employeur dispose de cette faculté lorsque qu'il est tenu, en vertu de l'article L. 1226-1 du code du travail ou d'un texte conventionnel, à condition qu'il la prévienne, d'assurer une indemnisation complémentaire de la maladie.

Le médecin contrôleur

Lorsque l'employeur décide de s'assurer du bien-fondé de l'arrêt de travail, il dispose de la liberté de choisir le médecin pratiquant la contre-visite médicale, comme la chambre sociale de la cour de cassation le rappelle dans une décision du 20 octobre 2015¹. En pratique, les employeurs s'adressent à des organismes spécialisés qui salarient des médecins - et dont l'offre est généralement disponible sur internet.

¹ N° 13-26.890.

Ce contrôle ne peut en aucun cas être opéré par le médecin du travail, qu'il s'agisse d'un médecin du travail propre à l'entreprise dans le cas d'un service autonome ou du médecin d'un service médical inter-entreprises. Il ne peut non plus être opéré par un non-médecin. Tenu au secret médical, le médecin-contrôleur n'a pas à fournir à l'employeur d'informations sur l'état de santé du salarié.

Toutefois, certaines conventions collectives prévoient des dispositions plus contraignantes en imposant le choix du médecin parmi la liste des experts près des tribunaux. Le médecin doit justifier de son titre ou de son mandat auprès du salarié.

Source : DSS, réponse au questionnaire de la rapporteure

Toutefois, en Alsace-Moselle, le droit local fait obstacle à ce que l'employeur suspende la rémunération du salarié dont une contre-visite médicale a établi l'absence de justification de l'arrêt de travail.

Le droit local alsacien-mosellan

L'article L. 1226-23 du code du travail¹ prévoit, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de Moselle, un régime plus favorable que le droit commun en disposant que « *le salarié dont le contrat de travail est suspendu pour une cause personnelle indépendante de sa volonté et pour une durée relativement sans importance a droit au maintien de son salaire. Toutefois, pendant la suspension du contrat, les indemnités versées par un régime d'assurances sociales obligatoire sont déduites du montant de la rémunération due par l'employeur* ».

Dans ces trois départements, les contre-visites de contrôle à la discrétion de l'employeur ne sont donc pas possibles pour les arrêts de moins de six semaines. La Cour de cassation a en effet jugé que ces dispositions dérogatoires applicables en Alsace-Moselle « *ne subordonn[ent] pas le droit au maintien de la rémunération aux résultats d'une contre-visite* », en cas d'absences pour maladie de courte durée et a ainsi rejeté le pourvoi de l'entreprise qui avait diligencé une contre-visite à l'issue de laquelle l'employé avait été reconnu apte à la reprise de ses fonctions par le médecin contrôleur².

Aux termes de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, le médecin contrôleur dispose de 48 heures pour transmettre au service du contrôle médical de l'assurance maladie son rapport concluant « *à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré* ».

¹ Issu, par codification, de l'article 616 du code civil local, maintenu en vigueur par la loi du 1^{er} juin 1924.

² Cour de Cassation, Chambre sociale, du 19 juin 2001, 98-44.926, Publié au bulletin. Cour de Cassation, Chambre sociale, du 20 novembre 2001, 99-45.632, Inédit.

S'il estime que les indemnités journalières sont indûment versées, le service émet alors un avis auprès de la caisse pour que les IJ soient suspendues. Il ne peut toutefois demander la suspension des IJ lorsque le médecin contrôleur n'a pu effectuer une contre-visite médicale. Dans ce cas, la suspension ne peut intervenir qu'après nouvel examen médical de l'assuré. Ce dernier, ayant été notifié de la suspension de ces indemnités dispose d'un délai de dix jours francs pour demander à son organisme de prise en charge de saisir de nouveau le service du contrôle médical qui réexamine la situation et se prononce dans un délai de 4 jours francs¹.

- Le présent article - au **a** du **3°** du **I** - propose d'étendre de 48 à 72 heures le délai dans lequel le médecin contrôleur doit transmettre son rapport au service du contrôle médical. L'étude d'impact justifie cette extension en arguant du fait que « *le délai de transmission (...), limité à 48 heures, conduit à ce que des avis négatifs soient reçus hors délais et à ce que le service médical doivent parfois réinstruire et réexaminer la situation d'un assuré qui vient pourtant d'être examiné par un médecin contrôleur* ».

- Le dispositif propose également de rendre obligatoire la transmission du rapport du médecin contrôleur à l'organisme de prise en charge, en parallèle de sa transmission au service du contrôle médical. Dès lors que les conclusions du rapport exposent le caractère injustifié de l'arrêt de travail ou de sa durée, la modification apportée à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale **rendrait automatique la suspension du service des indemnités journalières ou la réduction de la durée de versement**.

Lorsque le médecin contrôleur n'a pas été en capacité de procéder à l'examen médical de l'assuré, la suspension ne pourrait intervenir qu'après examen médical par le service du contrôle médical. Ce dernier pourrait également décider de procéder à un nouvel examen, qui, dès lors, suspendrait l'interruption de versement des indemnités. Enfin, il serait toujours possible pour l'assuré de saisir lui-même le service du contrôle médical pour un nouvel examen de sa situation dans des délais prévus par décret. En revanche, ce recours de l'assuré ne suspendrait pas l'interruption du service de ses indemnités.

b) L'incidence financière attendue

En se fondant sur la perspective que cette automaticité de la suspension aboutirait à l'interruption supplémentaire de 37 500 arrêts de travail par an², le Gouvernement estime à 27 millions d'euros annuels les économies générées dès 2024. Ces prévisions sont toutefois à prendre avec prudence puisqu'elles se fondent sur un nombre de contre-visites (150 000) datant de 2016 et une augmentation des suspensions toute hypothétique.

¹ Délais fixés à l'article D. 315-4 du code de la sécurité sociale.

² Annexe 9 du PLFSS 2024, p. 235.

3. Développer les délégations de compétences au sein du service de contrôle médical

À l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, après la précision selon laquelle « *les missions du service de contrôle médical sont exercées par les praticiens conseils* », le **b** du 3° du **I** propose de **permettre à ces praticiens de déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et activités au personnel du service de contrôle médical**. Lorsque les actes sont réalisés par des auxiliaires médicaux, la délégation ne peut se faire que dans le respect des compétences qui leurs sont reconnues par le code de la santé publique. Enfin, ces délégations doivent faire l'objet d'un protocole écrit lorsque les auxiliaires médicaux sont conduits à rendre des avis conditionnant l'attribution ou le versement de prestations.

Le 4° du **I** tire les conséquences de cette délégation de compétence en substituant à la mention du praticien-conseil une référence au service de contrôle médical s'agissant de l'information de l'assuré de l'absence de justification de son arrêt de travail et de décision de retarder la suspension des indemnités journalières. Cette rédaction ouvre donc la possibilité qu'un autre professionnel de santé du service de contrôle médical assure ces missions au nom de celui-ci.

Les informations de la DSS transmises à la rapporteure précisent qu'il est envisagé que « *les compétences déléguées par les praticiens-conseils aux infirmiers et aux auxiliaires médicaux soient élargies vers une gestion autonome en matière de contrôles et d'avis sur les prestations individuelles* ». Cette autonomie accrue des infirmiers s'exercerait en priorité pour le contrôle des prestations individuelles dont l'avis est simple comme, par exemple, la gestion des demandes d'exonération du ticket modérateur par ALD. Actuellement, la DSS précise que dans 95 à 98 % des situations le praticien-conseil entérine la proposition d'avis préparée par l'infirmier.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale, deux amendements rédactionnels de la rapporteure générale Stéphanie Rist.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III – La position de la commission

La rapporteure souscrit à l’objectif de régulation des dépenses d’indemnités journalières maladie qui devraient continuer leur progression dynamique de 5,2 % en 2024, pour moitié en raison des hausses de salaires¹.

L’extension des procédures de MSAP et de MSO aux sociétés de téléconsultation et aux centres de santé paraît cohérente à la rapporteure afin de réguler les sociétés peu vertueuses menant une politique générale de « sur-prescription » d’arrêts de travail. Aussi la possibilité d’infliger des pénalités financières à des sociétés qui récidiveraient ou ne tiendraient pas les objectifs assignés, dans les mêmes conditions que pour les médecins libéraux, est-elle bienvenue.

En revanche, la rapporteure n’adhère pas à l’intention du Gouvernement de supprimer l’avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de MSAP. Pour un professionnel de santé mis en cause, la faculté de présenter ses observations devant une commission composée de ses pairs et de représentants du conseil de la CPAM donne des garanties essentielles de respect du contradictoire. La suppression de cet avis irait à contre-courant du souhait, notamment exprimé par le ministre Aurélien Rousseau devant la commission des affaires sociales, de mener des échanges moins comminatoires avec les professionnels concernés².

Pour ces raisons, la rapporteure a proposé un **amendement n° 276**, adopté par la commission, lequel maintient l’avis de cette commission préalablement au déclenchement de la procédure de MSAP pour les professionnels libéraux. Cet amendement, par souci de cohérence, ajoute également cet avis obligatoire au sein de la nouvelle procédure de MSAP s’appliquant aux sociétés de téléconsultation et aux centres de santé.

La rapporteure souscrit aux modifications proposées quant à l’organisation du service du contrôle médical. Elle prend acte que les compétences déléguées aux auxiliaires médicaux se feraient sous la responsabilité des médecins-conseils et dans le cadre de protocoles écrits. De même, l’étude d’impact indique que « *la réorganisation du service médical et la délégation de tâches aux auxiliaires médicaux permettraient aussi de libérer du temps médical notamment pour procéder à des entretiens préalables avec les médecins prescripteurs d’IJ* », ce que la rapporteure ne peut qu’encourager.

¹ Annexe 5 au PLFSS, p. 35.

² Compte rendu de l’audition de M. Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, jeudi 26 octobre 2023.

Enfin, s'agissant de l'interruption du versement des indemnités journalières maladie, la rapporteure soutient la mesure qui permettra de renforcer l'efficacité du contrôle du service médical. La rapporteure note que la suspension ne pourrait intervenir sans examen médical et que, en tout état de cause, le service du contrôle médical disposerait toujours de la possibilité de s'autosaisir ou bien de réexaminer le dossier sur demande de l'assuré.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 27 bis (nouveau)

Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, propose de supprimer le délai de carence applicable sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. La généralisation progressive de l'application d'un délai de carence sur le versement des indemnités journalières du risque maladie en cas d'arrêt de travail

Un assuré satisfaisant aux conditions d'affiliation et de cotisation applicables dans son régime de sécurité sociale¹ a droit, lorsqu'il se voit prescrire un arrêt de travail pour incapacité physique d'exercer son travail, au versement d'**indemnités journalières**, aux termes des articles L. 321-1 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

Ces indemnités journalières sont d'un **montant variable selon la branche et le régime concernés**. Pour le régime général de la branche AT-MP, elles atteignent 60 %² du salaire journalier de référence pour les 28 premiers jours, et 80 %³ après le 29^e jour, jusqu'à consolidation, contre 50 %⁴ du salaire journalier de base pour le régime général de la branche maladie.

¹ Les conditions incluent notamment le paiement d'un montant minimal de cotisations aux termes des articles L. 313-1 (régime général), L. 711-5 (régimes spéciaux) et L. 622-3 (indépendants) du code de la sécurité sociale, et une durée minimale d'affiliation aux termes de l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale (indépendants) et de l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime (régime des non-salariés agricoles).

² Article R. 433-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 433-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 323-5 du code de la sécurité sociale.

En maladie, un **délai de carence** s'applique désormais dans le versement d'indemnités journalières pour la plupart des régimes et fait obstacle au versement des indemnités journalières par la sécurité sociale dès le premier jour d'arrêt de travail. Les fonctionnaires, dont le délai de carence introduit en loi de finances pour 2012¹ avait été abrogé en loi de finances pour 2014², sont de nouveau **concernés par un délai de carence** depuis la loi de finances pour 2018³.

Le principe d'un délai de carence est fixé dans la loi pour chacun des régimes concernés⁴, et notamment à l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général.

La durée du délai de carence varie de un à trois jours en fonction du régime auquel l'assuré est affilié pour le risque maladie :

- il est fixé, par voie réglementaire, à trois jours pour les assurés du régime général⁵ et du régime des salariés agricoles⁶, ainsi que pour ceux du régime des indépendants⁷, des non-salariés agricoles⁸ et des contractuels de la fonction publique ;

- il est fixé, par voie législative⁹, à **un jour** pour les **fonctionnaires civils**, les **militaires**, les assurés des **régimes spéciaux** mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, et les assurés dont l'indemnisation des arrêts de travail du risque maladie n'est pas versée par un régime obligatoire de base de sécurité sociale.

Les **contrats de prévoyance d'entreprise**, permettant une protection sociale complémentaire des salariés, permettaient toutefois en 2009 à **64 % des salariés** de voir leurs jours de carence être **intégralement pris en charge**, limitant ainsi les conséquences financières du délai de carence pour les assurés. Ce taux moyen masque des disparités marquées selon les catégories socio-professionnelles : la proportion de salariés couverts variait, en 2009, de 51 % pour les ouvriers à 82 % pour les cadres.

¹ Article 105 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

² Article 126 de la loi n° 2013-1278 du 29 décembre 2013 de finances pour 2014.

³ Article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

⁴ Article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée pour les agents publics et les assurés des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles, et, par alignement sur les assurés du régime général, article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime pour les salariés agricoles, article L. 622-1 du code de la sécurité sociale pour les indépendants.

⁵ Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article R. 742-2 du code rural et de la pêche maritime, par alignement sur les assurés du régime général.

⁷ Article D. 622-12 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime.

⁹ Article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée.

Récapitulatif des modalités de couverture des congés maladie

Régime	Financier	Niveau de prise en charge de l'arrêt maladie	Niveau de prise en charge complémentaire par l'employeur	Délai de carence
Général	CPAM	50 % du salaire journalier de base, dans la limite de 50,58 € brut par jour	Complément des IJ pour atteindre 90 % du salaire brut pendant 30 à 90 jours, puis complément des IJ pour atteindre 66,66 % du salaire brut pendant 30 à 90 jours	3 jours
Indépendants	CPAM	1/730 ^e de leur revenu d'activité annuel moyen, dans la limite de 60,26 € brut par jour	N/A	3 jours
Fonctionnaires	État	100 % du traitement indiciaire brut pendant 90 jours, puis 50 % du traitement indiciaire brut pendant 270 jours. Certaines primes sont versées tout ou partie.	N/A	1 jour
Agents contractuels	CPAM	50 % du salaire journalier de base, dans la limite de 50,58 € brut par jour	Complément des IJ pour atteindre 100 % du traitement brut pendant 30 à 90 jours, puis complément des IJ pour atteindre 50 % du traitement. Certaines primes sont versées tout ou partie.	1 jour pour la prise en charge complémentaire, 3 jours pour les IJ
Salariés agricoles	MSA	50 % du salaire journalier de base, dans la limite de 50,58 € brut par jour	Complément des IJ pour atteindre 90 % du salaire brut pendant 30 à 90 jours, puis complément des IJ pour atteindre 66,66 % du salaire brut pendant 30 à 90 jours	3 jours
Non-salariés agricoles	MSA	22,95 € bruts par jour puis 30,61 € brut par jour à compter du vingt-neuvième jour d'arrêt	N/A	3 jours

Source : Rapport n° 519 (2022-2023) de M. Martin Lévrier sur la proposition de loi visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse

B. Afin de protéger les plus fragiles, le délai de carence ne trouve pas à s'appliquer dans certaines situations

1. Les exceptions à l'application du délai de carence pour l'ensemble des assurés

- Le délai de carence ne s'applique aux arrêts de travail accordés moins de 48 heures après la fin d'un premier arrêt de travail **qu'à due concurrence** du nombre de jours de carence épuisés lors du **premier arrêt de travail**¹. Dès lors, un arrêt de travail consécutif à un premier arrêt de travail de plus de trois jours ne donne pas lieu à un délai de carence.

- Après application du délai de carence sur le premier arrêt de travail en lien avec une affection de longue durée, le délai de carence ne trouve plus à s'appliquer pour l'indemnisation des **arrêts de travail occasionnés par la même affection**, sur une période de trois ans².

- Les arrêts de travail accordés **dans une période de treize semaines après le décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans** ne font pas l'objet, pour leur indemnisation par la sécurité sociale, d'un délai de carence³. Pour les agents publics et assurés des régimes spéciaux, seul le premier congé de maladie pris dans cette période se voit exempté de délai de carence⁴.

- Aucun délai de carence ne trouve à s'appliquer sur les **arrêts de travail consécutifs à une interruption spontanée de grossesse**⁵, dite fausse couche, avant la 22^e semaine⁶ d'aménorrhée depuis la loi n° 2023-567 visant à favoriser l'accompagnement des couples confrontés à une interruption spontanée de grossesse dite fausse couche.

¹ Ce principe est par exemple consacré à l'article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée, pour les fonctionnaires.

² Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale pour le régime général, article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée pour les agents publics et les assurés affiliés à un régime spécial.

³ Article L. 323-1-1 pour le régime général, également applicable aux salariés agricoles aux termes de l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et aux indépendants aux termes de l'article L. 622-1 du code de la sécurité sociale ; article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour le régime des non-salariés agricoles.

⁴ Article 115 de la loi de finances de 2018 précitée pour les agents publics et les assurés affiliés à un régime spécial

⁵ Article L. 323-1-2 pour le régime général, également applicable aux salariés agricoles aux termes de l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime et aux indépendants aux termes de l'article L. 622-1 du code de la sécurité sociale ; article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour le régime des non-salariés agricoles et L. 781-20 pour les non-salariés agricoles exerçant en Guadeloupe, Guyane, Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, article 115 de la loi de finances de 2018 précitée pour les agents publics et les assurés affiliés à un régime spécial.

⁶ Après la 22^e semaine d'aménorrhée, les femmes concernées bénéficient de leur congé de maternité et des allocations journalières associées, sans délai de carence.

2. Une exception supplémentaire à l'application du délai de carence, spécifique aux agents publics et aux assurés des régimes spéciaux

En plus des quatre exceptions au délai de carence précitées, les **agents publics** et les **assurés des régimes spéciaux** bénéficient d'une exception spécifique supplémentaire mentionnée au II de l'article 115 de la loi de finances pour 2018 précitée. Le **congé de maladie accordé entre la déclaration de grossesse et le début du congé de maternité** ne fait, en effet, pas l'objet d'un délai de carence.

3. Le régime dérogatoire s'appliquant aux arrêts de travail liés à une contamination à la covid-19 n'est aujourd'hui plus applicable

Afin d'éviter la diffusion de la covid-19 sur le lieu de travail, l'article 8 de la loi d'urgence sanitaire n° 2020-290 du 23 mars 2020 a **suspendu le délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une infection par le SARS-CoV-2** pour l'ensemble des régimes obligatoires.

Initialement applicable jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire, le dispositif a été plusieurs fois prolongé, avant de **prendre fin** pour les arrêts de travail délivrés à compter du **1^{er} février 2023**, à la suite d'un décret du 27 janvier 2023¹ appliquant les dispositions de l'article 27 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023².

C. Le dispositif proposé: supprimer le délai de carence sur le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à une interruption médicale de grossesse

L'article 27 *bis*, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, est issu de deux amendements identiques, l'un déposé par Sandrine Josso et plusieurs de ses collègues du groupe Démocrates, et l'autre par le Gouvernement.

Il vise à **supprimer le délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse**.

¹ Article 1 du décret n° 2023-37 du 27 janvier 2023 relatif aux arrêts de travail dérogatoires délivrés aux personnes contaminées par la covid-19.

² Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

L'interruption médicale de grossesse

L'interruption médicale de grossesse, définie à l'article L. 2213-1 du code de la santé publique, consiste en une interruption volontaire de grossesse qui peut être pratiquée dès lors que la poursuite de la grossesse met gravement en péril la santé de la femme enceinte ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une maladie grave et incurable au moment du diagnostic.

L'interruption médicale de grossesse peut être pratiquée à tout moment de la grossesse, sur attestation de deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire. Elle ne peut être réalisée que par un médecin et dans un établissement de santé.

Le I de l'article 27 *bis* **supprime, pour les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse, le délai de carence applicable aux assurées du régime des non-salariés agricoles** dans l'Hexagone, en son 1^o, et en Guyane, en Guadeloupe, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, en son 2^o. Il modifie, pour ce faire, respectivement les articles L. 732-4 et L. 781-21 du code de la sécurité sociale, relatifs aux indemnités journalières pour chacun de ces publics.

Le II de l'article 27 *bis* **fait de même pour les assurées du régime général**, en modifiant l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale, exemptant de délai de carence le versement d'indemnités journalières au titre d'un arrêt de travail consécutif à une interruption spontanée de grossesse. Ce faisant, le II de l'article 27 *bis* **concerne également les assurées du régime des salariés agricoles¹ et des indépendants²**, qui se réfèrent à l'article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale pour définir les modalités des arrêts de travail qui leur sont applicables.

Le III de l'article 27 *bis* supprime le délai de carence sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse pour les **agentes publiques civiles, les militaires, les assurées des régimes spéciaux de sécurité sociale³** et les salariées pour lesquelles l'indemnisation des arrêts de travail pour le risque maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de base de sécurité sociale.

Le IV de l'article 27 *bis* renvoie au pouvoir réglementaire la fixation de la date d'entrée en vigueur de la suppression du délai de carence sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse, étant précisé que la mesure entre en vigueur au plus tard pour les arrêts de travail prescrits à compter du **1^{er} juillet 2024**.

¹ Article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

² Article L. 622-1 du code de la sécurité sociale.

³ Mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

II - La position de la commission

La commission a soutenu les dispositions de l'article 27 *bis* et la suppression du délai de carence sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse.

La commission estime **opportun que les femmes confrontées à une interruption médicale de grossesse puissent, pour se rétablir d'une intervention médicale aussi lourde, bénéficier d'un arrêt de travail sans avoir à déplorer de préjudice financier.**

Cette mesure lui a, par ailleurs, semblé aller **dans la droite lignée**, voire être un corollaire logique, de la suppression du délai de carence applicable aux arrêts de travail consécutifs à des interruptions spontanées de grossesse, adoptée à une vaste majorité par le Sénat lors de la session précédente.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement n° 277 qu'elle a adopté afin d'apporter une précision juridique.

Article 28

Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou appel téléphonique

Cet article propose qu'une téléconsultation ne puisse pas porter à plus de trois jours la durée d'un arrêt de travail, sauf si celle-ci est réalisée par le médecin traitant ou en cas d'impossibilité pour le patient d'obtenir une consultation en cabinet pour prolonger l'arrêt de travail.

Il propose également de conditionner le remboursement des produits, prestations et actes téléprescrits à l'existence d'un échange vidéotransmis ou téléphonique entre le prescripteur et le patient.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. La téléconsultation, portée par un essor fulgurant pendant la pandémie de covid-19, s'est désormais pérennisée dans les pratiques des professionnels sans remettre en question la place prépondérante des consultations en cabinet

1. La télésanté est une forme de pratique sanitaire exercée à distance

La **télésanté** désigne, selon l'agence du numérique en santé, « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » pour mettre en rapport des professionnels entre eux, ou avec un patient afin de permettre un accès à distance aux soins médicaux ou paramédicaux.

On distingue, au sein de la télésanté, la **télé médecine** du **télésoin**. Le **télésoin**¹ concerne la pratique de soins, apportés par un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux, tandis que la **télé médecine**² concerne la pratique médicale. On parle de télé médecine dès lors qu'un professionnel médical est impliqué dans la prise en charge, y compris en cas de mise en rapport d'un professionnel médical³ avec d'autres professionnels de santé apportant leurs soins aux patients.

¹ Article L. 6316-2 du code de la santé publique.

² Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

³ Il s'agit là, au sens du code de la santé publique, des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

La télémedecine se subdivise en cinq catégories principales d'actes, énumérées à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique :

- la **téléconsultation**, qui consiste en une consultation à distance par un professionnel médical et au bénéfice d'un patient et constitue, de fait, la catégorie d'actes la plus fréquente en télémedecine ;

- la **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel de santé de solliciter un professionnel médical à distance ;

- la **télésurveillance médicale**, qui consiste, pour un professionnel médical, à interpréter à distance des données de santé relevées, le cas échéant, par un professionnel de santé et, si besoin est, à modifier ses conditions de prise en charge en conséquence ;

- la **téléassistance médicale**, qui vise à permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé dans la réalisation d'un acte ;

- la **réponse médicale dans le cadre de la régulation gérée par les services d'aide médicale urgente (Samu)**.

2. La téléconsultation, autrefois marginale, a connu un essor soudain lors de la crise liée à l'épidémie de covid-19, et s'est depuis pérennisée dans les pratiques médicales à un niveau bas

Si la téléconsultation a été ouverte à l'ensemble des patients le **15 septembre 2018**, cette forme de pratique de la médecine a d'abord été marginale : selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé et de la prévention¹ seules 3 000 téléconsultations ont eu lieu chez des médecins généralistes libéraux en 2018, puis 80 000 en 2019 ; des chiffres à rapporter à un ordre de grandeur de **250 millions de consultations en France chaque année**. Selon Monziols *et al.* (2020)², **moins de 5 %** des médecins généralistes libéraux proposaient des consultations à distance avant 2020.

L'épidémie de covid-19 a provoqué un **essor soudain** de la téléconsultation, notamment lors des périodes de **confinement** : selon l'article de la Drees précité, **13,5 millions** de téléconsultations ont été réalisées par des généralistes libéraux en 2020, puis **9,4 millions** en 2021, ce qui représente respectivement 5,7 % et 3,7 % de l'activité. La pratique s'est largement diffusée au sein des professionnels, qui sont, parmi les médecins généralistes libéraux, **77 %** à avoir déjà pratiqué une téléconsultation en 2022.

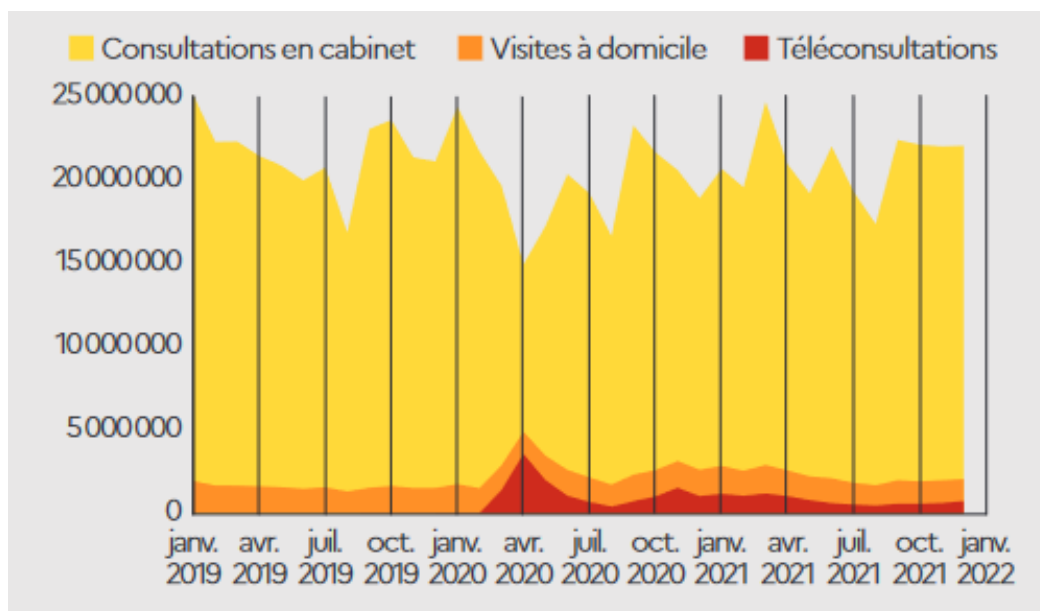
¹ Drees, *Études et Résultats*, décembre 2022, n° 1249, « Sept téléconsultations de médecine générale sur dix concernent des patients des grands pôles urbains en 2021 ».

² Drees, *Études et résultats*, septembre 2020, n° 1162, « Trois médecins généralistes sur quatre ont mis en place la téléconsultation depuis le début de l'épidémie de Covid-19 ».

La sortie de crise de l'épidémie de covid-19 a conduit à **réduire la part de la téléconsultation dans l'offre de consultations**, qui se pérennise toutefois à un niveau bas sans être négligeable, autour de **4 %** des consultations de médecine générale en France en 2021¹. En tout état de cause, « *la consultation médicale en cabinet reste la norme* », comme l'indique la Cnam dans son rapport Charges et produits 2024.

Sans susciter l'engouement des professionnels, **46 % d'entre eux se déclarant insatisfaits ou peu satisfaits** de cette forme de pratique de la médecine², la téléconsultation s'est ancrée dans le paysage médical en tant qu'offre subsidiaire à la consultation, et la moitié des médecins disent souhaiter en proposer indépendamment de l'épidémie de covid-19.

Activité des médecins généralistes libéraux par mois entre 2019 et 2021



Source : Drees

Le développement de la téléconsultation a mécaniquement provoqué une **augmentation des prescriptions de médicaments ou d'arrêts de travail par téléconsultation**. Ainsi, l'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2023 évoquait un doublement du montant d'indemnités journalières versé à la suite d'un arrêt de travail prononcé à la suite d'une téléconsultation en 2020, puis en 2021.

Les arrêts de travail prescrits par téléconsultation représentent **5 %** du total, une proportion faible mais supérieure à **4 %**, soit le taux de téléconsultations parmi les consultations médicales. En moyenne, plus de patients se voient donc prescrire un arrêt de travail après une téléconsultation qu'après une consultation en cabinet.

¹ Cnam, juillet 2023, Rapport Charges et produits.

² Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, 2022, sur la base de données déclaratives.

Des **sites spécialisés et peu scrupuleux**, tels que les sites web *arretmaladie.fr* ou *docteursecu.fr*, se sont développés pour proposer des arrêts de travail à des assurés. La Cnam s'était, à l'époque, insurgée face à cette initiative, déplorant que « *les arrêts de travail ne sont pas des produits de consommation* ». La justice, saisie, avait prononcé la fermeture de ces sites, en novembre 2020.

De tels exemples, sans être représentatifs, ont mis en lumière les dérives que pouvait engendrer le développement de la téléconsultation, dans un cadre normatif encore insuffisamment mature.

B. Une tentative inaboutie de conférer un encadrement réglementaire et conventionnel à la téléconsultation

1. La définition d'un encadrement législatif et conventionnel applicable à la télésanté, et notamment à la téléconsultation

Si la partie législative du code de la santé publique concernant la télésanté n'est constituée que de deux articles qui se bornent à définir la télé médecine¹ et le télésoin², la partie réglementaire fixe quelques grandes orientations encadrant ces pratiques, et dispose, notamment, que **la pertinence du recours à la télé médecine ou au télésoin est à l'appréciation du professionnel de santé**³. Elle ne prévoit toutefois pas de dispositions spécifiques à la téléconsultation.

Face aux risques de dérive identifiés, l'article R. 6316-3 du code de la santé publique rend nécessaire, pour la pratique de la télésanté, que les professionnels de santé et les patients impliqués puissent être respectivement **authentifiés et identifiés**, et que ces derniers puissent, le cas échéant, être formés au dispositif proposé. Des dispositions réglementaires régissent également les obligations applicables au professionnel exerçant la télésanté en matière de **remplissage du dossier médical partagé**⁴.

C'est donc par la voie conventionnelle que l'encadrement de la téléconsultation a véritablement été précisé. Si le texte initial de la convention médicale du 25 août 2016 mentionnait pour la première fois le terme de téléconsultation pour ouvrir droit aux **résidents d'Ehpad** de bénéficier de **consultations à distance en cas d'urgence**, les premiers jalons de l'encadrement de la téléconsultation ont véritablement été posés par l'avenant 6, en date du 10 août 2018.

¹ Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

² Article L. 6316-2 du code de la santé publique.

³ Article R. 6316-2 du même code.

⁴ Article R. 6316-4 dudit code.

Partant du principe que « *le déploiement de la télémédecine participe à l'enjeu majeur de l'accès aux soins pour tous* », ce dernier a **généralisé, à compter du 15 septembre 2018, la téléconsultation**. Il stipule que **l'ensemble des patients peut bénéficier de la téléconsultation** et que **le principe d'information et de consentement préalable aux actes est également applicable en matière de téléconsultation**¹.

Cet avenant a également encadré, par un article 28.6.1.3 ajouté à la convention médicale, les modalités de réalisation de l'acte de téléconsultation. Conformément aux préconisations de la Haute autorité de santé (HAS) pour maintenir un haut niveau de service médical, la téléconsultation doit avoir lieu par **vidéoconsultation**, à rebours du choix de certains voisins européens à l'instar du Danemark ou du Royaume-Uni, chez lesquels la vidéoconsultation représente moins de 5 % des téléconsultations.

De plus, pour pallier les risques de dérive, la téléconsultation doit être réalisée dans des lieux permettant la **confidentialité des échanges**, et dans des conditions permettant de garantir la **sécurisation des données transmises**.

2. La régulation du volume de téléactivité des médecins conventionnés

Un **plafonnement** de l'activité des médecins conventionnés en téléconsultation ou en téléexpertise a été mis en œuvre par l'avenant 9 du 25 septembre 2021. Celui-ci fixe un **seuil maximal d'activité à distance de 20 %**, à apprécier sur l'ensemble d'une année civile², sous peine d'engagement d'une procédure d'examen des manquements conventionnels ou réglementaires. L'instauration de cette règle répond à une préoccupation du Conseil national de l'ordre des médecins, qui jugeait qu'une pratique excessive de la télésanté contrevenait aux obligations déontologiques s'imposant aux médecins.

3. La fixation de conditions de prise en charge des téléconsultations plus restrictives que pour les consultations en cabinet

a) Des conditions de prise en charge des téléconsultations plus restrictives que celles s'appliquant aux consultations en cabinet, mais qui font l'objet d'une progressive ouverture

Les partenaires conventionnels ont, dès l'avenant 6 précité, fixé des **conditions restrictives** de prise en charge des téléconsultations.

Ainsi, **hors parcours de soins coordonnés, la téléconsultation ne saurait faire l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale** alors que, dans les mêmes conditions en cabinet, la prise en charge est simplement minorée³.

¹ Article 28.6.1.1 de la convention médicale.

² Article 28.6.3 de la convention médicale.

³ Article 28.6.1.1 de la convention médicale.

Dans un souci de garantir la qualité des soins et de la prise en charge médicale, le même avenant **conditionne la prise en charge par la sécurité sociale à l’alternance de téléconsultations avec des consultations en cabinet**. Il en découle, depuis l’avenant 8 du 3 septembre 2020, un principe de **territorialité de la téléconsultation**¹, afin de garantir le suivi et l’alternance de la prise en charge en présentiel et à distance. Une condition de prise en charge supplémentaire, tendant à ce que le médecin téléconsultant ait déjà reçu en présentiel le patient, n’est plus appliquée depuis l’avenant 9 précité.

De plus, afin de lutter contre les dérives observées par certaines sociétés de téléconsultation se structurant en centres de santé, l’article 53 de la LFSS pour 2023 a **conditionné à l’octroi d’un agrément la prise en charge des actes des médecins salariés par des sociétés de téléconsultation**². Ledit agrément est lui-même conditionné à l’exercice sous forme de société commerciale, au respect des règles européennes relatives à la protection des données et à la non-appartenance à une personne physique ou morale exerçant une activité de fournisseur, de distributeur ou de fabricant de médicaments³.

Ces conditions de prise en charge ont été progressivement allégées par l’insertion d’exceptions.

Le respect du parcours de soins coordonnés ne s’applique pas⁴, depuis l’avenant 6 précité, pour les **patients de moins de seize ans** ou pour les **spécialités bénéficiant d’un accès direct**. Il ne s’applique pas non plus aux **assurés dépourvus de médecin traitant** ou à **ceux dont le médecin traitant n’est pas disponible dans un délai compatible avec l’état de santé du patient**, ni, depuis l’avenant 8 précité, **en cas d’urgence, aux résidents d’Ehpad et aux détenus**.

Il est fait exception au principe de territorialité⁵, depuis l’avenant 9 précité, pour les patients résidant en **zones sous-denses**⁶ pour les téléconsultations, sauf dans le cas d’une téléconsultation de médecine générale si l’assuré a désigné un médecin traitant.

Enfin, un décret du 9 mars 2020⁷, qui n’est aujourd’hui plus en vigueur, avait fixé des dérogations aux règles de prise en charge applicables à la téléconsultation en matière de respect du parcours de soins coordonnés.

¹ Article 28.6.1.2 de la convention médicale.

² Article L. 4081-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 4081-2 du code de la sécurité sociale.

⁴ Dès lors que le recours à la téléconsultation s’inscrit dans le cadre d’une organisation territoriale coordonnée.

⁵ En l’absence d’organisation territoriale coordonnée.

⁶ Telles que définies au 1° de l’article L. 1434-4 du code de la santé publique.

⁷ Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d’assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19.

Conditions de prise en charge d'une téléconsultation

Catégories	Conditions associées
Respect du parcours de soins coordonnés	Absence de prise en charge hors du parcours de soins coordonnés sauf dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none">- le patient est un mineur de moins de seize ans- le patient est résident d'Ehpad- le patient est un détenu- le patient n'a pas de médecin traitant, ou son médecin traitant n'est pas disponible dans un délai compatible avec l'état de santé du patient- la spécialité est en accès direct- cas d'urgence
Lieu d'exercice du professionnel médical	Prise en charge conditionnée au respect du principe de territorialité de la téléconsultation, sauf pour les assurés en zone sous-dense
Qualité de la plateforme de téléconsultation	Prise en charge conditionnée à l'octroi d'un agrément impliquant notamment sa structuration sous forme de sociétés commerciales, le respect des règles européennes en matière de protection des données et la non-appartenance à un industriel du médicament
Mixité des modes de consultation	Prise en charge conditionnée à l'alternance de téléconsultations avec des consultations en cabinet

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

b) Des conditions de prise en charge des prescriptions lors des téléconsultations alignées sur le droit commun

Le droit en vigueur ne reconnaît aucune spécificité aux conditions de prise en charge des prescriptions émises lors de téléconsultations remboursées par la sécurité sociale : les arrêts de travail et prescriptions médicamenteuses **font donc l'objet d'une prise en charge par la sécurité sociale** dans les mêmes conditions que celles s'appliquant aux prescriptions issues d'une consultation en cabinet.

c) Une tentative de limiter la prise en charge des arrêts de travail prescrits en téléconsultation, censurée par le Conseil constitutionnel

Afin de **limiter les risques de fraude** par le recours à des téléconsultations multiples et successives pour obtenir un arrêt de travail, le législateur a adopté, à l'article 101 du PLFSS pour 2023, des dispositions tendant à conditionner le versement d'indemnités journalières pour des arrêts de travail téléprescrits aux cas de **constatation de l'incapacité physique par le médecin traitant ou par un médecin ayant reçu le patient lors des douze derniers mois**.

Ces dispositions avaient toutefois été **censurées par le Conseil constitutionnel** dans sa décision n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022, en tant qu'elles violaient le onzième alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, donnant valeur constitutionnelle¹ au droit à la protection de la santé. Le juge constitutionnel a en effet estimé que *« la seule circonstance que cette incapacité a été constatée à l'occasion d'une téléconsultation par un médecin autre que le médecin traitant de l'assuré ou qu'un médecin l'ayant reçu en consultation depuis moins d'un an ne permet pas d'établir que l'arrêt de travail aurait été indûment prescrit »* et que *« la règle du non-versement de ces indemnités s'applique quand bien même l'assuré, tenu de transmettre à la caisse primaire d'assurance maladie un avis d'arrêt de travail dans un délai déterminé, se trouverait dans l'impossibilité d'obtenir dans ce délai une téléconsultation avec son médecin traitant ou un médecin l'ayant déjà reçu en consultation depuis moins d'un an »*.

4. Les tarifs de prise en charge des téléconsultations ne sont plus alignés sur le droit commun depuis le 1^{er} novembre

Depuis l'avenant 6 à la convention médicale précitée, un principe d'**alignement de la valorisation des actes de téléconsultation sur celles des actes en cabinet** s'appliquait². Le règlement arbitral en vigueur depuis le 1^{er} mai 2023 en l'absence de convention nationale est toutefois revenu sur ce principe, puisque son article 4 a revalorisé, à compter du 1^{er} novembre 2023, de 1,5 euro la consultation chez un médecin généraliste ou spécialiste, mais n'a pas revalorisé leurs actes de téléconsultation.

Lorsque les actes de téléconsultation remplissent les conditions de prise en charge par l'assurance maladie, **leurs taux de remboursement sont alignés sur les taux de droit commun**, soit 70 % hors cas dérogatoires.

Une prise en charge dérogatoire, fixée à 100 % des tarifs de la sécurité sociale, a été mise en œuvre pendant l'épidémie de covid-19 et a pris fin au 30 septembre 2022.

C. Le dispositif proposé

1. La limitation de la durée des arrêts de travail téléprescrits

Le I de l'article 28 du PLFSS pour 2024 insère un alinéa à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, définissant la télé médecine, afin de préciser :

- que **la téléprescription d'un arrêt de travail ne peut pas excéder trois jours** ;

- que **la prolongation d'un arrêt de travail par téléconsultation ne peut pas avoir pour effet de porter sa durée à plus de trois jours**.

¹ Décision n° 71-44 DC du 16 juillet 1971, dite « Liberté d'association ».

² Article 28.6.1.4 de la convention médicale.

Deux exceptions à cette règle sont prévues :

- le cas où **le médecin téléconsultant est le médecin traitant** ;
- le cas d'**impossibilité dûment justifiée par le patient de consulter physiquement un médecin** pour prolonger un arrêt de travail déjà prescrit.

Les 2°, 3° et 4° du II opèrent des coordinations juridiques rendues nécessaires par les modifications proposées au I :

- le 2° du II complète l'article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale, régissant les règles de maintien de l'indemnisation d'un arrêt de travail en cas de prolongation de ce dernier. Il précise qu'une prolongation d'arrêt de travail délivrée par un acte de télémedecine doit respecter la limitation à trois jours de la durée totale de l'arrêt de travail portée au I¹ pour ouvrir droit au maintien de l'indemnisation ;

- le 3° du II précise, à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, que l'indemnisation par la branche maladie d'un arrêt de travail prescrit ou prolongé par un acte de télémedecine est conditionnée au respect de la limitation à trois jours de la durée totale de l'arrêt de travail portée au I² ;

- le 4° du II complète l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale pour préciser que la méconnaissance de la limitation à trois jours de la durée totale d'un arrêt de travail prescrit ou prolongé par un acte de télémedecine, portée au I³, fait obstacle au versement de l'indemnité journalière au-delà des trois premiers jours y compris en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

L'étude d'impact annexée au PLFSS pour 2024 fait état, pour cette mesure, d'**économies prévisionnelles de 48 millions d'euros par an**, une estimation constante dans le temps, ce qui apparaît contestable au vu du développement des téléconsultations. Elle se fonde, pour ce chiffrage, sur l'hypothèse que 80 % des arrêts de travail téléprescrits puissent être prolongés par une consultation physique.

2. Le conditionnement du remboursement des téléprescriptions à l'existence d'un échange vidéotransmis ou téléphonique

Le 1° du II de l'article 28 du PLFSS pour 2024 modifie l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale, déterminant les catégories de frais couverts par l'assurance maladie, afin de préciser que **les produits, prestations et actes prescrits à la suite d'un acte de télémedecine ou de télésoin ne peuvent être pris en charge qu'à condition d'avoir donné lieu à un échange oral.**

¹ À l'exception des cas dérogatoires prévus au I.

² À l'exception des cas dérogatoires prévus au I.

³ À l'exception des cas dérogatoires prévus au I.

Des prescriptions réalisées sur un **service de messagerie en santé** ne pourront donc, si cet article était adopté, **plus donner lieu à une prise en charge par l'assurance maladie**, au contraire de celles prescrites par téléphone ou par appel vidéo transmis.

En faisant l'hypothèse que, sur les neuf millions de téléconsultations réalisées chaque année, 5 % soient réalisées par un tchat et que ces prescriptions engagent le même montant moyen de prise en charge par l'assurance maladie qu'une consultation en cabinet, le Gouvernement estime à **52 millions d'euros** l'impact positif de cette mesure sur les comptes de la branche maladie.

Cette méthode ne tient, toutefois, nullement compte des effets de déport qui pourraient advenir, les assurés sociaux étant moins susceptibles d'avoir recours à un service de messagerie si les prescriptions réalisées ne font pas l'objet d'un remboursement par la sécurité sociale.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, trois amendements de coordination ou rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La télésanté représente une **opportunité** supplémentaire pour notre système de santé, afin de **répondre aux nombreux défis de l'accès aux soins sur nos territoires**. En ce sens, le développement de la télémédecine et du télésoin doit être encouragé.

Toutefois, ce développement doit, pour être pérenne, s'accompagner de **règles fortes**, pour pallier les risques avérés de **dérives**, voire de **fraude**, qui accompagnent le développement de ces nouvelles pratiques.

Le Gouvernement notait, l'an dernier, la trajectoire exponentielle des indemnités journalières versées à la suite d'arrêts de travail téléprescrits : + 100 % en 2021, puis + 100 % sur le seul premier trimestre de 2022, par rapport à fin 2021.

Il est clair que l'ensemble de cette évolution ne résulte pas de comportements frauduleux : une large part découle simplement du développement de la téléconsultation.

Toutefois, sans même parler des dérives liées à certains sites proposant aux assurés des arrêts de travail comme s'il s'agissait de produits de consommation, le Gouvernement indique que **75 % des arrêts de travail prescrits par la plateforme étudiée par la Cnam n'auraient donné lieu à aucun autre soin**, alors qu'au contraire, un peu plus de 80 % des arrêts de travail prescrits en cabinet donnent lieu à un acte clinique ou technique. Cela ne manque pas d'interroger sur le caractère suffisant de la téléconsultation pour le suivi médical des patients concernés.

Dès lors, la commission souscrit à l'intention de **conditionner la prise en charge des arrêts de travail de plus de trois jours à une consultation présenteielle**, en dehors des exceptions prévues à cet article. La gravité d'affections justifiant plus de trois jours d'arrêt de travail rend en effet nécessaire un **examen clinique en cabinet** pour évaluer avec davantage de précision la sévérité de la pathologie.

La question du suivi des patients en arrêt de travail à la suite d'une téléprescription se pose avec d'autant plus d'acuité que **27 % des arrêts de travail issus d'une téléconsultation sont prescrits par un médecin qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré**.

Cette idée est d'ores et déjà partagée par certaines plateformes de téléconsultations, qui ont pris les devants. Sur la plateforme Medadom, un patient ne peut par exemple pas se voir prescrire un arrêt de travail dépassant trois jours depuis 2019 ; sur Livi, la limite est fixée à cinq jours.

La commission se félicite également que les prescriptions consécutives à un échange sur une messagerie ne puissent plus faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. **Un service de messagerie n'offre en effet pas les garanties de qualité suffisantes pour justifier une prise en charge par l'assurance maladie**. De telles plateformes semblent également propices au développement de comportements frauduleux, contre lesquels il convient de se prémunir.

La commission a toutefois regretté que le texte ne précise pas de **date d'entrée en vigueur** pour ces dispositions. Dans ces conditions, elles seront applicables dès le lendemain de la publication du projet de loi. Un tel calendrier semble précipité au vu des actions d'information préalables à mettre en œuvre auprès des professionnels de santé et des patients : c'est pourquoi la commission a adopté un **amendement n° 282** afin de fixer plutôt au **1^{er} avril la date d'entrée en vigueur**.

En outre, la commission a adopté un **amendement n° 278** attribuant à la **sage-femme référente** la possibilité de **téléprescrire des arrêts de travail sans limitation de durée**. Cette possibilité était regrettablement limitée au médecin traitant dans le texte transmis, alors même que des fonctions de suivi incombent également à la sage-femme référente. Dans la même veine, elle a adopté un **amendement n° 279** afin d'adapter la rédaction de l'article au fait que les professionnels médicaux hors médecins peuvent également être compétents pour prescrire des arrêts de travail.

Par ailleurs, la condition s'interroge sur le degré de prise en compte par le Gouvernement des motifs de censure par le Conseil constitutionnel de dispositions inscrites en PLFSS pour 2023 et partageant un objectif similaire à celui de l'article 28 du PLFSS pour 2024. Si le Gouvernement a, conformément au raisonnement du Conseil constitutionnel, intégré une exception à la limitation à trois jours de la durée des arrêts de travail prolongés en téléconsultation en cas d'impossibilité d'obtenir une consultation en présentiel, il ne répond pas avec autant de certitude au motif de censure selon lequel « *la seule circonstance que [l'] incapacité a été constatée à l'occasion d'une téléconsultation [...] ne permet pas d'établir que l'arrêt de travail aurait été indûment prescrit* ».

La commission a également adopté **l'amendement rédactionnel n° 281**, et **l'amendement de coordination juridique n° 280**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 29

Réduction de l'impact environnemental des dispositifs médicaux

Cet article vise à réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux par deux mesures. D'une part, il prévoit une expérimentation de deux ans autorisant le retraitement et l'utilisation de certains dispositifs à usage unique. D'autre part, il fixe un mécanisme de remise obligatoire à la charge des exploitants de dispositifs médicaux présentant un conditionnement inadapté ou générateurs de déchets de soins supplémentaires.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - L'intégration d'une stratégie environnementale dans la politique de santé publique

A. Une prise de conscience tardive mais opportune

1. Une empreinte écologique élevée du secteur de la santé et une contribution majeure des dispositifs médicaux à ce bilan

L'empreinte environnementale des activités du système de santé est désormais mieux connue et mesurée. Le système de santé représente environ 8 % des émissions nationales de gaz à effet de serre, soit près de 50 millions de tonnes équivalent CO₂, dont 45 % relèvent d'émissions de l'offre de soins et 55 % des médicaments et des dispositifs médicaux¹.

¹ Données issues du ministère de la santé.

Les établissements hospitaliers produisent environ 700 000 tonnes de déchets par an, soit plus d'une tonne par lit et place¹. Parmi ces déchets, 20 à 30 % proviennent du bloc opératoire. L'activité opératoire recourt en effet à de nombreux consommables à usage unique, protégés par d'importants emballages plastiques. Pourtant, ce constat n'est pas inéluctable : à titre d'illustration, l'utilisation d'un cathéter d'électrophysiologie reconditionné pourrait permettre une réduction de 50,4 % de l'impact carbone².

Ces données non seulement témoignent de l'impact écologique majeur du système de la santé, mais interpellent aussi quant à la responsabilité qui lui revient dans la contribution à la transition environnementale des activités humaines.

Si l'intégration de critères de développement durable dans les achats hospitaliers n'est pas nouvelle, la formalisation d'une stratégie d'action globale pour le secteur de la santé n'a été concrétisée qu'en mai 2023, avec la publication de la feuille de route ministérielle « Planification écologique du système de santé ». Cette feuille de route annonce un objectif de baisse des émissions de gaz à effet de serre de 5 % par an jusqu'en 2050, pour respecter l'engagement de la France à rester sous le seuil des + 1,5 °C supplémentaires. Elle propose un objectif n° 3 de transformation des pratiques vers des soins écoresponsables, dans lequel figure le projet d'une expérimentation relative au retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, à mettre en œuvre dès 2024. Enfin, une convention de planification écologique devrait être élaborée avant la fin de l'année 2023.

2. L'interdiction du retraitement des dispositifs médicaux en France, malgré une réglementation européenne qui l'autorise et l'encadre

Le dispositif médical est défini comme « tout instrument, appareil, équipement, logiciel, implant, réactif, matière ou autre article, destiné par le fabricant à être utilisé, seul ou en association, chez l'homme pour l'une ou plusieurs des fins médicales mentionnées [par le code de la santé publique] et dont l'action principale voulue dans ou sur le corps humain n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens »³.

Le retraitement désigne le procédé dont fait l'objet un dispositif usagé pour en permettre une réutilisation sûre. Il comprend le nettoyage, la désinfection, la stérilisation et les procédures connexes, ainsi que l'essai du dispositif usagé et le rétablissement de ses caractéristiques techniques et fonctionnelles en matière de sécurité.

¹ Étude d'impact du Gouvernement.

² « Combining Life Cycle Assessment and Circularity Assessment to Analyze Environmental Impacts of the Medical Remanufacturing of Electrophysiology Catheters », Sustainability, Schulte A., Maga D., Thonemann N., 2021.

³ Article L. 5211-1 du code de la santé publique.

Le retraitement des dispositifs médicaux par stérilisation à la vapeur a été pratiqué en France avant d'être proscrit. Dans les années quatre-vingt, l'apparition de l'hépatite, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le développement des contaminations par la réutilisation de seringues ont favorisé la production des dispositifs médicaux à usage unique.

Tous les dispositifs médicaux à usage unique ne peuvent pas faire l'objet d'un retraitement, compte tenu notamment de leurs caractéristiques techniques. Trois risques principaux induits par le procédé de retraitement avaient été identifiés par le Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux (CSRSEN), consulté par la Commission européenne : la subsistance d'une contamination, la persistance de produits chimiques employés au cours du processus de retraitement et l'altération de la performance du dispositif en conséquence de son retraitement¹.

L'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique prévoit l'interdiction du retraitement de dispositifs à usage unique tel que mentionné à l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017, de même que leur mise sur le marché et leur utilisation.

Cette interdiction a été inscrite dans le code de la santé publique à l'occasion de la ratification par la France du règlement européen susmentionné, opérée par l'ordonnance n° 2022-582 du 20 avril 2022 portant adaptation du droit français au règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux. En effet, ce règlement étant d'application directe, le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique aurait été automatiquement autorisé en France du seul fait de sa ratification.

Ce règlement européen a permis d'harmoniser le cadre des législations nationales en matière d'utilisation des dispositifs médicaux, notamment pour renforcer les règles visant à assurer la sécurité des patients et prend en compte les innovations technologiques intervenues dans le secteur des dispositifs médicaux. L'ordonnance a donc adapté la législation nationale en matière d'évaluation clinique et de surveillance de marché des dispositifs médicaux.

Si la France interdit le retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, de nombreux pays en Europe et dans le monde l'autorisent. On peut citer les cas de la Belgique ou de l'Allemagne² en Europe, ceux du Canada, du Chili, de l'Afrique du Sud, d'Israël ou du Japon dans le monde.

¹ *Rapport sur la problématique du retraitement des dispositifs médicaux dans l'Union Européenne, établi en application de l'article 12 bis de la directive 93/42/CEE, rapport de la Commission européenne au Parlement et au Conseil, 23 août 2010.*

² *En Allemagne, la loi MPG (Medizinproduktegesetz) encadre depuis 2002 la réutilisation des dispositifs médicaux, en se fondant sur une classification distinguant les dispositifs médicaux critiques, semi critiques et non critiques.*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avait initié une première ouverture, en autorisant la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux. En effet, l'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique prévoit que « *certaines dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une remise en bon état d'usage en vue d'une réutilisation par des patients différents de ceux les ayant initialement utilisés* ». Ce même article subordonne cette activité de remise en bon état à des critères permettant de garantir la qualité et la sécurité sanitaire d'emploi du dispositif médical, ainsi qu'à une procédure d'homologation des structures habilitées à réaliser cette opération¹.

En France, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) est chargée de la surveillance du marché national des dispositifs médicaux.

B. Des mesures concrètes qui impliquent directement les industriels

1. L'autorisation à titre expérimental du retraitement des dispositifs médicaux à usage unique

Le I du présent article déroge à l'article L. 5211-3-2 précité du code de la santé publique pour autoriser, à titre expérimental et pour une durée de deux ans, le retraitement de certains dispositifs médicaux à usage unique, leur mise à disposition sur le marché et leur utilisation. Ces dispositions ne sont pas codifiées.

Le 1° du I fixe le principe de cette expérimentation, qui débutera au plus tard le 1^{er} novembre 2024.

Le 2° du I précise les règles européennes auxquelles sont soumis les dispositifs médicaux à usage unique retraités ainsi que les entreprises habilitées à procéder au retraitement.

Le règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 encadre en effet la pratique du retraitement des dispositifs médicaux. Son article 17, intitulé « *Dispositifs à usage unique et leur retraitement* », indique que le retraitement et la réutilisation de dispositifs à usage unique ne peuvent être pratiqués que s'ils sont autorisés par la législation nationale et conformément aux dispositions inscrites dans ce même article qui encadrent les législations nationales. Plus précisément, le paragraphe 9 de l'article 17 du règlement précité est ainsi rédigé :

« 9. Un État membre qui autorise le retraitement de dispositifs à usage unique peut maintenir ou introduire des dispositions nationales plus strictes que celles prévues par le présent règlement et qui restreignent ou interdisent sur son territoire :

« a) le retraitement de dispositifs à usage unique et le transfert de dispositifs à usage unique vers un autre État membre ou vers un pays tiers en vue de leur retraitement ;

¹ Article 39 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

« b) la mise à disposition ou la réutilisation de dispositifs à usage unique retraités. »

Le législateur français peut donc proposer des obligations plus contraignantes que celles prévues par la réglementation européenne, notamment en matière de traçabilité et à l'égard des personnes physiques ou morales procédant au retraitement des dispositifs médicaux concernés. Si ces dernières sont réputées être les fabricants¹ des dispositifs ainsi retraités au sens de la réglementation européenne, elles peuvent néanmoins être exonérées de certaines règles s'appliquant normalement au fabricant, sous réserve de² :

- veiller à ce que la sécurité et l'efficacité du dispositif retraité soient équivalentes à celles du dispositif d'origine ;

- vérifier que les conditions dans lesquelles le retraitement est effectué respectent les spécifications communes relatives en particulier à la gestion des risques et au système de gestion de la qualité incluant la déclaration d'incidents éventuels et la traçabilité des dispositifs retraités.

Le 2° précise encore que seuls les établissements de santé, publics ou privés³, qui seront désignés par arrêté du ministre de la santé pourront participer à l'expérimentation. Ces établissements ne seront pas autorisés à retraiter eux-mêmes des dispositifs médicaux ; ils devront donc acheter sur le marché des dispositifs médicaux préalablement retraités, ou bien faire retraiter des dispositifs médicaux utilisés en leur sein par un prestataire externe.

Enfin, le 2° prévoit l'obligation d'informer préalablement le patient, à l'occasion de sa prise en charge dans l'établissement, de l'utilisation d'un dispositif médical ayant fait l'objet d'un retraitement.

Le 3° du I dispose qu'un décret en Conseil d'État déterminera la liste des dispositifs médicaux susceptibles d'entrer dans le cadre de l'expérimentation, les règles plus contraignantes que la réglementation européenne qui pourront trouver à s'appliquer en France, les modalités d'information et d'opposition des patients ainsi que la méthodologie, les objectifs, les modalités du pilotage de l'expérimentation et de son évaluation.

Le 4° indique que l'évaluation de l'expérimentation donnera lieu à un rapport du Gouvernement transmis au Parlement dans un délai de six mois avant son terme, pour statuer sur les suites à lui réserver.

¹ Le fabricant désigne la personne physique ou morale responsable de la conception, de la fabrication, du conditionnement et de l'étiquetage d'un dispositif médical en vue de sa mise sur le marché.

² Paragraphe 4 de l'article 17 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017, et paragraphe 5 de l'article 5 du même règlement.

³ Article L. 6111-1 du code de la santé publique.

L'étude d'impact du Gouvernement estime que la mise en œuvre de cette mesure représente un coût de 890 000 euros sur les deux années d'expérimentation, pour accompagner quatre structures expérimentatrices. **La DGOS a indiqué lors des auditions qu'aucun** industriel français n'étant présent sur ce marché du retraitement, des travaux ont été engagés avec une entreprise allemande pour formaliser un cahier des charges et préparer un l'expérimentation.

2. Une pénalité financière pour inciter les exploitants de dispositifs médicaux à adopter des pratiques vertueuses

Le II du présent article propose de créer un nouvel article L. 165-4-2, inséré dans la section 1 « *Dispositions générales relatives aux fournitures et appareils pris en charge au titre des prestations sanitaires* » du chapitre 5 « *Dispositifs médicaux à usage individuel* » du titre VI du livre I du code de sécurité sociale¹.

Ce nouvel article crée un mécanisme de remise obligatoire, qui constitue une pénalité financière versée par l'exploitant lorsqu'un produit inscrit sur la liste des produits et prestations² (LPP) présente des modèles, références ou conditionnements inadaptés à son usage ou est générateur de déchets de soins supplémentaires par rapport à d'autres produits similaires.

Cette pénalité peut intervenir à l'occasion d'une demande d'inscription d'un produit sur la LAP, de renouvellement ou de modification de cette inscription. La commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS)³, commission spécialisée de la Haute Autorité de santé (HAS), rend un avis qui apprécie l'adéquation des modèles, références et conditionnements des produits compte tenu de leurs modalités d'utilisation et se prononce sur les déchets supplémentaires éventuellement générés.

Le montant de la remise est calculé par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Il détermine un taux sur la base de l'avis rendu par la HAS, sur la base de critères fixés par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale ; ce taux est ensuite appliqué au montant remboursé par l'assurance maladie sur la période concernée. Le montant de la remise est ainsi défini.

La pénalité est versée par l'exploitant aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf).

¹ Livre I^{er} : Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base, titre VI : Dispositions relatives aux prestations et aux soins – Contrôle médical – Tutelle aux prestations sociales.

² Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La LPP correspond à l'ensemble des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie.

³ La CNEDiMTS formule des recommandations sur des bases scientifiques et rend des avis en vue du remboursement par l'assurance maladie notamment des dispositifs médicaux à usage individuel.

Le Gouvernement estime que cette mesure pourrait autoriser un gain annuel de l'ordre de 10 millions d'euros les premières années¹, avec une probable dégressivité les années suivantes en raison de l'évolution des modèles et conditionnements des produits que les exploitants seront incités à adopter.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu divers amendements rédactionnels.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a pris acte de la volonté affichée du Gouvernement de promouvoir des mesures de décarbonation du système de santé. Elle note toutefois que loin d'être motrice, la France a plutôt accusé du retard en la matière. C'est le cas notamment en matière de retraitement des dispositifs médicaux à usage unique, activité qui aurait pu constituer une filière technologique stratégique pour le tissu industriel français mais qui, faute de débouché sur le marché national, n'a permis l'émergence d'aucun opérateur national.

La commission a donc exprimé le souhait qu'un appui puisse être proposé aux industriels français qui auraient la capacité de se positionner sur ce marché pour structurer une filière française et sécuriser en proximité les approvisionnements sur ces dispositifs médicaux.

S'agissant du dispositif de pénalité financière en cas de conditionnement inadapté ou générateur d'un excès de déchets de soins, la commission a souligné la nécessité d'associer les industriels du secteur des dispositifs médicaux, ayant entendu les inquiétudes exprimées lors des auditions. L'absence de précisions quant aux critères qui fonderont l'analyse de la CNEDiMTS semble en effet génératrice d'incertitudes alors que le sujet exige des travaux conjoints et partagés entre les autorités publiques et les entreprises concernées.

¹ Ce chiffrage s'appuie sur des hypothèses entourées de nombreuses incertitudes au stade de la production de l'étude d'impact : prise en compte d'une liste de produits inscrits sur la LPP (certains produits de nutrition clinique orale, solutions ophtalmiques, produits de traitement par pression négative continue) et application d'un taux de remise jusqu'à 30 % du montant remboursé.

À cet égard, la rapporteure a adopté un **amendement n° 283** afin d'inscrire dans la loi que les avis de la CNEDiMTS sont rendus à l'appui d'un référentiel publié, accessible à tous, et que la mesure n'entre en vigueur que douze mois après la publication dudit référentiel, afin de permettre aux industriels d'en tenir compte dans l'écoconception de leurs produits.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 29 bis (nouveau)

Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à simplifier la prise en charge de dispositifs de télésurveillance médicale autrefois inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) au titre de la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM), récemment créée. Il entend moduler la prise en charge au titre de la LATM lorsque le dispositif a fait l'objet d'une prise en charge antérieure sur la LPP et fluidifier l'inscription sur la LATM de dispositifs auparavant inscrits sur la LPP.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'(les) amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. La télésurveillance médicale fait l'objet de conditions de prise en charge pérennes définies en LFSS pour 2022

1. La télésurveillance médicale est un acte de télémédecine associant un professionnel médical dit opérateur de télésurveillance médicale et un dispositif médical numérique pour interpréter à distance des données de santé collectées sur un patient

L'application des sciences du numérique à la santé a permis l'émergence de la télémédecine¹ et, en son sein, d'une nouvelle catégorie d'actes médicaux : la **télésurveillance médicale**. Au sens du code de la santé publique, la télésurveillance médicale consiste en **l'interprétation à distance**, par un **professionnel médical** uniquement², de **données collectées automatiquement**, par le patient ou par un professionnel de santé, nécessaires au suivi médical d'un patient et en la mise en œuvre d'une prise en charge du patient si les données interprétées la rendent nécessaire³.

¹ Article L. 6316-1 du code de la santé publique.

² Au sens du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique : médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes.

³ Article R. 6316-1 du code de la santé publique.

Des dispositions entrées en vigueur avec l'article 36 de la LFSS pour 2022¹ fixent, au sein du code de la sécurité sociale, un **encadrement plus précis** des activités de télésurveillance, et notamment des conditions dans lesquelles ces dernières peuvent être **prises en charge**.

Au sens de l'article L. 162-48 du code de la sécurité sociale, constituent des activités de télésurveillance médicale les interventions associant une **surveillance médicale**, réalisée par un professionnel médical appelé opérateur de télésurveillance médicale², et l'utilisation de **dispositifs médicaux numériques (DMN)** ayant pour fonction de **collecter, analyser ou transmettre des données relatives à la santé du patient** et d'émettre des **alertes** en cas de dépassement de certains seuils.

Le même article L. 162-48 définit les DMN comme tout logiciel répondant à la définition d'un dispositif médical consacrée en droit européen³, et précise qu'un DMN peut être accompagné, pour son bon fonctionnement, d'un accessoire de collecte.

2. La télésurveillance médicale fait l'objet d'une prise en charge pérenne et spécifique dans un cadre adopté en LFSS pour 2022

La rémunération des activités et dispositifs de télésurveillance médicale a d'abord fait l'objet d'une **expérimentation** initiée à l'article 36 de la LFSS pour 2014⁴ et prolongée par la suite⁵, dans le cadre des expérimentations de télémédecines pour l'amélioration des parcours en santé (Etapas). Dans ce cadre, la rémunération prévue pour l'opérateur de télésurveillance médicale et l'industriel fournissant le DMN consistait en une **base forfaitaire complétée par une prime de performance**.

En outre, certains dispositifs de télésurveillance pouvaient faire l'objet d'une **prise en charge au titre de la liste des produits et prestations remboursables**⁶, soit en tant que **dispositifs médicaux**, soit au titre des **fonctions thérapeutiques** qu'ils peuvent assurer par ailleurs.

¹ Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Article L. 162-50 du code de la sécurité sociale. L'opérateur de télésurveillance médicale peut également être une personne morale regroupant ou employant des professionnels de santé, dont au moins un professionnel médical au sens du livre 1^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique : médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes.

³ Il retient la définition du dispositif médical énoncée à l'article 2 du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/ CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/ CEE et 93/42/ CEE.

⁴ Loi n°2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

⁵ Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

⁶ L'inscription sur cette liste, mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, permet la prise en charge par la sécurité sociale de dispositifs médicaux, aliments diététiques, articles pour pansements, orthèses, prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques.

Le syndicat national de l'industrie et des technologies médicales (Snitem) évoque notamment, dans sa réponse au questionnaire transmis par la rapporteure, les cas des prothèses cardiaques implantables et de la télésurveillance médicale des rechutes et complications chez les patients atteints d'un cancer du poumon, aujourd'hui prises en charge sur la LPP.

L'article 36 de la LFSS pour 2022¹ et son décret d'application² ont créé un système de **prise en charge pérenne et spécifique** à la télésurveillance médicale.

L'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale dispose que « *la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale [...] sont subordonnés à leur inscription sur une liste* » nouvellement créée, appelée **liste des activités de télésurveillance médicale (LATM)**.

L'inscription sur la LATM se fait à **la demande de l'exploitant du DMN**, sur **arrêté** des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris sur avis de la **Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé** (Cnedimts) de la **Haute autorité de santé (HAS)**, chargée d'évaluer l'amélioration de la prestation médicale³ offerte. Celle-ci prend la forme d'un référentiel, proposé par la Cnedimts et contenant notamment les exigences minimales s'imposant à l'opérateur de télésurveillance médicale et la description du dispositif de télésurveillance et des accessoires de collecte associés⁴.

La durée maximale d'inscription sur la LATM est de **cinq ans**⁵ **renouvelables**⁶ et peut être réduite, notamment lorsque les activités cessent de remplir les critères d'inscription⁷ ou lorsqu'un dispositif nouvellement inscrit présente une amélioration de la prestation médicale offerte par rapport au référentiel en vigueur et constitue un nouveau référentiel. La rémunération des actes de télésurveillance relevant du référentiel obsolète est alors minorée, puis les dispositifs concernés sont radiés de la LATM⁸.

¹ Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Décret n° 2022-1767 du 30 décembre 2022 relatif à la prise en charge et au remboursement des activités de télésurveillance médicale.

³ Article L. 162-53 du code de la sécurité sociale.

⁴ Dans le cas d'une inscription à la LATM sous forme générique, le référentiel mentionne les spécifications techniques minimales que le dispositif et ses accessoires de collecte doivent respecter.

⁵ Article R. 162-73 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article R. 162-87 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article R. 162-85 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article L. 162-53 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 162-52 du code de la sécurité sociale subordonne également l'inscription d'un DMN sur la LATM :

- au dépôt d'un **certificat de conformité** du dispositif aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité émis par l'agence du numérique en santé (ANS) afin de garantir l'échange, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel¹ ;

- au respect de **spécifications techniques, d'indications de télésurveillance médicale** et de **conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution.**

Une fois inscrit sur la LATM, l'usage du dispositif de télésurveillance peut, s'il a été médicalement prescrit, être pris en charge par la sécurité sociale à **condition que l'opérateur de télésurveillance ait déclaré à l'Agence régionale de santé compétente son activité** et dispose du récépissé l'attestant².

La prise en charge par la sécurité sociale se fonde alors, aux termes de l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, sur une **base forfaitaire modulable** en fonction de six critères :

- la **fréquence** du suivi ;
- la **complexité** de la prise en charge ;
- le recours à des **accessoires de collecte** associés ;
- les **volumes d'activité** prévus ou constatés pour l'activité de télésurveillance médicale ;
- les **montants remboursés par l'assurance maladie** prévus ou constatés au titre de l'activité de télésurveillance médicale ;
- des **conditions** prévisibles ou réelles de **recours** à l'activité de télésurveillance.

L'article R. 162-95 du code de la sécurité sociale précise les **modalités de détermination du montant forfaitaire** sur la base duquel s'effectue la prise en charge. Celui-ci se décompose en un **forfait opérateur** assurant la rémunération de l'opérateur de télésurveillance médicale, et un **forfait technique**, assurant la rémunération de l'exploitant.

¹ Article L. 1470-5 du code de la santé publique.

² Article L. 162-51 du code de la sécurité sociale.

Le montant de ces forfaits est fixé par arrêté¹. Il existe deux tarifs pour le forfait opérateur, fixés à **11 euros** et **28 euros** mensuels, en fonction des **moyens humains requis** et du **niveau d'accompagnement thérapeutique nécessaire** pour la prise en charge du patient. Les critères de fixation du forfait opérateur sont plus complexes et incluent :

- la **file active**, le forfait étant décroissant avec la file active ;
- le **type d'impact du dispositif**, le forfait proposé pour les dispositifs présentant un **impact clinique** étant supérieur à celui proposé pour les dispositifs présentant un **impact organisationnel** ;
- pour les dispositifs avec impact clinique, le forfait est **plus avantageux pour dispositifs ayant un impact sur la mortalité** que pour ceux ayant un impact sur la morbidité et que pour ceux ayant un impact sur la qualité de vie.

Niveau des forfaits pour une file active inférieure à 5 000 patients

UN SUIVI PAR UN OPERATEUR DE TELESURVEILLANCE	+	UTILISATION D'UN DISPOSITIF MEDICAL NUMERIQUE (DMN) DE TELESURVEILLANCE / EXPLOITANT
Forfait socle opérateur (mensuel)		Forfait technique (mensuel)
Niveau 1 : 11€ (prothèses cardiaques implantables)		Impact organisationnel : 50€
Niveau 2 : 28€ (insuffisance cardiaque, respiratoire, rénale, diabète)		Impact clinique qualité de vie : 73,33€
		Impact clinique morbidité : 82, 50€
		Impact clinique mortalité : 91,67€

Source : Ministère de la santé et de la prévention

Par décision du 20 février 2023 fixant le taux de participation de l'assuré applicable aux frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a fixé la participation de l'assurance maladie obligatoire à **60 % des tarifs** pour les activités de télésurveillance. Le ticket modérateur, de 40 %, peut le cas échéant **être pris en charge par l'assurance maladie complémentaire**.

Le code de la sécurité sociale ouvre également la possibilité, pour les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, de **fixer un prix maximal** pour les DMN et les accessoires de collecte associés².

¹ Arrêté du 16 mai 2023 fixant le montant forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale prise en charge par l'assurance maladie prévu aux II et III de l'article R. 162-95 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modulations applicables à ces tarifs et la périodicité de leur révision.

² Article L. 162-55 du code de la sécurité sociale.

B. Le dispositif proposé: une meilleure articulation entre l'inscription sur la liste des produits et prestations et la liste des activités de télésurveillance médicale

L'article 29 *bis*, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, provient d'un amendement de Mme Rist, rapporteure générale de l'Assemblée nationale sur le PLFSS pour 2024. Il entend fluidifier l'inscription sur la LATM de dispositifs de télésurveillance auparavant pris en charge au titre de leur inscription sur la LPP.

1. La modulation du forfait de prise en charge en fonction de l'inscription antérieure sur la LPP

Le I de l'article 29 *bis* ajoute, dans l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions dans lesquelles la base forfaitaire de prise en charge de la télésurveillance médicale s'applique, un nouveau facteur pouvant conduire à moduler la base forfaitaire: **l'inscription antérieure du dispositif sur la LPP.**

L'objectif affiché est d'ajuster le cadre de prise en charge de la LATM, assez rigide, aux produits auparavant inscrits sur la LPP, caractérisée par une grande variété de modalités de prise en charge, afin de **simplifier leur inscription sur la LATM.**

2. L'attribution d'un certificat de conformité provisoire aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité émis par l'agence du numérique en santé pour les dispositifs antérieurement inscrits sur la LPP

Le II de l'article 29 *bis* permet l'attribution aux dispositifs antérieurement inscrits sur la LPP d'un **certificat de conformité provisoire** aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité émis par l'agence du numérique en santé. L'inscription sur la LATM étant aujourd'hui subordonnée à l'obtention d'un certificat de conformité auxdits référentiels, l'attribution d'un certificat provisoire pour les dispositifs antérieurement inscrits sur la LPP pourrait **accélérer et simplifier leur inscription sur la LATM.**

Cette attribution est **doublement transitoire**. Elle est d'abord transitoire pour le **dispositif**, puisque le certificat de conformité provisoire a vocation à être remplacé par un **certificat définitif** dès lors que sa durée de validité ne pourra pas excéder un plafond fixé par décret. Elle est également transitoire **dans le temps**, puisqu'aucun certificat provisoire attribué ne pourra être valide à compter du **1^{er} juillet 2025**.

II – La position de la commission

Motivée par le souci d’offrir aux patients suivis en télésurveillance médicale une **continuité de la prise en charge de leur dispositif médical numérique**, la commission s’est montrée **favorable** aux dispositions de l’article 29 *bis*.

Les adaptations proposées par cet article permettront une **meilleure articulation entre l’inscription sur la LPP et sur la LATM**. Elles ne présentent, de plus, **pas de risque excessif** puisqu’elles ne proposent pas de conférer un caractère automatique à l’inscription sur la LATM des dispositifs précédemment inscrits sur la LPP, mais simplement de fluidifier la procédure qui leur est applicable.

Dans sa réponse au questionnaire de la rapporteure, le Snitem estime ainsi que le calendrier d’obtention du certificat de conformité n’est pas réaliste pour les produits faisant l’objet d’une prise en charge par la LPP et devant en être radiés au profit d’une inscription sur la LATM. Le Snitem avance en effet que la « *mise en conformité implique, dans la majorité des cas, des modifications de conception nécessitant une recertification CE. Or, la situation actuelle d’engorgement des organismes en charge de délivrer les certificats CE se traduit par des délais de traitement des demandes de l’ordre de 18 mois, ce qui est incompatible avec le calendrier de certification ANS* ».

La commission propose d’adopter cet article modifié par les amendements rédactionnels nos 284 et 285 qu’elle a adoptés.

Article 29 ter (nouveau)

Suppression des obligations déclaratives des exploitants non fabricants de produits de la liste des produits et prestations, lorsqu'exploitant et fabricant appartiennent au même groupe

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prévoir que les obligations de déclaration pesant sur les exploitants non fabricants de produits inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) ne s'appliquent pas lorsque l'exploitant non fabricant et le fabricant appartiennent au même groupe.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les obligations de déclaration des exploitants non fabricants de produits inscrits sur la LPP

• **La liste des produits et prestations (LPP)** remboursables rassemble les dispositifs médicaux à usage individuel, les tissus et cellules issus du corps humain et leurs dérivés et, plus largement, l'ensemble des produits de santé autres que les médicaments et les prestations de services et d'adaptation qui peuvent leur être associées¹.

Le code de la sécurité sociale² définit **l'exploitant d'un produit de santé autre qu'un médicament inscrit sur la LPP** comme :

- le fabricant ou son mandataire ;

- ou, à défaut, le ou les distributeurs qui se fournissent directement auprès du fabricant ou de son mandataire ;

- ou, à défaut encore, tout distributeur intervenant sur le marché français, à condition que pour chaque produit commercialisé, ce distributeur ne se fournisse pas auprès d'un exploitant ni ne fournisse un autre exploitant.

• **Pour améliorer la transparence du secteur des dispositifs médicaux et des prestations associées**, la LFSS pour 2020³ a prévu que, lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant du produit, il est tenu de déclarer l'identité du fabricant et toute information permettant l'identification certaine du produit⁴. Ces informations doivent notamment permettre d'identifier l'ensemble des produits similaires vendus par un même fabricant à plusieurs entreprises.

¹ Article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article 23 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale.

La LFSS pour 2023¹ a, par ailleurs, prévu que l'exploitant non fabricant est tenu de **déclarer** auprès des ministres de la santé et de la sécurité sociale **le prix auquel il a acheté le produit auprès de son fournisseur**, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, sous peine de pénalités.

Dans l'étude d'impact jointe au PLFSS déposé, le Gouvernement soulignait qu'il subsistait « *un manque de visibilité important lorsque l'exploitant n'est pas le fabricant, afin de pouvoir correctement estimer la répartition de la valeur au sein de ce secteur, notamment pour des dispositifs médicaux présents dans les lignes génériques de la LPP* » et indiquait chercher, par cette mesure, à y remédier².

B. L'article 29 ter vise à dispenser les exploitants non fabricants appartenant toutefois au même groupe que le fabricant de ces obligations

L'article 29 ter, issu d'un amendement déposé par le député Thibault Bazin (*Les Républicains*) et retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, vise à dispenser les exploitants non fabricants des obligations de déclaration prévues par le code de la sécurité sociale, lorsque ceux-ci appartiennent au même groupe que le fabricant.

Pour ce faire, il modifie l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir que, par exception, les obligations de déclaration précitées ne s'appliquent pas :

- lorsque l'exploitant contrôle le fournisseur ;
- lorsque l'exploitant est, à l'inverse, contrôlé par le fournisseur ;
- ou lorsque l'exploitant et le fournisseur sont, tous les deux, contrôlés par les mêmes personnes au sens du droit commercial³.

II - La position de la commission

La commission a soutenu, lors de l'examen du PLFSS pour 2023, **le renforcement des obligations déclaratives** pesant sur les exploitants non fabricants de la LPP et, plus largement, les mesures prises pour assurer une meilleure transparence dans le partage de la valeur au sein de ce marché.

¹ Article 58 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2023, p. 215.

³ Les conditions dans lesquelles une personne, physique ou morale, est considérée comme en contrôlant une autre sont fixées par l'article L. 233-3 du code de commerce. Tel est le cas, notamment, lorsque celle-ci détient suffisamment de droits de vote pour déterminer, en fait, les décisions dans les assemblées générales de cette société.

Elle observe toutefois que ces dernières ne revêtent pas le même intérêt dans les situations où exploitant et fabricant appartiennent au même groupe. En pareil cas, **le prix de vente s'apparente de fait à un prix de cession intra-groupe**, qui ne reflète pas correctement la répartition de la valeur sur un produit donné.

Interrogé par la rapporteure, le Syndicat national de l'industrie et des technologies médicales a souligné, en outre, que ces données pouvaient s'avérer, au sein d'un même groupe, sensibles et a confirmé être favorable à un tel encadrement des obligations déclaratives.

Compte tenu de ce qui précède, la commission a **soutenu les dispositions du présent article**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 30

Inciter au recours aux transports partagés

Cet article propose d'inciter aux transports sanitaires partagés en minorant la prise en charge des frais de transport et excluant du dispositif du tiers payant lorsque les patients refusent un transport sanitaire partagé alors que leur état de santé le permet et que certaines conditions sont réunies.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

Le régime de financement du transport sanitaire a fait l'objet d'une réforme par la LFSS pour 2020¹. L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dispose désormais que la prise en charge des frais de transport sanitaire est soumise à la seule condition de prescription médicale². Aux termes de cette nouvelle rédaction, **la prescription doit préciser « le mode de transport le plus adapté à l'état du patient et si cet état est incompatible avec un transport partagé, compris comme véhiculant ensemble au moins deux patients »**. Un référentiel fixé par arrêté³ précise les situations justifiant la prescription des différents modes de transport pris en charge.

¹ Article 66 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

² L'article L. 322-5 précité dispose tout de même que la prise en charge doit, dans le respect de la prescription, s'effectuer sur la base du trajet le moins onéreux, compte tenu des conditions de transport et du nombre de patients transportés.

³ Arrêté du 23 décembre 2006 fixant le référentiel de prescription des transports prévu à l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, en vertu de l'article L. 322-5-1 du même code, **le patient bénéficie du tiers payant**, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dès lors que le transport est effectué par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.

Le transport sanitaire

Le transport sanitaire fait intervenir trois types de véhicules :

- les **ambulances**, qui permettent de s'adapter au plus large panel de situations médicales en permettant un transport en position assise ou allongé ;
- les **véhicules sanitaires légers (VSL)** qui permettent le trajet de trois patients au plus, en position assise ;
- les **taxis conventionnés** avec les caisses primaires d'assurance maladie.

En outre, l'article R. 322-10-1 du code de la sécurité sociale, qui détermine les moyens de transports pouvant être pris en charge par l'assurance maladie, mentionne aussi les transports en commun terrestres, l'avion ou le bateau de ligne régulière, ainsi que les moyens de transport individuels.

Selon un rapport d'information de l'Assemblée nationale¹, le secteur des transports sanitaires représentent plus de 5 000 entreprises pour un volume de plus de 61 millions de trajets sanitaires effectués en 2020.

A. L'état du droit : une incitation progressive au transport partagé par voie conventionnelle et législative

L'incitation à recourir au transport partagé a été croissante considérant, selon les termes de l'annexe 9 au PLFSS pour 2020, que « *le transport partagé représente l'opportunité d'une organisation à la fois plus efficiente et plus satisfaisante pour les patients, notamment les personnes atteintes d'affection longue durée réalisant des transports itératifs réguliers et nombreux* »². Avant 2020, les conventions entre l'assurance maladie, les transporteurs sanitaires et les taxis encourageaient son recours notamment par l'intermédiaire d'aide à l'équipement de véhicule adapté pour les transporteurs. Toutefois, selon le Gouvernement, « *l'absence d'assise légale limit[ait] l'essor du transport partagé* »³, ce à quoi le législateur a remédié en décembre 2019 (voir *supra*).

¹ Rapport d'information de M. Julien Borowczyk et Mme Josiane Corneloup, au nom de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, enregistré le 16 février 2022.

² Annexe 9 au PLFSS pour 2020, p. 401.

³ Idem.

L'assurance maladie s'est également engagée plus avant avec les transporteurs sanitaires privés en 2020, dans le cadre de **l'avenant n° 10 à la convention nationale**¹, pour développer le recours au transport sanitaire partagé. Cet avenant avait comme objectif de doubler le taux de transport partagé² afin d'atteindre 30 % - contre 15 % en 2019.

L'avenant n° 10 a ainsi prévu un dispositif de bonification et de pénalisation pour les transporteurs sanitaires. Le dispositif incitatif permet un reversement des économies supplémentaires réalisées par chaque entreprise³. De même, un dispositif de malus a été instauré pour les entreprises qui demeurent à un taux de transport partagé inférieur à 5 %. Cette pénalisation devait être effective en 2023 sur la base des taux constatés en 2022. Les stipulations de cet avenant n'ont toutefois pas eu d'incidence compte tenu de la crise sanitaire et des consignes de distanciation qui ont interdit le transport partagé.

Un avenant n° 11, signé le 3 mai 2023⁴, reconduit le **dispositif financier, incitatif et de pénalisation**. En outre, le nouvel avenant conditionne les revalorisations tarifaires prévues en janvier 2025 pour les véhicules VSL et les ambulances à la réalisation de 50 millions d'euros d'économies générées par le transport partagé en 2024. Enfin, les parties contractantes ont convenu « *de la nécessité de soutenir une mesure législative incitant les patients à recourir [au transport partagé] dès lors que leur état de santé le permet* ». Le rapport charges et produits de la Cnam de juillet 2024 envisage donc que le conditionnement de la prise en charge des frais de transport sanitaire en tiers payant à l'acceptation par le patient d'un transport partagé⁵.

B. Le dispositif proposé : pénaliser le refus du transport partagé

Si le transport partagé dispose déjà d'une assise législative, le présent article renforce l'incitation à recourir à ce mode de transport en s'attelant, selon l'étude d'impact, à lever le « *frein important au développement des transports partagés [que] reste (...) le refus du patient* »⁶.

¹ Avenant 10 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, signé par la Chambre nationale des services d'ambulances (CNSA), la Fédération nationale de la mobilité sanitaire (FNMS) et l'Assurance Maladie, le 22 décembre 2020 et publié au Journal officiel du 8 mars 2021.

² Compris comme la part de ce mode de transport dans les dépenses remboursables de transport sanitaire.

³ Une part de la différence entre les dépenses de transport partagé constatées en année N-1 et celui réalisé en année N est versée à l'entreprise. Cette part varie selon le taux de transports partagés qui doit être supérieur à 5 % et, en tout état de cause, croissant.

⁴ Avenant n° 11 à la convention nationale organisant les rapports entre transporteurs sanitaires privés et l'assurance maladie, conclu le 13 avril 2023 et publié au Journal officiel du 6 mai 2023.

⁵ Rapport Charges et produits, p. 296.

⁶ Annexe 9.

Les dispositions du présent article ne concerneraient, selon le Gouvernement, que les trajets programmés « *en VSL et en taxis conventionnés, lorsque le transport partagé est possible (trajets itératifs et en série, tel que les trajets pour séance de dialyse ou les séances de rééducation)* »¹.

• Le 2° vise à modifier l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale pour prévoir **une prise en charge minorée des frais de transports lorsque le patient refuse le transport partagé** qu'une entreprise de transport sanitaire ou de taxi conventionnée lui propose. Plusieurs conditions sont cependant prévues :

- l'état de santé du patient doit être compatible avec une telle solution de transport ;

- la proposition de transport partagée doit répondre « *à des conditions de mise en œuvre du transport tenant en particulier aux caractéristiques du trajet et à l'organisation de la prise en charge sur le lieu de soins* ».

L'étude d'impact apporte comme précisions que, dans cette situation, **la prise en charge des frais se fera sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux**. La différence financière qui en résulte sera donc à la charge du patient réticent sans possibilité de remboursement par l'assurance maladie complémentaire.

• Le présent article - au 3° - propose d'ajouter à l'article L. 322-5-1 du même code la disposition selon laquelle **la dispense d'avance de frais ne s'applique pas lorsque le patient refuse le transport partagé**, dans les conditions énoncées ci-avant. Les patients réfractaires au transport partagé ne bénéficieraient donc pas du droit au tiers payant. L'absence du tiers payant serait déjà, selon la Cnam, une incitation à accepter le transport partagé mais elle permettrait, en outre, de faciliter la minoration de remboursement prévue au 2° du présent article.

• Le 1° propose de modifier l'article L. 162-1-21 dudit code à des fins de coordination. Il est proposé que cet article, qui dispose que les assurés atteints d'une affection de longue durée (ALD) bénéficient du tiers payant, ne fasse pas obstacle à l'absence de tiers payant pour les patients refusant un transport partagé.

• Enfin, le 4° vise² à interdire aux prestations de protection sociale complémentaire de couvrir la minoration, proposée à l'article L. 322-5 précité, du remboursement des frais de transport par l'assurance maladie obligatoire, lorsque l'assuré refuse le transport partagé.

¹ Idem.

² Par la modification de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale prévoit que les entreprises de taxis doivent être conventionnées avec la Cnam pour que les patients recourant à elles puissent bénéficier d'une prise en charge de leur frais de transport. Ces conventions sont établies pour cinq ans et suivent une convention nationale type. Elles doivent notamment déterminer les tarifs de responsabilité appliqués aux patients. **Ces tarifs ne peuvent être supérieurs à ceux qui sont fixés annuellement par les arrêtés préfectoraux pour les transports de voyageurs.**

- Un amendement du gouvernement a inséré au présent article un b du 2° qui vise à préciser que ce plafonnement des tarifs de responsabilité ne s'applique pas à la facturation des transports partagés.

Selon le Gouvernement, ce plafonnement de la tarification n'est pas incitatif à la prise en charge simultanée de plusieurs patients et empêche donc le développement du transport partagé de patients en taxi.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission : une disposition régulatrice des dépenses

La rapporteure note que les dépenses de prise en charge du transport sanitaire s'élèvent à des montants importants et connaissent une progression dynamique. Selon les chiffres de la Cnam¹, ces dépenses ont atteint 5,5 milliards d'euros en 2022, en hausse de 7,2 % par rapport à l'année précédente.

La rapporteure souscrit à l'analyse selon laquelle le transport partagé est une source utile de modération des dépenses d'assurance maladie, qui, du reste, présente une incidence environnementale vertueuse. Le Gouvernement, dans l'étude d'impact, estime que le présent article permettrait d'engendrer **50 millions d'euros d'économie en 2024**, grâce à un taux de transport partagé atteignant 45 %. Il anticipe ensuite que le rendement de la mesure s'élèverait à **100 millions d'euros chaque année**². La Cnam estime, quant à elle, qu'il conviendrait que le taux de transports partagés au sein des trajets facturés s'accroisse de 15 % à 55 % pour atteindre le montant de 50 millions d'euros d'économie pour l'assurance maladie.

¹ Rapport charges et produits de juillet 2023.

² Annexe 9, p. 401.

Tout en partageant quelques doutes sur les montants annoncés de modération des dépenses de transport sanitaire, la rapporteure accueille favorablement ces dispositions dont l'encadrement rend le dispositif équilibré.

La commission a adopté un **amendement rédactionnel n° 286** de sa rapporteure.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

CHAPITRE III

GARANTIR ET SÉCURISER L'ACCÈS DES FRANÇAIS AUX MÉDICAMENTS DU QUOTIDIEN ET AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS

Article 31

Réforme du financement de l'établissement français du sang (EFS)

Cet article propose de faire évoluer le modèle de financement de l'Établissement français du sang (EFS) vers un modèle mixte. D'une part, il prévoit que le tarif de cession des produits sanguins labiles est fixé en tenant compte de divers coûts de revient. D'autre part, il pérennise une dotation annuelle versée par l'assurance maladie à l'EFS.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - L'EFS connaît des difficultés de fonctionnement chroniques qui se sont aggravées et mettent en jeu la viabilité de son modèle économique

A. Des difficultés de fonctionnement de l'EFS aiguës par l'évolution de son environnement

1. L'organisation de l'EFS : un héritage de réformes successives dans un environnement complexe

L'organisation actuelle de la filière sang résulte des réformes réalisées en 1993 à la suite de la crise dite du « sang contaminé ». Les missions auparavant réunies au sein du Centre national de transfusion sanguine (CNTS) ont alors été réparties entre trois opérateurs :

- l'Agence française du sang, remplacée en 2000 par l'Établissement français du sang (EFS), disposant du monopole de la collecte du sang et de certains de ses dérivés ;

- le Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies (LFB), disposant du monopole pour le fractionnement du sang, c'est-à-dire la production de médicaments issus de certaines de ses composantes (par exemple pour traiter l'hémophilie) ;

- l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS), qui menait alors une activité de recherche et de formation et hébergeait notamment le Centre national de référence pour les groupes sanguins (CNRGS). En 2021, le CNRGS et le département « enseignement et formation » de l'INTS ont rejoint l'EFS.

Enfin, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) assure la responsabilité de la sécurité sanitaire des produits issus du sang.

L'EFS a effectué 2,7 millions de prélèvements de sang total, de plasma et de plaquettes auprès de plus de 1,5 million de donateurs en 2022¹.

L'EFS produit et fournit :

- des produits sanguins dits « labiles » (PSL) destinés à la transfusion² et cédés aux établissements de santé ; il s'agit des concentrés de globules rouges, des plaquettes et du plasma dit « thérapeutique » ;

- le plasma pour fractionnement destiné au LFB, servant à produire des médicaments dérivés.

L'EFS dispose d'un monopole pour une partie seulement des PSL – les concentrés de globules rouges et les plaquettes (à l'exclusion donc du plasma dit « thérapeutique ») – ainsi que pour le plasma pour fractionnement. Les tarifs de ces produits sont fixés par arrêté ministériel. En revanche, depuis un arrêt du Conseil d'État du 23 juillet 2014, les prix du plasma cédé à des fins thérapeutiques relèvent du secteur concurrentiel³.

Dans son rapport public annuel de 2019, la Cour des comptes indiquait que depuis 2010, « le contexte économique et réglementaire de la filière française du sang et des produits dérivés du sang avait profondément évolué et emportait des risques significatifs pour sa pérennité »⁴. L'ouverture à la concurrence du plasma thérapeutique a contribué à la fragilisation de l'EFS, l'obligeant à baisser les prix pratiqués pour conserver ses parts de marché.

S'agissant de l'organisation de l'EFS, la Cour soulignait notamment :

- la croissance problématique des dépenses de personnel, liée à un recours important à l'intérim compte tenu de la difficulté à fidéliser certains personnels ;

¹ Rapport d'activité 2022 de l'EFS.

² L'adjectif « labile » signifie « qui est sujet à changer, à se transformer ». Dans le contexte de la filière sang, il désigne les produits sanguins destinés à être transfusés.

³ La société Octapharma est aujourd'hui le seul concurrent de l'EFS sur le marché français.

⁴ Cour des comptes, La filière du sang en France : un modèle économique fragilisé, une exigence de transformation, rapport public annuel 2019, février 2019.

- la faible productivité des collectes dont le pilotage national se révèle insuffisant, conduisant au maintien de petites collectes (30 à 50 dons) qui mobilisent pourtant des moyens importants.

Enfin, la directive UE 2016/1214 du 25 juillet 2016 relative aux normes et spécifications techniques applicables aux établissements de santé, en vigueur depuis 2018, imposait de nouvelles contraintes supposant pour l'EFS de réaliser des investissements et de revoir son organisation.

2. Un modèle économique structurellement déséquilibré

Le modèle historique de financement de l'EFS repose sur les recettes issues des cessions de PSL aux établissements de santé et au LFB, qui représentent 90 % du chiffre d'affaires de l'établissement¹. Or l'activité de cession des PSL connaît une baisse tendancielle continue depuis 2012, qui s'explique par deux raisons² :

- un moindre recours des établissements de santé aux concentrés de globules rouges et au plasma thérapeutique, du fait de l'évolution des pratiques médicales qui permettent notamment des chirurgies moins invasives ;

- l'ouverture à la concurrence du marché du plasma thérapeutique depuis un arrêt du Conseil d'État de 2014.

La situation de l'EFS s'est également trouvée fragilisée fin 2019 par la fin du taux de TVA à 2,1 % applicable sur une part d'activité de l'établissement, qui a entraîné une perte de recette alors estimée à plus de 75 millions d'euros³.

Dans son rapport public annuel 2019 précité, la Cour des comptes jugeait la filière sang « *menacée* » du fait de son modèle économique et appelait à une réaction rapide des pouvoirs publics.

¹ En moyenne depuis 2012, les recettes de l'EFS sont d'environ 1 milliard d'euros, dont environ 870 millions d'euros proviennent de la cession de produits sanguins labiles.

² Lors de son audition, l'EFS a indiqué qu'une diminution de cession des concentrés de globules rouge de 1% représente une perte de chiffre d'affaires de l'ordre de 5 millions d'euros. Ainsi, en 2022, la baisse enregistrée de 4,6 % a généré un déficit de recettes estimé à plus de 22 millions d'euros.

³ La Cour de justice de l'Union européenne a jugé (CJUE 5 octobre 2016, n° 412/15) que la livraison de sang humain, y compris la livraison du plasma qui entre dans sa composition, pouvait bénéficier de l'exonération de TVA lorsque cette livraison contribuait directement à des activités d'intérêt général, à savoir lorsque le plasma livré était directement employé pour des soins de santé ou à des fins thérapeutiques. Selon la réponse de la ministre des solidarités et de la santé au chapitre précité du rapport public annuel 2019 de la Cour des comptes, « l'impact pour l'EFS est une perte de 76,5 millions d'euros par an : 52,6 millions d'euros liés à une moindre récupération de TVA plus 23,9 millions d'euros liés à une augmentation de la taxe sur les salaires ».

Pour permettre à l'EFS de faire face à cette situation, il a été décidé de lui accorder un soutien transitoire, sous la forme d'une dotation dégressive de l'assurance maladie qui devait s'éteindre en 2023. Un plan de transformation devait être conduit par l'EFS au cours de la période 2019-2022, en contrepartie de ce soutien financier, pour contribuer à restaurer durablement sa situation financière. Toutefois, celui-ci n'a pas suffi à équilibrer le budget de l'EFS, la crise sanitaire de la covid-19 ayant notamment accentué la baisse d'activité subie par l'EFS sur la cession des PSL.

Le tableau ci-après retrace le montant annuel des dotations accordées depuis 2019. Si les dotations sont bien dégressives entre 2020 et 2022, l'EFS ayant clôturé l'année 2022 avec un déficit de près de 40 millions d'euros, une nouvelle dotation de 55 millions d'euros versée par l'assurance maladie a donc été accordée.

Les dotations accordées par la branche maladie à l'EFS depuis 2019

M€	2019	2020	2021	2022	2023
trajectoire d'intégration de l'INTS		3,5	3,5	1,5	1,5
trajectoire dotation dégressive AM - arbitrage de 2019	40	30	20	10	10
trajectoire corrigée du fait de la crise - arbitrage de 2020		40	30	20	12
soutien en trésorerie et pour des mesures RH - nouvel arbitrage septembre 2022					15
arbitrage de décembre 2022					10
arbitrage de juillet 2023					15
Total dotation >6ème SO	40	44	34	22	55

Source : Réponse du Gouvernement à une question posée dans la perspective de l'examen du présent PLFSS sur la base des articles L.O. 111-8 et L.O. 111-9 du code de la sécurité sociale

En outre, une hausse de tarifs des PSL a permis d'augmenter de 20 millions d'euros¹ les recettes en 2023. Au global, l'apport financier à l'EFS pour 2023 a donc été porté à 75 millions d'euros.

¹ Source : Annexe 9 du présent PLFSS.

La situation économique de l'EFS, telle que décrite par un récent rapport d'information de la Mecss de la commission des affaires sociales du Sénat

« L'EFS est confronté à un effet ciseau qui met en péril son équilibre financier.

Auditionné, l'EFS, dont les régimes obligatoires de base ne sont qu'un financeur mineur, estime que son modèle financier, fondé principalement sur les produits de la cession de produits sanguins labiles aux établissements de santé et au laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies, arrive à épuisement. En effet, la cession de concentrés de globules rouges, qui représente les deux tiers des produits de l'établissement, présente une tendance baissière et difficilement prévisible depuis 2012. Cette tendance a été accrue pendant la crise sanitaire, avec une fréquentation amoindrie des collectes et avec une activité hospitalière hors covid-19 en retrait.

Dans sa contribution écrite à la mission, l'EFS note que « *depuis plusieurs années, le modèle économique de l'EFS est marqué par des tensions croissantes sur ses équilibres financiers. L'établissement apparaît sous-financé.* » L'EFS a ainsi exécuté des budgets en déficit de 11 millions d'euros en 2019, puis de 40 millions d'euros en 2022.

Cette baisse des recettes se conjugue, depuis 2022, avec une augmentation des dépenses. L'établissement décrit ainsi un double choc pour les finances de l'EFS : un choc inflationniste de 30 millions d'euros et un choc d'attractivité responsable d'une hausse de près de 35 millions d'euros des dépenses de personnel afin de répercuter le Ségur de la santé sur les salaires des effectifs de l'établissement.

Dans ce contexte, l'attribution d'une dotation pérenne de l'assurance maladie peut être une piste à développer.

Il est à noter, à ce titre, qu'une mission conjointe de l'inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales réalise, sur demande de quatre ministres, une mission sur le modèle économique de l'EFS, qui devrait rendre ses conclusions courant 2023. »

Source : Élisabeth Doineau, Annie Le Houerou, Dotations de la sécurité sociale : sortir de la logique du financement à l'aveugle, rapport d'information n° 877 (2022-2023), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat, 12 juillet 2023.

B. La réforme du financement de l'EFS

1. La prise en compte de coûts de revient dans la réglementation des tarifs des PSL

Le nouveau modèle s'appuiera toujours à titre principal sur les recettes issues de la cession des PSL, qui doivent constituer environ 85 % du total des recettes, soit 850 millions d'euros. En revanche, les tarifs réglementés des PSL prendront davantage en compte le coût de revient réel des PSL, c'est-à-dire leur coût de production.

Ces coûts de revient devront progressivement intégrer l'impact de l'amélioration de la performance de l'établissement permise par la conduite d'un plan de transformation et d'efficience, qui constituera une feuille de route de la nouvelle présidence de l'EFS¹. Il pourrait s'agir notamment d'intervenir en priorité sur la rationalisation des fonctions supports, les gains logistiques et de transport et un meilleur dimensionnement des activités de collectes.

En conséquence, le I du présent article tend à compléter l'article L. 164-1 du code de la sécurité sociale² par un alinéa prévoyant que « *le tarif de cession des produits [des activités liées aux produits sanguins labiles³] cédés pour une finalité transfusionnelle est déterminé en tenant compte du coût de revient de la collecte, la qualification biologique, la préparation, la distribution, la délivrance et le contrôle de la qualité desdits produits incombant à l'Établissement français du sang* ».

2. La pérennisation d'une dotation de l'assurance maladie pour contribuer au financement de missions de service public

Le nouveau modèle de financement de l'EFS aura un caractère « mixte » puisque les recettes issues de la cession des PSL seront complétées par une dotation pérenne de l'assurance maladie. L'étude d'impact du Gouvernement indique que son montant devrait s'établir à 100 millions d'euros, soit environ 10 % des recettes de l'EFS.

¹ L'EFS a été présidé du 15 octobre 2012 au 15 octobre 2023 par François Toujas, ensuite nommé à la présidence de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) ; depuis le 16 octobre 2023, Pascal Morel assure la présidence par intérim.

² « Les frais occasionnés par le prélèvement et le conditionnement des produits et organes d'origine humaine sont remboursés par les caisses lorsqu'un tarif de responsabilité a été fixé par arrêté interministériel ».

³ Le présent article se réfère au « 1° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique », relatif aux « produits des activités liées aux produits sanguins labiles ».

Le II du présent article propose de préciser les conditions de versement de cette dotation. Pour cela, il prévoit de remplacer les 3° et 4° de l'article L. 1222-8 du code de la santé publique par deux nouveaux alinéas. La rédaction actuelle prévoit :

« 3° Des redevances pour services rendus établies par décret dans les conditions fixées par l'article 5 de l'ordonnance n° 59-2 du 2 janvier 1959 portant loi organique relative aux lois de finances ;

4° Des produits divers, des dons et legs ainsi que des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics et des organismes d'assurance maladie ; La participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret ; »

Dans la rédaction proposée, le 3° vise désormais une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté ministériel. Cette dotation contribue au financement à la fois de missions de service public et de surcoûts temporaires non couverts par les tarifs réglementés des PSL.

L'annexe 9 au présent PFLSS¹ précise que parmi les missions de service public, est visé en particulier l'accès aux produits sanguins sur l'ensemble du territoire métropolitain et ultramarin dans les délais compatibles avec les besoins hospitaliers, soit une activité sept jours sur sept et 24 heures sur 24².

S'agissant des impacts financiers non couverts par le mécanisme tarifaire, l'annexe 9 indique que sont notamment visés les investissements dédiés au renouvellement des actifs, et plus particulièrement les investissements nécessaires au développement de la collecte de plasma, ainsi que les coûts liés à la conduite des chantiers de modernisation.

Il est également indiqué que *« la participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes »*. Cette rédaction est issue de la disposition actuelle du 4° de l'article L. 1222-8 précité, selon laquelle *« la participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret »*³.

Quant à la nouvelle rédaction du 4°, elle ajuste à la marge la rédaction actuelle en supprimant la référence aux organismes d'assurance maladie, désormais prévue au 3°.

¹ Fiches d'évaluation préalable.

² L'annexe 9 indique que cette dotation sera divisée en sous-enveloppes, par exemple celle dédiée à l'activité d'immunohématologie et à la délivrance déficitaire, celle dédiée à la recherche ou encore aux thérapies innovantes.

³ Une disposition identique figure à l'article L. 756-2-1 du code de l'éducation, relatif au financement de l'École des hautes études en santé publique (*« la participation des organismes d'assurance maladie est versée et répartie entre les régimes dans des conditions fixées par décret »*).

Au final, une dotation de 100 millions d'euros versée à l'EFS par l'assurance maladie représente une hausse de 45 millions d'euros par rapport aux 55 millions d'euros versés en 2023 par l'assurance maladie.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu un amendement rédactionnel.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission se félicite qu'une mesure qui assure la pérennité et la viabilité du modèle de financement de l'EFS figure dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette mesure s'inscrit d'ailleurs dans la continuité d'un rapport d'information¹ de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sur les organismes et fonds financés par les régimes obligatoires de base (Offrob), qui soulignait notamment l'importance de promouvoir un modèle de financement transparent des Offrob, parmi lesquels figure l'EFS, dans une logique de pluriannualité et de transparence pour renforcer l'information et l'exercice du contrôle parlementaires.

Si la sécurisation des ressources de l'EFS ne doit pas attendre que l'ensemble des réformes nécessaires à l'amélioration de la performance de l'établissement soient mises en œuvre et produisent tous leurs effets, la commission souligne la nécessité d'en suivre la mise en œuvre effective chaque année. En particulier, il serait regrettable qu'un échec relatif de la politique d'efficience conduise à employer la dotation de l'assurance maladie pour financer d'autres activités que celles précisément identifiées, par exemple l'activité de collecte, qui a d'abord vocation à être financée par les tarifs réglementés.

En parallèle, la commission attire l'attention du Gouvernement sur des enjeux qui ne lui semblent pas suffisamment identifiés :

- le risque de réduction des capacités ou de dégradation de l'outil de collecte, compte tenu de la fragilité de la participation des donneurs et de la difficulté à prévoir les besoins, exige une vigilance particulière pour éviter de se trouver confrontés à un besoin de produits sanguins non anticipé, par exemple en situation de crise, sans être en mesure d'y répondre ;

¹ *Élisabeth Doineau, Annie Le Houerou, Dotations de la sécurité sociale : sortir de la logique du financement à l'aveugle, rapport d'information n° 877 (2022-2023), mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) de la commission des affaires sociales du Sénat, 12 juillet 2023.*

- la nécessité de disposer d'un outil de production adapté à la législation européenne et permettant de se positionner durablement sur le marché concurrentiel du plasma thérapeutique. Or, comme cela a été indiqué à la commission, les retards d'investissement s'accumulent, qu'il s'agisse du parc immobilier, des équipements matériels tels que les structures de prélèvement ou des équipements informatiques ;

- le soutien de l'attractivité de l'EFS en matière de ressources humaines, dès lors que la structure souffre d'un turnover important et d'une difficulté à fidéliser les personnels en raison d'écarts de rémunérations qui se creusent avec les établissements de santé. La commission souligne la nécessité d'engager un plan de revalorisation sans tarder.

La réforme de l'EFS, et plus généralement de la filière sang, est un enjeu stratégique majeur de santé publique et de souveraineté industrielle, qui suppose un positionnement proactif dans la production des thérapies innovantes. En conséquence, la commission souhaite que le Parlement soit étroitement associé aux décisions relatives à l'évolution des montants des dotations qui seront allouées à l'EFS à l'avenir.

Enfin, la commission a adopté un **amendement n° 287** tendant à préciser, dans la rédaction proposée pour l'article L. 164-1 du code de la santé publique, que les tarifs dont il est question sont seulement les tarifs de l'EFS fixés par arrêté ministériel, et non ceux du plasma thérapeutique, qui sont libres, ce plasma étant aussi commercialisé par des entreprises pharmaceutiques privées.

Elle a également adopté un **amendement n° 288** tendant à préciser la rédaction proposée pour l'article L. 1222-8 du code de la santé publique.

En conséquence, la commission propose d'adopter cet article, sous réserve de ces précisions rédactionnelles.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 32

**Utilisation des préparations officinales spéciales
dans le cadre du plan blanc**

Cet article vise à étendre le statut des préparations hospitalières spéciales aux cas d'arrêt de commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur et à permettre leur dispensation en officine. Il crée, par ailleurs, le statut des préparations officinales spéciales, destinées à faire face à une rupture de stock, un arrêt de commercialisation ou une crise sanitaire.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les pharmacies ont été progressivement impliquées ces dernières années pour restaurer l'offre de médicaments en rupture

1. Multifactorielles, les pénuries de médicaments peuvent survenir même en l'absence de tension sur les principes actifs

• Les pénuries et tensions d'approvisionnement en médicaments, plus précisément analysées *infra*¹, constituent un **phénomène complexe, mondial et en constante aggravation**, alimenté par de nombreux facteurs structurels analysés récemment par une commission d'enquête sénatoriale². Parmi eux, peuvent notamment être cités :

- la **rapide augmentation de la demande mondiale**, progressivement solvabilisée par la mise en place et le renforcement des systèmes de protection sociale nationaux³ ;

- la **fragmentation industrielle et géographique** du secteur, portée par le recours croissant des laboratoires à la sous-traitance, singulièrement pour la production de produits matures peu rentables⁴ ;

- la **production en flux tendu**, rendant l'approvisionnement sensible à des incidents industriels pourtant fréquents⁵ ;

- les **choix stratégiques de certains laboratoires**, privilégiant les produits innovants et onéreux au détriment de produits matures moins avantageusement tarifés⁶.

¹ Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 33 du présent PLFSS.

² Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023.

³ Ibid., pp. 83 à 85 : entre 2012 et 2022, la consommation mondiale de médicaments a augmenté de plus de 36 %.

⁴ Ibid., pp. 76 à 83.

⁵ Ibid., p. 88.

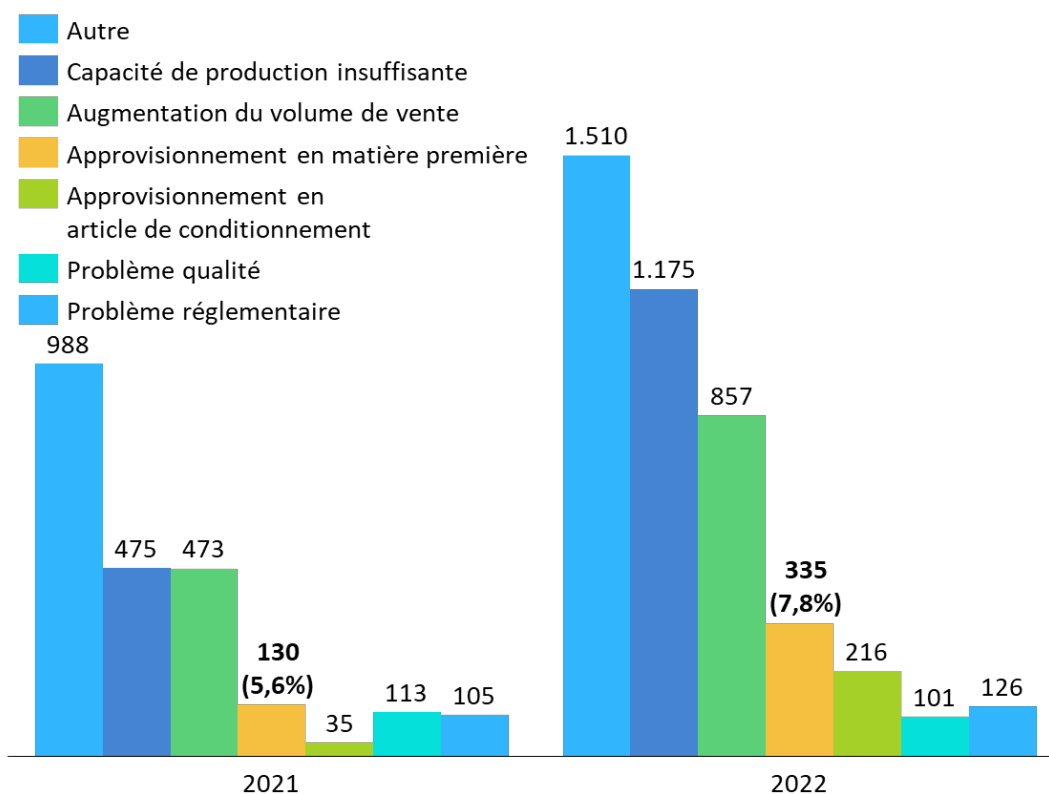
⁶ Ibid., pp. 100 à 109.

- En conséquence, les causes concrètes des pénuries apparaissent **variables et indépendantes, souvent, de l’approvisionnement en principes actifs.**

Les industriels étant contraints, depuis 2016¹, de lui déclarer toute rupture ou risque de rupture de stock et, depuis 2019², de le faire dès qu’ils en ont connaissance³, l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dispose désormais de données précises sur le nombre et les causes déclarées des pénuries constatées, qu’elle publie annuellement.

En 2021 comme en 2022, moins de 8 % des ruptures et risques de rupture recensés trouvaient leur cause, d’après les déclarations reçues par l’ANSM, dans un défaut d’approvisionnement en matière première.

Répartition des causes déclarées des ruptures et risques de ruptures en 2021 et 2022



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d’après des données publiées par l’ANSM

¹ Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

³ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

Plus souvent, l'augmentation subite de la demande, ou les capacités insuffisantes de production – y compris en matière de formulation ou de conditionnement de médicaments pour lesquels la matière première pharmaceutique demeure disponible –, sont mises en avant.

Dans de telles situations, les pharmacies ont été amenées, ces dernières années, à contribuer à l'effort de maintien de la disponibilité de médicaments en rupture particulièrement indispensables à la prise en charge des patients.

2. Les pénuries de curares, survenues durant la crise sanitaire, ont conduit à la reconnaissance des préparations hospitalières spéciales

- Les services de réanimation hospitaliers ont connu, durant la crise sanitaire, de **graves tensions d'approvisionnement pour cinq spécialités pourtant indispensables** à la prise en charge des patients : le cisatracurium, l'atracurium, le rocuronium, la kétamine et le midazolam, utilisés notamment pour l'anesthésie.

En réponse à cette situation, provoquée par l'augmentation subite et importante de la demande en lien avec l'aggravation de l'épidémie de covid-19, un **dispositif de régulation nationale** a été mis en place, mobilisant notamment l'établissement pharmaceutique (EP) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et un réseau de six pharmacies à usage intérieur (PUI) hospitalières¹.

À la demande de la Direction générale de la santé (DGS), un partenariat a été mis en place entre l'EP de l'AP-HP, également appelé Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps), un EP privé, l'ANSM et les centres hospitaliers de Lille et de Lyon pour la production de préparations hospitalières injectables de cisatracurium.

Ce partenariat a, d'après le Gouvernement, permis la **mise à disposition d'environ 200 000 ampoules** produites, sur la base d'une monographie établie par le réseau des PUI impliquées puis validée par l'ANSM et grâce à la fourniture du principe actif par un laboratoire privé, par les PUI de Lille et de Lyon, sous la coordination de l'Ageps².

¹ Les PUI des centres hospitaliers de Lille, de Lyon, de Nîmes, de Rennes, de Bordeaux et de Toulouse ont été mobilisées.

² Annexe n° 9 « Fiches d'évaluation préalable des articles du projet de loi » jointe au PLFSS pour 2022, p. 280.

• Pour tirer les conséquences de cette expérience et permettre sa reproduction dans les cas de pénurie les plus graves, la LFSS pour 2022 a créé la catégorie des **préparations hospitalières spéciales (PHS)**¹.

Du fait des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, celles-ci ont vocation à être réalisées dans des PUI, des EP d'établissements de santé ou de Santé publique France, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, ou sous leur responsabilité lorsqu'ils confient à titre exceptionnel la réalisation des préparations à un EP privé².

Les PHS doivent faire l'objet d'une **autorisation précisant leurs modalités de réalisation**, délivrée :

- par le directeur général de l'ANSM, dans les cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ;

- ou par le ministre de la santé, pour faire face à une menace ou à une crise sanitaire grave³.

Attendu depuis et plusieurs fois réclamé par le Sénat⁴, le décret en Conseil d'État nécessaire à l'application de ces dispositions n'a, toutefois, toujours pas été publié.

3. Les pharmacies d'officine ont, durant l'hiver 2022-2023, été mobilisées dans la préparation de spécialités en rupture

• Les préparations des pharmacies d'officine sont, aujourd'hui, **strictement encadrées par le code de la santé publique**.

Les préparations officinales y sont définies comme tout médicament préparé en pharmacie, inscrit à la pharmacopée ou au formulaire national et **destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie**. Elles se distinguent des préparations magistrales en ce qu'elles ne sont pas nécessairement exécutées selon une prescription médicale et destinées à un malade déterminé⁵.

L'exécution des préparations officinales et magistrales figure parmi les **missions des pharmacies d'officine**. Celles-ci peuvent confier l'exécution d'une préparation, par un contrat écrit, à une autre officine qui est alors soumise, pour l'exercice de cette activité de sous-traitance, à une autorisation préalable délivrée par le directeur général de l'ARS⁶.

¹ Article 61 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

² Article L. 5126-6 du code de la santé publique.

³ Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

⁴ Voir, notamment, le rapport précité de la commission d'enquête sénatoriale relative aux pénuries de médicament, ou le débat annuel sur l'application des lois de 2023.

⁵ Article L. 5121-1 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 5125-1 du code de la santé publique.

Les préparations sont soumises à **plusieurs contraintes de sécurité et de qualité**. Elles doivent être, d'abord, exécutées en conformité avec les bonnes pratiques définies par décision de l'ANSM¹. Les officines sont, par ailleurs, tenues de disposer, dans la partie non accessible au public, d'un local réservé à l'exécution et au contrôle des préparations magistrales ou officinales². Le directeur général de l'ANSM peut suspendre ou interdire l'exécution des préparations, lorsque l'officine ne respecte pas les bonnes pratiques de préparation ou réalise les préparations dans des conditions dangereuses pour la santé publique³.

Enfin, **les préparations pouvant présenter un risque pour la santé sont soumises à un régime d'autorisation préalable**⁴. Un arrêté de 2014 classe dans cette catégorie les préparations stériles, les préparations à partir de produits cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, ainsi que la plupart des préparations destinées aux enfants de moins de douze ans⁵.

• Malgré ce cadre restrictif, les préparations des pharmacies d'officine se sont avérées **utiles, durant l'hiver 2022-2023, pour maintenir la disponibilité de médicaments en rupture** pourtant essentiels à la prise en charge des patients.

Pour permettre leur implication, l'ANSM a, dès décembre 2022, publié les monographies des préparations magistrales d'amoxicilline 125 mg et 250 mg et autorisé⁶ les pharmaciens à délivrer une préparation magistrale d'amoxicilline lorsque le médicament prescrit n'était pas disponible⁷.

Une quarantaine de pharmacies ont ainsi été autorisées à exécuter ces préparations et permis de répondre, notamment, aux demandes de dosages spécifiques dans le cadre de prises en charge pédiatriques⁸.

¹ Article L. 5121-5 du code de la santé publique.

² Article R. 5125-9 du code de la santé publique.

³ Article L. 5125-1-1-1 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5125-1-1 du code de la santé publique.

⁵ Arrêté du 14 novembre 2014 fixant la liste des préparations pouvant présenter un risque pour la santé mentionnées à l'article L. 5125-1-1 du code de la santé publique.

⁶ Recommandation du 29 décembre 2023 de la directrice générale de l'ANSM établie en application du V. de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

⁷ Voir, sur ce point, le rapport de la commission d'enquête sénatoriale précité, p. 210.

⁸ Audition de Mme Christelle Ratignier-Carbonneil, directrice générale de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), par la commission d'enquête sénatoriale sur les pénuries de médicaments le 15 février 2023.

B. L'article 32 vise à étendre les cas de recours aux PHS et crée le statut des préparations officinales spéciales (POS)

L'article 32 vise à renforcer le statut des PHS et à consacrer, dans le code de la santé publique, le statut des préparations officinales spéciales (POS) pouvant être réalisées par les pharmacies d'officine.

Pour ce faire, le **1° du I** apporte deux modifications à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique définissant les préparations hospitalières spéciales, destinées à renforcer ce statut.

D'une part, il élargit les cas dans lesquels le directeur général de l'ANSM peut autoriser, à titre exceptionnel et temporaire, la réalisation de préparations hospitalières spéciales. Cette autorisation pourrait non plus seulement faire suite à une rupture de stock d'un MITM, mais également à un arrêt de commercialisation.

D'autre part, il permet au ministre de la santé d'autoriser, à titre dérogatoire et afin de répondre à l'ensemble des besoins nationaux, la dispensation des PHS par les pharmacies d'officine.

Le **2° du I** complète les mêmes dispositions pour créer le statut des POS. Pour faire face à une rupture de stock ou un arrêt de commercialisation d'un MITM, à une menace ou à une crise sanitaire grave et pour garantir la qualité et la sécurité d'utilisation des produits, le ministre de la santé pourra autoriser par arrêté, à titre exceptionnel et temporaire, la réalisation de POS.

La réalisation de POS sera réservée aux officines disposant d'une autorisation du directeur général de l'ARS pour exécuter des préparations pouvant présenter un risque pour la santé. Les POS seront, par ailleurs, soumises à trois exigences :

- être soumises à prescription médicale ;
- être réalisées selon une monographie publiée par l'ANSM ;
- être préparées à partir d'une matière première à usage pharmaceutique fournie par l'établissement pharmaceutique d'un établissement de santé, soit par l'Ageps.

Un décret en Conseil d'État devra définir les conditions d'application de ces dispositions.

Le **II de l'article 32** insère au sein du code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-16-4-5 prévoyant que sont fixés par arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale :

- les prix de cession, couvrant les frais de réalisation et les frais de dispensation en officine, des PHS faisant l'objet d'une dispensation en officine ;
- les prix de cession des POS.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement n'a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, que trois amendements rédactionnels de la rapporteure générale.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a soutenu, lors de l'examen du PLFSS pour 2022, la création du statut des PHS et souhaité renforcer le rôle des pharmacies d'officine dans ces dispositions¹.

- Elle souligne, à cet égard, que la contribution de l'Ageps et des PUI hospitalières au maintien de la disponibilité de médicaments à fort enjeu thérapeutique, dans les situations de pénurie ou de risque de pénurie les plus graves, constitue un enjeu essentiel.

Le **statut des PHS apparaît**, de ce point de vue, **indispensable**. Comme l'a souligné l'AP-HP, interrogée par la rapporteure, celui-ci permet de mettre à disposition des patients des préparations bien plus rapidement que ne le permettrait une nouvelle demande d'autorisation de mise sur le marché (AMM), impliquant un délai d'attente supérieur à un an². Pour la même raison, le statut des PHS est susceptible de s'avérer utile en cas d'arrêt de commercialisation et dans l'attente de la délivrance d'une nouvelle AMM à un éventuel repreneur.

La commission a, en conséquence, soutenu les dispositions du présent article visant à permettre le recours aux PHS dans les cas d'arrêt de commercialisation et la dispensation de celles-ci dans les pharmacies d'officine.

Elle s'est étonnée, en revanche, de trouver dans le présent texte l'extension d'un cadre juridique dont **le Gouvernement n'a toujours pas permis, deux ans après son adoption, la mise en œuvre effective**. Compte tenu des objectifs attachés à ce nouveau statut comme du caractère largement imprévisible des tensions d'approvisionnement en médicaments, la commission juge difficilement explicable le retard accumulé dans la publication du décret en Conseil d'État attendu.

¹ Voir le rapport n° 130, tome I (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, déposé le 3 novembre 2021, pp. 292-293.

² Réponses écrites de l'AP-HP au questionnaire transmis par la rapporteure.

Elle rappelle que l'ancien ministre de la santé et de la prévention, plusieurs fois alerté à ce sujet à l'occasion de travaux du Sénat, a déclaré lors d'une audition de la commission d'enquête sénatoriale relative aux pénuries de médicaments que sa publication devrait intervenir en octobre 2023, après transmission à la Commission européenne¹.

La commission appelle le Gouvernement à **permettre sans plus attendre l'application de ce nouveau statut**.

• Soucieuse de permettre l'implication des pharmacies d'officine à l'effort de lutte contre les pénuries de médicaments, et consciente de leurs compétences en matière de préparation, la commission avait adopté un amendement au PLFSS pour 2022 ouvrant la possibilité aux PUI et EP publics mobilisés dans la production de PHS **d'en confier l'exécution, partiellement ou entièrement, à des pharmacies d'officine sous-traitantes dûment autorisées**². Celui-ci n'avait, finalement, pas été retenu dans le texte définitivement adopté par l'Assemblée nationale.

La commission, qui demeure attachée à une plus grande implication des pharmacies d'officine dans la production de médicaments en rupture, a adopté à nouveau, à l'initiative de sa rapporteure, un **amendement n° 289** portant la même modification.

Pour les mêmes raisons, la commission a favorablement accueilli les dispositions du présent article créant le statut des POS. Elle souligne que, tenant compte notamment du rôle joué par les officines face aux difficultés d'approvisionnement en amoxicilline survenues durant l'hiver 2022-2023, la commission d'enquête sénatoriale sur les pénuries de médicaments avait recommandé la création d'un tel statut³.

Consciente de la compétence de l'Ageps en matière de contrôle et de qualification de la matière première à usage pharmaceutique (MPUP), la commission a toutefois jugé inopportun de limiter, dans la loi, l'approvisionnement des officines aux seules MPUP fournies par elle. Une telle obligation, en situation d'urgence, pourrait ralentir la mise en œuvre des POS, alors que leur objet est précisément d'offrir un nouvel outil susceptible de permettre de répondre, dans l'urgence, aux situations de pénurie sur des médicaments à fort enjeu thérapeutique.

La commission rappelle, à cet égard, que les activités de fabrication, d'importation et de distribution de substances actives sont strictement encadrées par le code de la santé publique.

¹ Audition de M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention par la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, le 15 juin 2023.

² Amendement n° 176 au PLFSS pour 2022 présenté par Mme Corinne Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, et adopté par le Sénat.

³ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède » précité, recommandation n° 15.

Elles ne peuvent être exercées que dans des établissements autorisés par l'ANSM¹. L'importation de substances actives n'est, de plus, permise que lorsque celles-ci ont été fabriquées conformément à des normes de bonnes pratiques au moins équivalentes².

Aussi la commission a-t-elle adopté un **amendement n° 290** de sa rapporteure permettant l'exécution de POS à partir d'une matière première fournie, dans les conditions prévues par le décret en Conseil d'État attendu, par tout établissement autorisé par l'ANSM.

La commission a également souhaité mieux associer les organisations représentatives des pharmaciens d'officine à la définition des prix de cession des POS et, lorsqu'elles font l'objet d'une dispensation en officine, des PHS. Elle a, en conséquence, adopté un **amendement n° 291** de sa rapporteure prévoyant que l'arrêté fixant ces tarifs doit être pris après leur consultation.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 33

Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement

Cet article vise à élever au niveau législatif la définition des ruptures d'approvisionnement et, dans de telles situations, à maîtriser le niveau de prescription et de dispensation en permettant au Gouvernement de rendre obligatoire le recours aux ordonnances conditionnelles ou la délivrance de médicaments à l'unité, ainsi que de limiter ou interdire la prescription par un acte de télémédecine.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les phénomènes de pénurie de médicament se sont aggravés ces dernières années malgré la mise en place de nombreux dispositifs légaux visant à les juguler

1. L'aggravation des phénomènes de pénurie

• Face à l'aggravation des difficultés d'approvisionnement, les pouvoirs publics ont cherché ces dernières années à mieux appréhender les **phénomènes de pénurie de médicaments**.

¹ Article L. 5138-1 du code de la santé publique.

² Article L. 5138-5 du code de la santé publique.

Définies dans le code de la santé publique depuis l'intervention d'un décret de septembre 2012¹, les ruptures d'approvisionnement correspondent à **l'incapacité, pour une pharmacie d'officine ou une pharmacie à usage intérieur (PUI) hospitalière de dispenser un médicament à un patient dans un délai de 72 heures**, après avoir effectué une demande d'approvisionnement auprès de deux entreprises exerçant une activité de distribution de médicaments.

Ces ruptures d'approvisionnement peuvent être imputables à une **rupture de stock**, laquelle est définie comme l'impossibilité de fabriquer ou d'exploiter un médicament².

Les **obligations déclaratives des exploitants** ont, également, progressivement été renforcées. La loi de modernisation de notre système de santé de 2016³ a, ainsi, fait obligation aux industriels de déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) tout risque de rupture et toute rupture de stock sur les médicaments qu'ils exploitent. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) de 2019⁴ a renforcé cette obligation en précisant que les exploitants doivent procéder à cette déclaration dès qu'ils ont connaissance de tels risques⁵.

- Ces déclarations permettent à l'ANSM de recenser les difficultés d'approvisionnement et de retracer, chaque année, leur évolution. À cet égard, **le nombre de ruptures de stock ou de risques de rupture déclarés par les exploitants apparaît avoir fortement augmenté ces dernières années**⁶.

¹ Décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain.

² Article R. 5124-49-1 du code de la sécurité sociale.

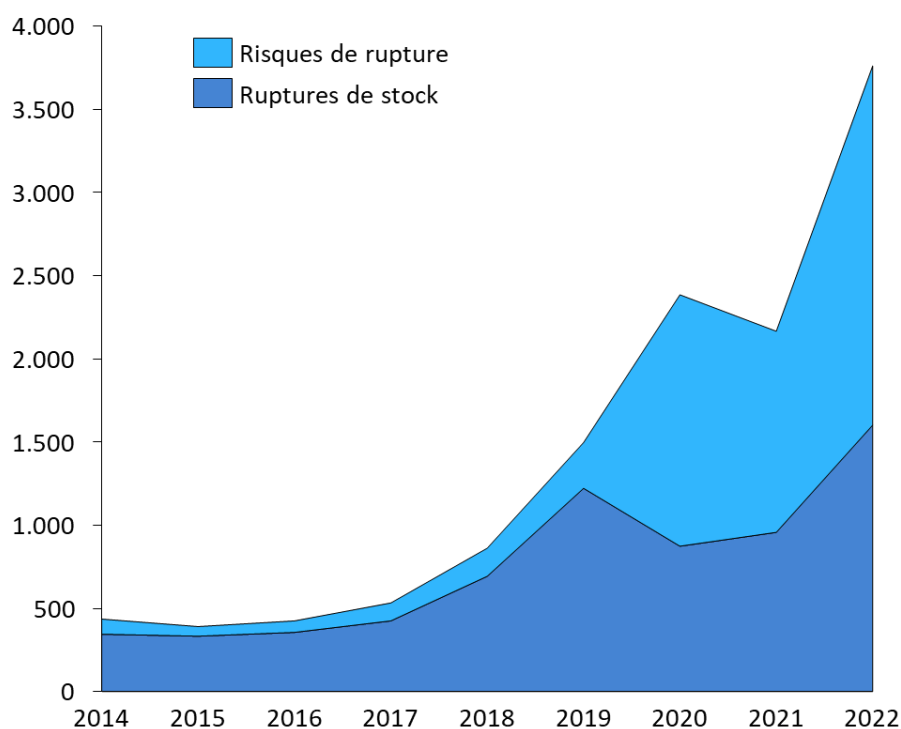
³ Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

⁴ Article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁵ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

⁶ Les causes déclarées de ces ruptures sont présentées dans le commentaire de l'article 32 du présent PLFSS.

Nombre de ruptures de stock et de risques de rupture déclarés à l'ANSM par les exploitants (2014-2022)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données publiées par l'ANSM

Les ruptures et risques de rupture recensés **touchent l'ensemble des quatorze classes thérapeutiques** distinguées par la nomenclature anatomique, thérapeutique et chimique (dite « classification ATC »). D'après l'ANSM, concentrent toutefois le plus fort nombre de difficultés déclarées les médicaments :

- du système cardio-vasculaire (1 087 déclarations en 2022) ;
- du système nerveux (721 déclarations en 2022) ;
- anti-infectieux à usage systémique (554 déclarations en 2022)¹.

Les difficultés d'approvisionnement **concernent, enfin, majoritairement des produits matures**. Selon la commission d'enquête sénatoriale relative à la pénurie de médicaments et aux choix de l'industrie pharmaceutique française, entre 60 % et 70 % des déclarations de rupture visent des médicaments dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été octroyée il y a plus de dix ans².

¹ Ces données sont disponibles sur la plateforme de consultation mise à disposition par l'ANSM : <https://data.ansm.sante.fr/ruptures>.

² Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », tome I, déposé le 4 juillet 2023, p. 105.

2. Le renforcement des obligations des exploitants et distributeurs

Pour juguler les phénomènes de pénurie, les contraintes légales et réglementaires imposées aux exploitants et aux distributeurs ont progressivement été renforcées. Pour l'essentiel, celles-ci sont concentrées sur les **médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)**, que la loi « santé » de 2016¹ a définis comme étant ceux pour lesquels une interruption de traitement :

- est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme ;

- ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie².

• Les exploitants ont, ainsi, été **responsabilisés de manière croissante dans l'anticipation et la gestion des ruptures**.

En matière d'**anticipation**, les industriels sont, depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020³, tenus d'établir un **plan de gestion des pénuries (PGP)** pour chacun des MITM qu'ils exploitent⁴. Ces derniers doivent, notamment, tenir compte des risques relatifs au cycle de fabrication et de distribution de la spécialité concernée et identifier les médicaments susceptibles de constituer une alternative thérapeutique. Ils peuvent prévoir d'autres sites de fabrication de matières premières, de formulation ou de conditionnement⁵.

En matière de détection des pénuries, les industriels doivent notamment, lors de leurs déclarations obligatoires de toute rupture ou de tout risque de rupture, préciser les stocks disponibles, les délais prévisionnels de remise à disposition ainsi que, le cas échéant, les spécialités substituables⁶.

Enfin, les industriels sont également appelés à permettre une **meilleure gestion des périodes de tension**. Ils sont tenus de disposer de centres d'appel d'urgence permanents accessibles aux pharmaciens⁷ et de mettre en œuvre, en situation de rupture et en lien avec l'ANSM, les mesures prévues par les PGP transmis⁸.

¹ Article 151 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

² Article L. 5111-4 du code de la santé publique.

³ Article 48 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

⁴ Article L. 5121-31 du code de la santé publique.

⁵ Article R. 5124-49-5 du code de la santé publique.

⁶ Article R. 5124-49-1 du code de la santé publique.

⁷ Ibid.

⁸ Article L. 5121-32 du code de la santé publique.

Surtout, la LFSS pour 2020¹ a contraint les industriels à constituer un **stock de sécurité destiné au marché national**, destiné à être exploité dans les périodes de tension pour laisser aux acteurs le temps de mettre en œuvre les mesures de résolution appropriées. Ces stocks doivent correspondre à au moins deux mois de couverture des besoins pour les MITM et une semaine pour les médicaments ne relevant pas de cette catégorie².

• Les contraintes des grossistes-répartiteurs ont également été renforcées.

La loi « Médicaments » de 2011³, précisée par un décret de septembre 2012⁴, leur a ainsi imposé de respecter les **obligations de service public suivantes** :

- disposer d'un assortiment de médicaments comportant au moins neuf dixièmes des présentations commercialisées en France ;

- être en mesure de satisfaire la consommation de sa clientèle habituelle durant au moins deux semaines et à tout moment, à l'exception des samedis après 14 heures, dimanches et jours fériés ;

- livrer toute commande dans les vingt-quatre heures au sein de leurs territoires respectifs de répartition⁵.

Depuis 2016, la loi interdit, enfin, aux grossistes-répartiteurs d'exporter des MITM pour lesquels une rupture ou un risque de rupture a été mis en évidence et qui figurent, en conséquence, sur une liste établie par l'ANSM⁶. Ils ne sont, par ailleurs, autorisés à exporter les autres médicaments que dans la mesure où ils ont rempli leurs obligations de service public⁷.

¹ Article 48 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article R. 5124-49-4 du code de la santé publique.

³ Article 47 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.

⁴ Décret n° 2012-1096 du 28 septembre 2012 relatif à l'approvisionnement en médicaments à usage humain.

⁵ Article R. 5124-59 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 5121-30 du code de la santé publique.

⁷ Article L. 5124-17-3 du code de la santé publique.

- La commission d'enquête sénatoriale précitée a toutefois souligné que ces obligations demeuraient insuffisamment appliquées. La qualité des PGP transmis est, selon l'ANSM elle-même et d'après les contrôles réalisés par la commission d'enquête, fortement inégale¹.

Si l'ANSM dispose d'un pouvoir de sanction financière introduit par la loi « Médicaments » et progressivement renforcé depuis, susceptible de s'appliquer aux exploitants ne respectant pas les obligations prévues², ces sanctions demeurent pour le moment peu utilisées et n'ont concerné entre 2018 et 2022 que des manquements à l'obligation de déclaration d'une rupture ou d'un risque de rupture³.

3. Les mesures prises par l'ANSM et les efforts de maîtrise des prescriptions et des dispensations

Indépendamment des obligations imposées aux exploitants et distributeurs, les pouvoirs publics ont pris des mesures ces dernières années visant à mieux gérer ou prévenir les phénomènes de pénurie.

- Plusieurs évolutions législatives et réglementaires ont d'abord visé à **mieux maîtriser le volume des prescriptions ou améliorer la gestion des pénuries**.

Pour maîtriser les prescriptions d'antibiotiques, encore importantes en France, la **réalisation de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod)** par les pharmaciens et d'autres professionnels de santé a, ainsi, été permise par un arrêté de 2016⁴ et progressivement encouragée. La LFSS pour 2020 a, par ailleurs, créé le dispositif des **ordonnances conditionnelles**⁵, permettant au prescripteur de conditionner la délivrance de certains médicaments à la réalisation de tests et à l'obtention de résultats déterminés⁶. L'incitation au recours au Trod figure, enfin, parmi les actions prévues par la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance⁷.

D'autres évolutions ont visé à **faciliter la gestion des pénuries**. La loi « santé » de 2016 a, ainsi, permis à l'ANSM d'autoriser les pharmacies d'officine à dispenser au détail des médicaments disposant d'une autorisation d'importation de l'ANSM en situation de rupture d'un MITM⁸.

¹ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., pp. 115 et 127 à 129.

² Article L. 5121-9 du code de la santé publique.

³ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., pp. 116 à 118.

⁴ Arrêté du 1^{er} août 2016 déterminant la liste des tests, recueils et traitements de signaux biologiques qui ne constituent pas un examen de biologie médicale, les catégories de personnes pouvant les réaliser et les conditions de réalisation de certains de ces tests, recueils et traitements de signaux biologiques modifié.

⁵ Article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

⁶ Ces éléments sont plus précisément décrits dans le commentaire de l'article 25 du présent PLFSS.

⁷ Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, Santé humaine, action n° 21.

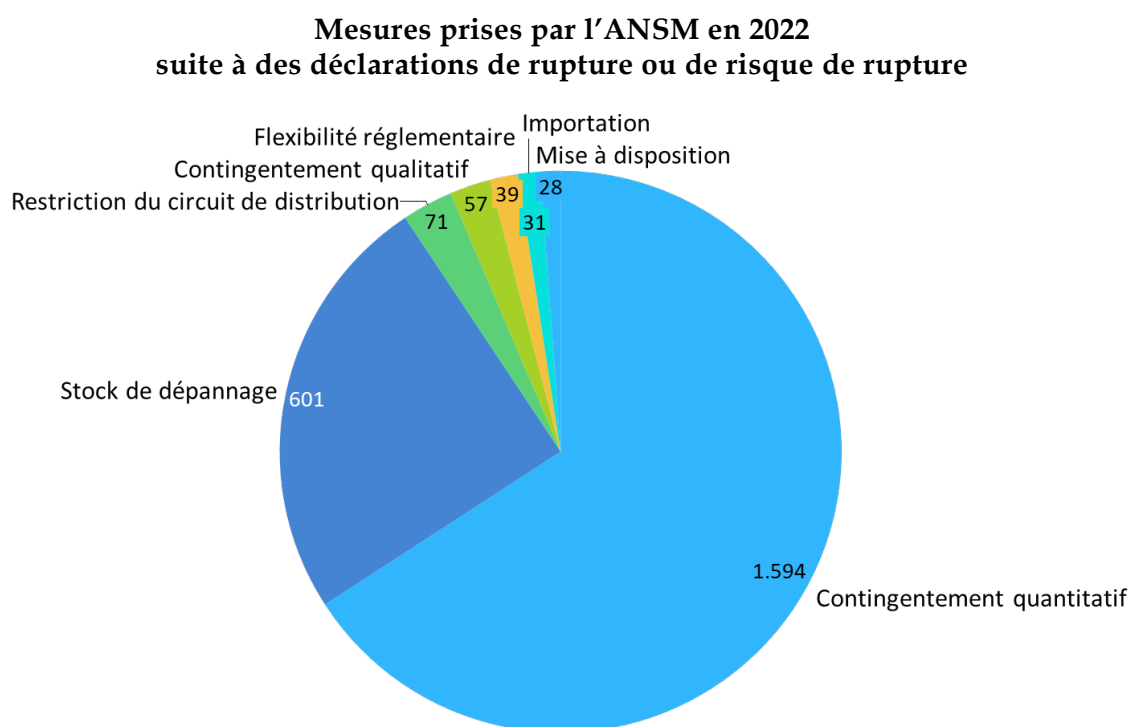
⁸ Article L. 5121-33 du code de la santé publique.

La loi OTSS de 2019 a, par ailleurs, autorisé les pharmaciens, en cas de rupture ou de risque de rupture de stock, à remplacer un MITM prescrit par un autre médicament conformément à une recommandation établie par l'ANSM et publiée sur son site internet¹. Enfin, la loi de 2020 relative à la lutte contre le gaspillage et à l'économie circulaire a permis la délivrance de certains médicaments en officine, lorsque leur forme le permet, à l'unité².

• **L'ANSM est amenée, par ailleurs, à intervenir directement lorsqu'une rupture ou un risque de rupture lui est signalé sur un MITM, en tenant compte du PGP transmis par l'exploitant.**

L'Agence indique ainsi qu'en 2022, **42,5 % des déclarations de rupture ou de risque de rupture reçues ont donné lieu à au moins une mesure de gestion de pénurie**³. Plus de 85 % des mesures prises ont consisté en :

- la mise en œuvre d'un **contingement quantitatif**, soit d'une distribution en quantité limitée pour maintenir une livraison continue et équitable des stocks disponibles ;
- la constitution d'un **stock de dépannage**, permettant de répondre à d'éventuels besoins urgents.



Source : commission des affaires sociales, d'après des données publiées par l'ANSM

¹ Article L. 5121-12-1-1 du code de la santé publique.

² Article L. 5123-8 du code de la santé publique.

³ Soit 1 601 déclarations ayant donné lieu à au moins une mesure sur 3 761 déclarations reçues. Ces données sont disponibles sur la plateforme précitée : <https://data.ansm.sante.fr/ruptures>.

B. L'article 33 vise à renforcer, en cas de rupture, les leviers d'épargne de médicaments

Le présent article vise à favoriser la maîtrise des volumes prescrits et dispensés en cas de rupture par la création de trois nouveaux outils légaux susceptibles d'être mobilisés dans une telle situation.

- Le 1° modifie l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, pour élever au niveau législatif la définition d'une rupture d'approvisionnement. Celle-ci reste attachée à l'incapacité d'une pharmacie d'officine ou d'une PUI de dispenser un médicament dans un délai donné, qui peut être réduit à l'initiative du pharmacien lorsque la poursuite optimale du traitement l'impose. Le délai demeurera défini par décret en Conseil d'État, ainsi que les diligences que le pharmacien doit accomplir pour dispenser le médicament.

- Le 2° de l'article 33 insère, dans le texte déposé, deux nouveaux articles dans le code de la santé publique.

Le premier permet au ministre de la santé, en cas de rupture d'approvisionnement, de rendre obligatoire le recours aux ordonnances conditionnelles ou à la délivrance de médicaments à l'unité, dans les conditions d'ores et déjà prévues par les dispositions légales l'autorisant et pour les médicaments que visent ces dispositions. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

Le second permet au ministre de la santé, en cas de rupture d'approvisionnement de certains médicaments, d'en limiter ou d'en interdire par arrêté la prescription par un acte de télémédecine. Par arrêté du même ministre, il est mis fin sans délai à ces mesures lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, trois amendements rédactionnels et un amendement de fond de la rapporteure générale.

Ce dernier insère un nouvel article au sein du code de la santé publique prévoyant qu'en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement d'un MITM ou d'un vaccin, le directeur général de l'ANSM peut, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, prendre toutes les mesures de police sanitaire nécessaires pour garantir un approvisionnement approprié et continu par les titulaires et exploitants d'une AMM.

Il ajoute, par ailleurs, à l'article L. 5423-9 du code de la santé publique relatif aux pouvoirs de sanction financière de l'ANSM, le fait, pour le titulaire ou l'exploitant de l'AMM d'un MITM ou d'un vaccin, de ne pas mettre en œuvre les mesures de police sanitaire prises par le directeur général de l'ANSM parmi les manquements pouvant justifier l'application d'une telle sanction.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

• Consciente de la complexité et de la gravité des phénomènes de rupture de médicaments constatés ces dernières années, la commission juge **indispensable de donner au Gouvernement et à l'ANSM les moyens d'agir en situation de rupture ou de risque de rupture.**

Elle souligne, à cet égard, que la récente commission d'enquête sénatoriale relative aux pénuries de médicament, relevant que l'équipe de l'ANSM affectée à la lutte contre les ruptures ne comptait que 7 équivalents temps plein, a conclu à l'inadéquation de ces moyens avec les missions confiées à l'Agence et à la nécessité de renforcer, en urgence, les moyens humains et matériels dont elle dispose pour contrôler le respect par les industriels de leurs obligations légales et réglementaires¹.

Soucieuse de donner, également, à l'ANSM les moyens juridiques d'agir, et de sécuriser les mesures prises par l'Agence dans son activité de lutte contre les ruptures, la commission a **favorablement accueilli les dispositions**, retenues par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité, **visant à consacrer dans la loi les pouvoirs de police sanitaire de l'Agence.**

La commission a également soutenu les dispositions soumettant les industriels à des sanctions financières dans le cas où ils ne respecteraient pas les mesures de police sanitaire prises et n'assureraient pas leur obligation d'approvisionnement approprié et continu. Elle souhaite que ces nouvelles sanctions soient rapidement intégrées aux lignes directrices récemment publiées par l'ANSM et puissent être effectivement appliquées en cas de manquement constaté.

• La commission a, toutefois, **jugé les trois nouveaux leviers d'épargne de médicaments** portés par le présent article **inégalement opportuns.**

¹ Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., recommandation n° 24.

Considérant le développement de l'usage des Trod ces dernières années, elle a jugé **crédible la mesure conférant au Gouvernement la faculté de rendre obligatoire l'utilisation des ordonnances conditionnelles** pour un médicament en rupture. La Cnam, en effet, fait état d'une multiplication par 6,5 du nombre de Trod réalisés entre 2021 et 2022¹. Par ailleurs, la réalisation de Trod apparaît désormais dûment valorisée dans la convention pharmaceutique².

La commission a également jugé **souhaitable de permettre au Gouvernement de limiter ou d'interdire, dans certains cas, la prescription de certains médicaments en rupture par téléconsultation**. Elle s'est montrée favorable à ce que, dans de telles situations, la prescription de certains antibiotiques doive être justifiée par un examen clinique. Elle a toutefois souhaité que cette mesure ne puisse s'appliquer qu'à des médicaments pour lesquels elle apparaît médicalement justifiée. À cet égard, les exceptions prévues par le Gouvernement dans l'étude d'impact lui sont apparues indispensables. En particulier, une telle mesure ne se justifierait :

- ni pour les prophylaxies antibiotiques qui, prescrites en prévention, ne nécessitent pas d'examen clinique ;

- ni pour les antibiotiques pouvant être prescrits après réalisation d'un Trod par le pharmacien, pour lesquels un recours aux ordonnances conditionnelles, y compris en téléconsultation, devrait être privilégié.

En revanche, la commission s'est interrogée sur le troisième levier proposé, permettant au Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de spécialités en rupture. Elle a observé, d'abord, qu'une telle mesure n'aurait que peu d'effet sur la disponibilité des médicaments concernés. La dispensation à l'unité n'apparaît, en effet, utile :

- **ni en cas de traitement chronique**, pour lesquels la dispensation sera récurrente quel que soit le nombre de médicaments délivrés ;

- **ni pour les formes galéniques concentrant le plus grand nombre de ruptures**, soit les formes pédiatriques et injectables.

Au demeurant, et compte tenu des fortes contraintes qu'une telle mesure imposerait aux pharmaciens d'officine, la commission a jugé surprenant que l'étude d'impact souligne qu'« il n'est pas attendu que l'acte associé avec la dispensation à l'unité engendre de coût supplémentaire », du fait du plafond applicable et de l'atteinte de ce dernier par les seules dispensations à l'unité obligatoires des stupéfiants.

¹ Cnam, Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2024, p. 208.

² Voir, à ce sujet, le commentaire de l'article 25 du présent PLFSS.

La commission souligne que les pharmaciens sont, d'ores et déjà, pleinement impliqués dans la lutte contre les pénuries de médicaments et y consacrent en moyenne, d'après la commission d'enquête sénatoriale, une heure par jour¹. L'obligation de dispensation à l'unité de certains médicaments s'avérerait nécessairement chronophage pour les pharmacies d'officine et devrait, en conséquence, être dûment rémunérée dans des conditions définies par les partenaires conventionnels.

Compte tenu de l'ensemble de ces doutes, la commission a adopté un **amendement n° 292** de sa rapporteure supprimant du présent article la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de médicaments en rupture.

- Enfin, la commission a jugé souhaitable que les leviers d'épargne puissent être utilisés par le Gouvernement en amont de l'apparition de ruptures d'approvisionnement, afin de prévenir leur apparition.

Elle souligne que la commission d'enquête sénatoriale précitée a regretté « une anticipation insuffisante » des ruptures et recommandé d'agir le plus en amont possible lorsque l'existence d'un risque est connue².

À l'initiative de sa rapporteure, la commission a, en conséquence, adopté un **amendement n° 293** permettant au ministre de la santé d'avoir recours à ces mesures lorsqu'un risque de rupture a été déclaré par l'exploitant ou détecté par l'ANSM.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ *Rapport n° 828 (2022-2023) « Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède », op. cit., p. 60.*

² *Ibid., pp. 123 et suivantes.*

Article 34

**Faciliter l'inscription à la nomenclature d'un acte associé
à l'utilisation d'un dispositif médical à usage collectif**

Cet article propose de permettre aux exploitants de dispositifs médicaux à usage collectif de demander à la Haute Autorité de santé (HAS) de s'autosaisir sur l'inscription d'un acte ou d'une prestation à la nomenclature. Il vise également à accélérer les décisions de prise en charge en supprimant des délais supplémentaires accordés à la HAS ou au Haut Conseil des nomenclatures au cours de ces procédures.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Le droit en vigueur : une inscription d'un acte associé à un dispositif médical décorrélée du remboursement du dispositif médical

Pour qu'un dispositif médical puisse être pris en charge par l'assurance maladie, il doit être inscrit à la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévues à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Cette inscription ne vaut pas prise en charge des actes et prestations associés à ce dispositif médical, qui doivent bénéficier d'une inscription à la classification commune des actes médicaux (CCAM), à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)¹ ou à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) selon la procédure de droit commun prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (voir encadré ci-après).

Toutefois, dans l'attente d'un remboursement pérenne, le dispositif médical peut également être inscrit à la prise en charge transitoire (PECT) prévu à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale. Depuis la LFSS pour 2023², lorsque l'utilisation d'un dispositif médical inscrit à la PECT nécessite un acte, **ce dernier peut faire l'objet, par dérogation, d'une inscription transitoire à la nomenclature (CCAM, NABM, NGAP) par arrêté, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS), des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.** Lorsque le dispositif médical est reconnu sur la LPPR, cette prise en charge transitoire de l'acte est prolongée le temps de son inscription à la nomenclature dans les conditions de droit commun prévues à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

¹ Laquelle regroupe les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

² Article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

Procédure d'inscription d'un acte aux nomenclatures (article L. 162-1-7 du CSS)

1. La demande d'inscription est adressée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) ou par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour avis à la HAS. La demande peut aussi émaner de conseils nationaux professionnels ou d'associations d'usagers agréées.

2. L'évaluation médicale de l'acte est effectuée par la HAS. Elle porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu de l'acte ou de la prestation qui lui est soumis ainsi que, le cas échéant, sur les actes existants dont l'évaluation pourrait être modifiée en conséquence. À la demande du collège, l'avis de la HAS peut être préparé par une commission spécialisée au sein de la HAS : la **commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMST)**. Cet avis est transmis à l'Uncam dans un délai de six mois suivant le dépôt de la demande, renouvelable une fois pour les évaluations complexes.

3. L'évaluation scientifique et technique est de la compétence du Haut Conseil des nomenclatures (HCN) qui est chargé de proposer une méthodologie de description et de hiérarchisation des actes et prestations, ainsi que d'étudier à cette fin ceux qui lui sont soumis. Le HCN établit son rapport en tenant compte des enjeux de pertinence médicale. Ce rapport est ensuite remis, dans un délai de six mois, renouvelable une fois pour les évaluations complexes, à l'Uncam, après avis simple de la commission professionnelle compétente pour la profession de médecin. Il remet chaque année un rapport annuel d'activité après consultation de l'ensemble des acteurs impliqués dans la hiérarchisation.

En outre, le HCN peut inscrire un acte innovant à la nomenclature pour une période provisoire de trois ans, renouvelable une fois.

4. La tarification relève de la compétence de l'Uncam en fonction de la hiérarchisation.

5. Consultation. L'Uncam sollicite l'avis de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) et, le cas échéant, de la HAS lorsque la décision porte sur l'évaluation du service attendu ou du service rendu d'un acte ou d'une prestation.

6. Inscription. Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Uncam. Les décisions d'inscription de l'Uncam sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai de 21 jours.

B. Le dispositif proposé

1. La procédure d'inscription des actes associés à un dispositif médical

La procédure de demande d'inscription d'un acte aux nomenclatures peut être engagée à l'initiative du ministre chargé de la santé, de l'Uncam ou bien du conseil national professionnel (CNP) concerné par l'acte ou d'une association d'usagers. Lorsque les demandes de saisine émanent d'un CNP ou d'usagers, le dossier n'est pas directement intégré au programme de travail de la Haute Autorité mais fait l'objet d'une sélection (voir encadré ci-après). La HAS précise que le nombre de demandes via des associations d'usagers sont rares : une demande par an tout au plus. Plus prolifique, le canal des CNP reste néanmoins variable selon les années. Au cours des six ans passés, la HAS relève entre huit et vingt-deux demandes déposées par an découlant sur trois à huit demandes acceptées par an – soit un taux d'acceptation variant de 31 à 57 %.

Procédure de sélection des demandes d'inscription par la HAS

Pour les demandes émanant des CNP ou des associations d'usagers, une procédure spécifique a été mise en place en 2017 et actualisée en 2022. Le service de l'évaluation des actes professionnels (SEAP) de la HAS reçoit la demande *via* la plateforme *EvActe*, identifie l'objectif de l'évaluation à mener et analyse les besoins à couvrir par l'acte à évaluer et la faisabilité de l'évaluation à mener. Un groupe de priorisation s'attelle par la suite à proposer au collège de la HAS les demandes prioritaires. Le collège décide ensuite des dossiers à inscrire au programme de travail de la Haute Autorité.

Les demandes portant sur un acte associé à un dispositif médical inscriptible à la LPPR font l'objet d'une autre procédure et sont évalués conjointement avec le dispositif médical. Saisie d'une demande d'inscription d'un dispositif médical, la CNEDiMTS peut s'autosaisir sur l'acte associé lorsqu'aucun acte ne correspond à l'utilisation du dispositif médical.

En revanche, pour les actes non associés à des dispositifs médicaux inscriptibles à la LPPR, la HAS souligne que « *par définition, nous n'avons pour le moment que peu de dossiers qui ont trait à des industriels* ». **Depuis 2017, 115 évaluations de demandes ont effectivement été réalisées dont seulement 7 (soit 6 %) sont des dossiers déposés par des industriels** ou déposés par d'autres acteurs en relais d'une demande industrielle. Il s'agit pour l'instant d'évaluations à la suite d'un forfait innovation, d'évaluations de tests compagnons, d'actes diagnostiques avec dépôt par le CNP ou institution en relais d'une demande industrielle. Il n'y a pas encore eu d'évaluation d'acte thérapeutique ayant trait à une demande d'industriel.

Source : Procédure et réponses de la HAS au questionnaire de la rapporteure

• Le présent article – au 3° – modifie l’article L. 162-1-7 précité afin de **permettre aux exploitants de dispositifs médicaux ou de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* de demander à la HAS de s’autosaisir sur l’inscription d’un acte ou d’une prestation aux nomenclatures** lorsque le dispositif médical est à usage collectif et qu’il est associé soit à l’action thérapeutique soit à l’action diagnostique de l’acte à évaluer.

Selon l’étude d’impact, il s’agit ainsi de permettre aux industriels « *d’accéder directement au formulaire de demande d’évaluation d’acte professionnel actuellement utilisé par les CNP, via la plateforme EVActe de la HAS* ». Cette demande des industriels devra toutefois « *spécifiquement contenir un courrier de soutien du CNP directement concerné par l’acte à évaluer* »¹. Le CEPS note également que « *le système actuel avec l’impossibilité pour les exploitants de faire une demande de création d’acte alors que leur produit en nécessite un ren[d] plus longue et plus opaque l’inscription des nouveaux produits* ».

2. La suppression des délais supplémentaires lors du processus d’évaluation

L’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale permet une prise en charge provisoire des actes innovants, c’est-à-dire des actes ayant bénéficié d’une amélioration de service attendu (ASA) de niveau I à III, soit une amélioration considérée comme majeure, importante ou modérée.

• Le 1° du présent article propose de supprimer le critère tenant au caractère innovant des actes pour leur inscription sur la liste provisoire par le HCN. **Il étend donc la prise en charge provisoire aux actes ayant bénéficié d’une ASA IV (amélioration mineure) et V (absence d’amélioration)**. En outre, il supprime la période renouvelée de trois ans pouvant être accordée à une inscription sur la liste provisoire.

• Le 2° vise à **supprimer le délai supplémentaire de six mois** accordé, lorsque les évaluations sont complexes :

- au collège de la HAS pour la remise à l’Uncam de l’avis relatif à l’inscription de l’acte ;

- au HCN pour la remise à l’Uncam du rapport relatif à la description et à la hiérarchisation de l’acte ou de la prestation concerné.

Cette suppression vise à réduire le délai s’écoulant de la saisine de la HAS jusqu’à l’entrée en vigueur de la décision d’inscription, lequel, selon l’étude d’impact, peut atteindre un an et demi².

¹ Annexe 9 au PLFSS, p. 331.

² Idem.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Inséré au texte, un amendement de la rapporteure générale Stéphanie Rist revient sur la suppression du délai renouvelable de trois ans pour l'inscription à la liste provisoire d'un acte. En lieu et place, il est proposé de **maintenir une possibilité de renouvellement de 18 mois**. Selon l'objet de l'amendement, *« cette possibilité est en effet parfois nécessaire pour disposer de données complémentaires »*.

Un second amendement retenu de la rapporteure générale propose une clarification d'ordre rédactionnel.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La rapporteure accueille favorablement les dispositions du présent article proposant d'introduire une procédure de demande d'inscription d'un acte à la main des exploitants de dispositifs médicaux. Cette procédure permettra une meilleure lisibilité de la procédure.

En outre, la rapporteure partage l'intention du Gouvernement d'accélérer les délais d'inscription d'un acte aux nomenclatures. La HAS n'est cependant pas favorable à la suppression du délai supplémentaire accordé lorsque l'évaluation de l'acte est complexe. Le formulaire de demande d'inscription de l'acte, déposé auprès de la HAS, s'avère souvent incomplet. Dès lors, la Haute Autorité note que *« l'évaluation des actes requiert ainsi systématiquement une étape de cadrage de la demande [...], dans un format correspondant aux standards internationaux et européens, puis une analyse critique exhaustive de la littérature pouvant nécessiter la réalisation de méta-analyse, ou d'analyse spécifique de données, la constitution d'un groupe d'experts (professionnels de santé et patients) pour l'ensemble des spécialités concernées et sans conflit d'intérêt, la consultation systématique des parties prenantes (CNP, association de patients) correspondant à une phase contradictoire intégrée dans la procédure, avant l'étape de validation »*. Toujours selon la HAS, cette méthode générale, conforme aux exigences les plus élevées, ne peut être respectée en tenant un délai de six mois.

La rapporteure partage le sentiment selon lequel la suppression du délai supplémentaire pourrait s'avérer contre-productif en incitant la Haute Autorité à rejeter davantage de dossiers faute de temps pour réunir les données nécessaires à l'expertise. C'est pourquoi, la commission a adopté un **amendement n° 295** de sa rapporteure afin de maintenir ce délai complémentaire de six mois.

S'agissant de l'inscription à la liste provisoire des actes professionnels, la rapporteure souscrit à l'extension de cette prise en charge temporaire aux actes bénéficiant d'une ASA moindre. Comme le note la HAS, « *pour ces derniers, le remboursement provisoire permettrait d'encourager le recueil de données complémentaires. Ces données pourraient ensuite alimenter une réévaluation par la HAS à l'issue de la période de remboursement provisoire et ainsi éclairer la Cnam sur la pertinence de rembourser de manière pérenne ou de ne plus rembourser l'acte considéré* ».

En revanche, la rapporteure n'est pas favorable à la suppression, prévue dans le texte initial, du renouvellement du délai de trois ans pour l'inscription provisoire d'un acte. Si la rapporteure prend acte de l'amendement de Stéphanie Rist, retenu dans le texte transmis au Sénat, conservant une possibilité de renouveler la période d'inscription provisoire pour un délai de 18 mois, elle estime toutefois que la période totale qui en résulterait - quatre ans et demi - demeurerait insuffisante pour le recueil des données nécessaires à la réévaluation de l'acte à inscrire. Interrogée sur ce point, la HAS a mentionné l'importance de disposer d'un délai de six ans pour collecter les données pertinentes, notamment en vie réelle. La rapporteure a donc proposé un **amendement n° 294**, adopté par la commission, permettant de **maintenir le renouvellement possible pour une période de trois ans de la prise en charge provisoire**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 34 bis (nouveau)

**Recueil des données d'efficacité visant à évaluer la performance
des médicaments de thérapie innovante (MTI)**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à clarifier les modalités de recueil des données en vie réelle nécessaires au financement des médicaments de thérapie innovante et à permettre la mobilisation de bases de données publiques.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Le modèle de financement des médicaments de thérapie innovante mis en place par la LFSS pour 2023

• **Quatre types de médicaments de thérapie innovante (MTI)** sont distingués en droit européen : les médicaments de thérapie génique, les médicaments de thérapie cellulaire somatique, les produits issus de l'ingénierie tissulaire et les MTI combinés, appartenant à l'un des trois types précédents mais incorporant un ou plusieurs dispositifs médicaux¹.

Onéreux, les MTI sont, pour l'essentiel, dispensés à l'hôpital et pris en charge en dehors des groupes homogènes de séjour (GHS) de la tarification à l'activité, par leur inscription sur la liste en sus².

• Afin d'alléger les contraintes pesant sur la trésorerie des hôpitaux et pour maîtriser le risque financier attaché au financement de ces médicaments, la LFSS pour 2023³ a mis en place des **modalités de financement dérogatoires des MTI** permettant de faire porter une partie des flux financiers directement par l'assurance maladie et de subordonner le paiement aux résultats obtenus en vie réelle.

Désormais, le code de la sécurité sociale⁴ prévoit que, lorsque le prix demandé par un exploitant pour un MTI inscrit sur la liste en sus est supérieur à un seuil défini par arrêté, le coût du traitement est déterminé par convention ou, à défaut, par décision du Comité économique des produits de santé (CEPS).

¹ Règlement (CE) n° 1394/2007 du Parlement européen et du Conseil du 13 novembre 2007 concernant les médicaments de thérapie innovante et modifiant la directive 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004.

² Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

³ Article 54 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

⁴ Article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

Un arrêté fixe, par ailleurs, un « *forfait de thérapie innovante* » correspondant au montant maximal que les hôpitaux peuvent décaisser pour l'acquisition d'un MTI. Lorsque le coût défini conventionnellement ou par décision du CEPS est supérieur à ce forfait, son règlement est réalisé directement par l'assurance maladie, en un ou plusieurs virements annuels.

• Les **modalités de ce paiement échelonné**, soit le nombre, les montants, les conditions et les échéances des versements réalisés par l'assurance maladie, sont fixées par la convention conclue avec le CEPS ou par la décision de celui-ci. Les paiements doivent tenir compte des données d'efficacité en vie réelle du médicament concerné et sont interrompus en cas d'échec du traitement.

Le code de la sécurité sociale¹ prévoit que **l'exploitant assure à sa charge le recueil des données** permettant d'évaluer l'efficacité en vie réelle du traitement et qu'à cette fin, **les prescripteurs lui transmettent les données de suivi des patients traités**.

B. L'article 34 bis vise à préciser les modalités de recueil des données en vie réelle

L'article 34 bis, issu d'un amendement du Gouvernement retenu dans le texte sur lequel ce dernier a engagé sa responsabilité, vise à clarifier les modalités de recueil des données en vie réelle fondant le nouveau système de financement des MTI et à permettre, notamment, l'utilisation de bases de données publiques par les exploitants.

Pour ce faire, il modifie l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale pour prévoir :

- l'intervention d'un décret précisant les modalités de recueil, par les prescripteurs, des données de suivi des patients traités ;

- la transmission de ces données, dans des conditions assurant le respect du secret médical, au CEPS et à l'entreprise assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèle du médicament ;

- que l'entreprise participe en tout ou partie au financement du recueil des données.

D'après le Gouvernement, les dispositions actuelles peuvent « *empêcher la mobilisation de bases de données publiques existantes, et induire une difficulté de transmission des données d'intérêt aux administrations concernées, dont le CEPS et l'assurance maladie* »².

Au contraire, les présentes dispositions devraient permettre la fixation par décret des modalités de recueil des données, qui pourront autoriser ou imposer l'utilisation d'outils existants, et prévoient explicitement la transmission de ces données au CEPS.

¹ Ibid.

² Exposé sommaire de l'amendement n° 3086 au PLFSS 2024, retenu dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité.

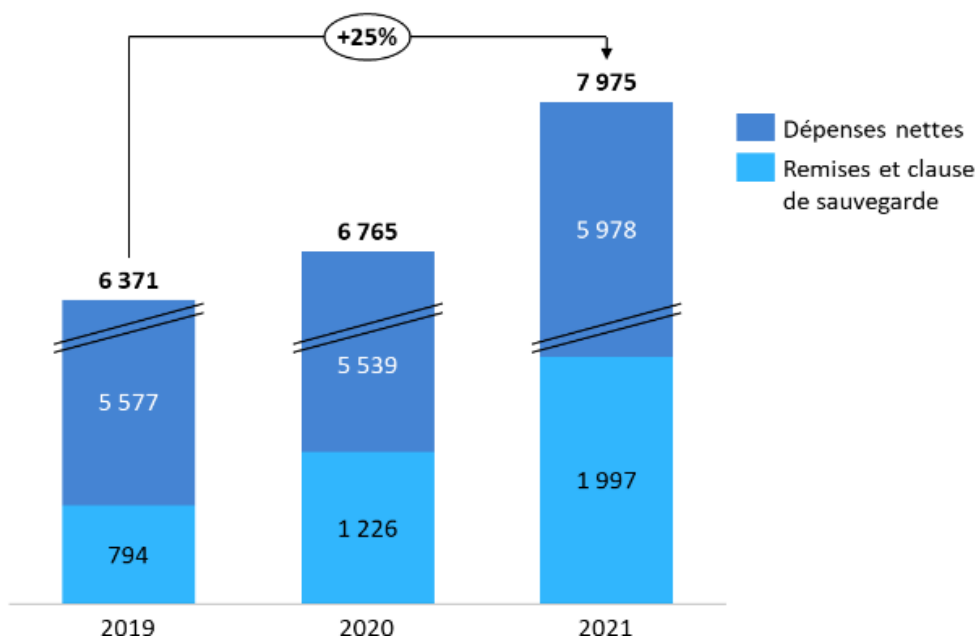
II - La position de la commission

• La commission avait soutenu, lors de l'examen du PLFSS pour 2023, la mise en place de ce nouveau dispositif de financement des MTI, jugeant que celui-ci devrait permettre de maîtriser le risque financier attaché à ces innovations¹.

Elle demeure convaincue, un an plus tard, qu'un **financement fondé sur l'efficacité mesurée des traitements en vie réelle est d'autant plus indispensable que les innovations thérapeutiques apparaissent de plus en plus coûteuses**. La croissance rapide des dépenses brutes associées à la liste en sus, avant application des remises conventionnelles comme de la clause de sauvegarde, en fournit une illustration éclairante.

Évolution des dépenses brutes de produits de santé de la liste en sus

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données CCSS

• En conséquence, la commission a favorablement accueilli les dispositions du présent article, qui devraient permettre de **faciliter l'utilisation de bases de données existantes** dans le recueil des données nécessaires à l'évaluation des médicaments. Elle a également jugé nécessaire que ces données soient accessibles au CEPS comme à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et aux administrations concernées.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Rapport n° 99, tome II (2022-2023) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, Pascale Gruny, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno et Philippe Mouiller, déposé le 2 novembre 2022.

Article 35

**Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires
aux produits de santé**

Cet article propose diverses adaptations aux dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel.

Il vise à créer un régime dérogatoire de prise en charge pour des médicaments dont la prise en charge au titre de l'accès précoce a pris fin à la suite de l'attribution, par la HAS, d'une amélioration de service médical rendu V (ASMR V) ou d'un service médical rendu (SMR) suffisant en l'attente de données supplémentaire. Il vise également à adapter les modalités de l'accès précoce aux vaccins, à garantir un approvisionnement adapté pour les produits bénéficiant de l'accès précoce et à mieux articuler les dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les modalités de prise en charge de droit commun pour les médicaments

1. L'autorisation de mise sur le marché, préalable à la commercialisation de tout médicament

Avant de pouvoir être administré aux patients dans une indication, y compris à titre gratuit, un médicament fait l'objet d'une **évaluation de son rapport bénéfices/risques** qui donne lieu, si elle est concluante, à une **autorisation de mise sur le marché (AMM)**. Sont notamment pris en compte, pour le décernement d'une AMM, **le degré d'efficacité du produit**, ses **effets indésirables prévisibles**, la qualité chimique du produit et celle des procédés de fabrication¹. **La demande d'AMM est à l'initiative de l'industriel exploitant.**

¹ En droit national, l'article L. 5121-9 du code de la santé publique dispose que l'AMM est refusée « lorsqu'il apparaît que l'évaluation des effets thérapeutiques positifs du médicament ou produit au regard des risques pour la santé du patient ou la santé publique liés à sa qualité, à sa sécurité ou à son efficacité n'est pas considérée comme favorable, ou qu'il n'a pas la composition qualitative et quantitative déclarée, ou que l'effet thérapeutique annoncé fait défaut ou est insuffisamment démontré par le demandeur. Elle est également refusée lorsque la documentation et les renseignements fournis ne sont pas conformes au dossier qui doit être présenté à l'appui de la demande. »

Pour accéder au marché français, l'AMM peut être attribuée au niveau européen selon trois procédures, **par l'agence européenne du médicament** (EMA), en application d'un règlement européen¹, ou, à défaut, **par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé** (ANSM), en application de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique. L'ANSM peut également accorder une AMM à un médicament **autorisé dans un autre État** partie à l'accord sur l'espace économique européen (EEE) en l'absence de demande de l'industriel, si des raisons de santé publique le justifient².

L'autorisation de mise sur le marché est valable pour une **durée initiale de cinq ans**, puis **peut être renouvelée** pour cinq ans ou sans limitation de durée³. Elle devient toutefois caduque au bout de trois ans en l'absence de commercialisation effective, et **peut être retirée à tout moment** si le médicament est nocif, ne permet pas d'obtenir des résultats thérapeutiques, si le titulaire ne respecte pas ses obligations, si la spécialité n'a pas la composition déclarée et si le rapport entre les bénéfices et les risques devient défavorable⁴.

Le cas échéant, l'ANSM peut exiger du titulaire de l'AMM des études complémentaires concernant la sécurité, le risque ou l'efficacité du produit autorisé⁵. Le titulaire est également tenu d'informer l'ANSM et l'EMA sans délai en cas d'engagement d'une action tendant à suspendre ou arrêter la commercialisation d'un médicament bénéficiant d'une AMM ou à solliciter le retrait ou le non-renouvellement d'une AMM⁶.

2. Pour être pris en charge par la sécurité sociale, le produit doit également faire l'objet d'une procédure complémentaire

L'octroi d'une AMM pour une indication **n'implique pas immédiatement l'admission au remboursement**, qui fait l'objet d'une procédure spécifique.

¹ Règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments

² Article L. 5121-9-1 du code de la santé publique.

³ Article L. 5121-8 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5121-9 du même code.

⁵ Article L. 5121-8-1 dudit code.

⁶ Article L. 5121-9-4 du même code : cette obligation concerne l'ensemble des actions engagées dans l'Union européenne, et les actions fondées sur un motif pouvant justifier le retrait de l'AMM engagées dans les pays tiers.

Après avoir reçu une AMM, l'exploitant d'un médicament doit en effet **saisir la commission de transparence de la Haute Autorité de santé (HAS)** afin qu'elle procède à **l'évaluation scientifique et médico-économique**¹ des produits concernés, selon **deux principaux axes : l'amélioration du service médical rendu (ASMR) et le service médical rendu (SMR)**.

Le service médical rendu est **un indicateur composite prenant notamment en compte l'efficacité d'un produit, ses effets indésirables et la gravité de la pathologie** pour laquelle il est indiqué afin de déterminer si **une prise en charge par la solidarité nationale est justifiée**. Le niveau de SMR détermine **l'admissibilité au remboursement** et, le cas échéant, **le taux de remboursement** par la sécurité sociale pour un médicament remboursable. La HAS, par le biais de sa commission de transparence, fixe le niveau de SMR d'un produit de santé, qui peut être **majeur ou important, modéré ou faible mais justifiant cependant le remboursement**, ou **insuffisant** pour justifier une prise en charge par la collectivité².

L'amélioration du service médical rendu vise à évaluer le progrès thérapeutique apporté par un médicament, en comparaison aux traitements déjà disponibles. Il existe **cinq niveaux d'ASMR**, allant d'ASMR I (majeure) à ASMR V (inexistante). Le niveau d'ASMR, fixé par la commission de transparence de la HAS, influe sur la **détermination du prix du médicament**.

La procédure **varie ensuite entre les médicaments dispensés en officine et à l'hôpital**.

a) La fixation du prix et des modalités de prise en charge en ville

En ville, une fois le SMR et l'ASMR du produit déterminés, et – lorsque les conséquences budgétaires attendues et le niveau d'innovation la justifient – l'évaluation médico-économique d'efficacité rendue par la commission d'évaluation économique et de santé publique de la HAS réalisée, deux processus prennent place afin de **fixer le prix et le taux de remboursement applicables**.

Sur la base de la transmission par la HAS **du niveau d'ASMR** et, le cas échéant, de l'avis d'efficacité, mais aussi du prix des médicaments à même visée thérapeutique, des prix pratiqués à l'étranger et des volumes de vente attendus, **le prix du médicament est fixé par négociation entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et l'industriel, ou, à défaut, par décision du CEPS**.

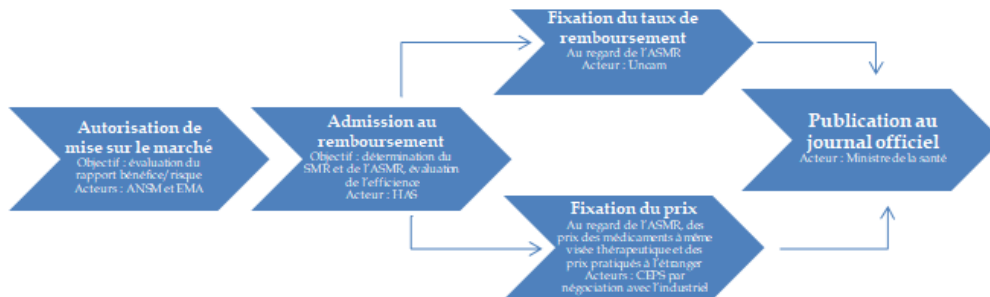
Sur la base du SMR évalué par la HAS, et si celui-ci est suffisant, l'union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam) **définit le taux de remboursement par la sécurité sociale : 65 % en cas de SMR important, 30 % en cas de SMR modéré et 15 % en cas de SMR faible**.

¹ 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 163-3 du code de la sécurité sociale.

Le ministre de la santé arrête l'inscription du médicament au remboursement, qui fait l'objet d'une publication au *Journal officiel*.

Circuit simplifié de commercialisation d'un médicament remboursable



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

b) À l'hôpital, trois listes coexistent, déterminant des conditions de prise en charge différenciées

Après détermination de son ASMR et de son SMR, un médicament doit, pour être dispensé à l'hôpital, être inscrit sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Un SMR insuffisant fait obstacle à l'inscription d'un médicament sur cette liste.

Pour les médicaments inscrits sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, la fixation du prix est libre, éventuellement dans la limite d'un tarif maximal¹. Les médicaments inscrits sur cette liste ne font, en principe, pas l'objet d'une prise en charge spécifique par la sécurité sociale : leur coût est réputé inclus dans le montant qui leur est attribué au titre des groupes homogènes de séjour.

Toutefois, les médicaments inscrits non seulement sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités mais aussi sur la liste en sus² ou la liste de rétrocession³ font l'objet d'une prise en charge de la sécurité sociale et voient leur prix de vente encadré. Celui-ci fait l'objet d'une déclaration au CEPS et d'une publication au *Journal officiel*.

La liste en sus

Les médicaments inscrits pour une indication sur la liste en sus, mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, bénéficient d'une prise en charge intégrale de la sécurité sociale en sus de la tarification à l'activité (T2A). Leur régime de prise en charge est donc favorable par rapport aux médicaments inscrits sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, dont le coût est réputé couvert par la T2A.

¹ Article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 5126-6 du code de la santé publique.

Pour être inscrit sur la liste en sus, une indication d'une spécialité pharmaceutique doit être **administrée principalement à l'hôpital, présenter un SMR majeur ou important et un ASMR I, II, III ou IV**. De plus, **son coût doit excéder 30 % du montant du forfait attribué pour le groupement homogène de séjour considéré**, et donc représenter un coût excessif pour l'hôpital hors prise en charge en sus des tarifs des GHS.

Ces médicaments sont généralement des **produits innovants mais onéreux**, que les établissements de santé ne pourraient **que difficilement se procurer sans prise en charge financière complémentaire**. De nombreux médicaments inscrits sur la liste en sus sont des traitements contre le cancer tels que les immunothérapies.

Les dépenses au titre des médicaments sur la liste en sus sont très dynamiques, avec un **taux de croissance annuel moyen de 13,7 %** entre 2016 et 2021 : elles dépassent désormais **6 milliards d'euros par an**.

B. L'accès précoce et l'accès compassionnel sont deux modalités dérogatoires de prise en charge de médicaments introduits en 2021 en remplacement de dispositifs préexistants

Compte tenu des délais engendrés par la procédure de droit commun - **497 jours s'écoulent, en moyenne, entre l'obtention de l'AMM et l'accès au marché¹** - et de l'intérêt thérapeutique de certains produits, des **procédures de prise en charge dérogatoires**, encadrées par la loi, sont prévues de longue date.

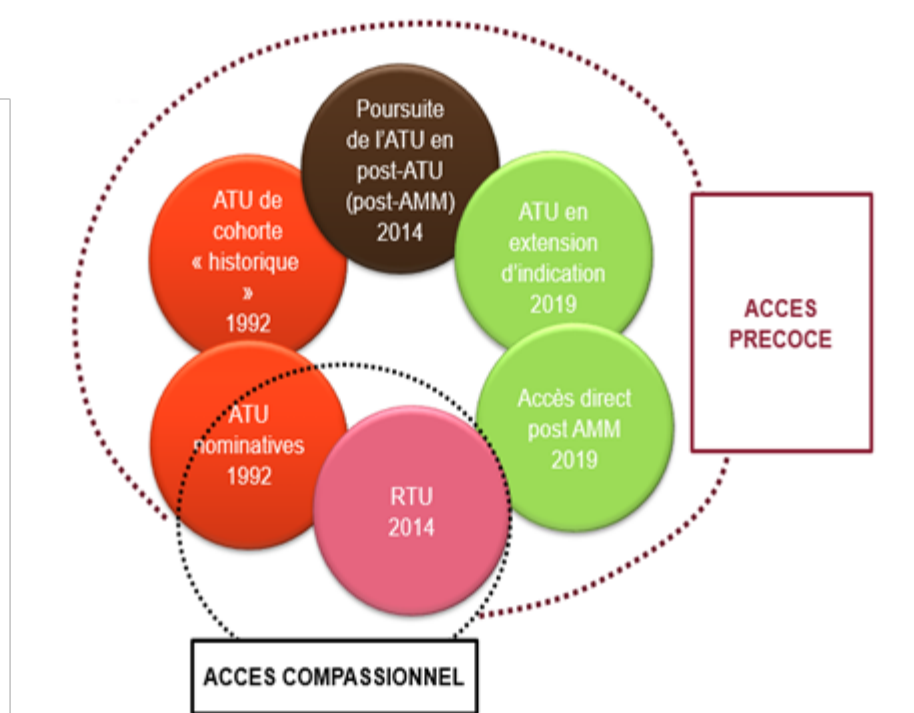
Les dérogations historiques en la matière, **l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU)**, créée en 1992, et la **recommandation temporaire d'utilisation (RTU)**, créée en 2014, ne donnaient plus satisfaction : du fait des **modifications incrémentales apportées aux dispositifs**, ces derniers étaient devenus à la fois **complexes, peu lisibles et, pour certains, redondants**.

En conséquence, le législateur a remplacé, en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021², **les six dispositifs d'accès préexistants par deux dispositifs nouveaux** permettant une **fourniture et une prise en charge dérogatoire de médicaments en établissements de santé**, dans un double objectif de **lisibilité pour les professionnels et de rapidité de prise en charge pour les patients**. Les deux dispositifs nouvellement créés, **l'accès précoce et l'accès compassionnel**, sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2021.

¹ Ces chiffres ont été obtenus entre 2017 et 2020.

² Article 78 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Articulation entre les dispositifs dérogatoires historiques et les nouveaux dispositifs d'accès précoce et compassionnel



Source : Ministère de la santé et de la prévention

1. L'accès précoce permet aux patients en impasse thérapeutique et atteints d'une maladie grave une prise en charge intégrale et anticipée pour des produits innovants ayant vocation à être commercialisés

a) *L'accès précoce permet aux patients en impasse thérapeutique et atteints d'une maladie grave de bénéficier par anticipation de certains produits encore non autorisés pour leur indication thérapeutique mais ayant vocation à l'être*

L'accès précoce, défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, est venu en **remplacement de l'ATU** pour offrir aux **patients atteints d'une maladie grave et en impasse thérapeutique un accès anticipé à des médicaments innovants**, susceptibles d'être indiqués pour leur pathologie mais **non encore autorisés à la mise sur le marché ou pris en charge**. Il est principalement placé sous la **responsabilité de la HAS**¹.

L'accès précoce trouve à s'appliquer sous diverses conditions, énumérées à l'article L. 5121-12 précité du code de la santé publique :

- des **critères d'accès cumulatifs** liés à l'amélioration **attendue du médicament sur la santé des patients** :

- il n'existe **pas de traitement approprié à la pathologie** ;
- la **mise en œuvre du traitement ne peut être différée** ;

¹ III de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

- il existe une **forte présomption d'efficacité et de sécurité** du médicament ;
 - le médicament est **présumé innovant** ;
 - le médicament est **indiqué dans une maladie grave, rare ou invalidante** ;
- des **conditions alternatives** liées à la **situation du médicament au regard du parcours de prise en charge de droit commun** :
- le médicament **ne dispose pas d'une AMM** pour l'indication concernée, mais l'industriel a **déposé ou s'engage à déposer une demande d'AMM** dans un délai fixé par la HAS et plafonné à 2 ans¹ ;
 - le médicament **dispose d'une AMM** pour l'indication concernée mais **n'est pas inscrit sur les listes de remboursement**, mais l'industriel a **déposé ou s'engage à déposer une demande d'inscription dans le mois** suivant l'AMM.

La HAS rend, dans les trois mois² suivant le dépôt du dossier par l'industriel, sa **décision sur l'autorisation de l'accès précoce**, valable pour **un an éventuellement renouvelable**³. Lorsque le médicament ne bénéficie pas d'une AMM pour l'indication concernée, la décision est prise par la HAS **après avis conforme de l'ANSM** concernant la présomption d'efficacité et de sécurité du médicament⁴.

L'exploitant d'un produit bénéficiant d'un accès précoce pour une indication s'engage à assurer la continuité des traitements initiés pendant la durée et dans l'année suivant la période de prise en charge précoce.

L'autorisation d'accès précoce prend fin :

- **automatiquement dès lors que le médicament est inscrit, pour l'indication considérée, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, la liste des médicaments remboursables en ville ou la liste de rétrocession** ;

- sur arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale **lorsque les conditions d'admission ne sont plus remplies**, après **suspension ou retrait de l'autorisation décidé par la HAS**, le cas échéant sur demande de l'ANSM, notamment en cas d'urgence, si la condition concernée est la présomption forte d'efficacité et de sécurité du médicament ou en cas de non-octroi de l'AMM.

¹ Article D. 5121-69-3 du code de la santé publique.

² Ce délai peut être fixé à quatre mois en cas de forte demande. Passé ce délai, le silence de la HAS vaut autorisation d'accès précoce.

³ Article D. 5121-69-3 du code de la santé publique.

⁴ III de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

À l'issue de la période d'accès précoce, **les spécialités ayant démontré leur efficacité pour une ou plusieurs indications données ont vocation à être prises en charge au titre de la liste en sus.**

b) Les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce sont pris en charge intégralement par la sécurité sociale selon des modalités dérogatoires

Le médicament bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce fait l'objet d'une **prise en charge intégrale, immédiate et automatique** par la sécurité sociale, à titre dérogatoire¹, **en sus des tarifs hospitaliers**². Le long de la période d'accès précoce, l'indemnité versée par la sécurité sociale en contrepartie de la fourniture du médicament est **fixée unilatéralement par l'industriel en cas de primo-indication, ou est fixée au niveau du prix prédéterminé ou du prix maximal de vente aux établissements de santé en cas d'extension d'indication.**

Il s'applique toutefois, sur le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé pour chaque indication, **un double système de remises** régi par l'article L. 152-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale :

- **une remise annuelle**, dont le **taux est croissant avec le chiffre d'affaires** facturé aux établissements de santé pour le médicament dans l'indication considérée, communiqué tous les 15 février par les industriels. Cette remise **peut être majorée**, notamment en cas de remise en cause de la présomption d'innovation, d'inscription au remboursement d'une alternative thérapeutique, ou de manquement aux obligations de dépôt de demandes d'AMM ou d'inscription au remboursement dans les délais impartis ;

- **une remise de débouclage** ayant lieu en fin d'accès précoce et visant à **faire correspondre rétroactivement le chiffre d'affaires réalisé par l'industriel sur l'indication considérée avec l'indemnité d'accès précoce, minoré par les remises annuelles**, avec celui qui aurait prévalu si la sécurité sociale avait payé, **lors de la période d'accès précoce, le prix inscrit au journal officiel**³. Ce versement peut avoir lieu sur deux années successives ou en une seule fois, auquel cas une décote peut s'appliquer dans la limite de 3 %.

Entre 2021 et 2023, **125 décisions, dont 98 favorables, ont été rendues par la HAS sur des premières demandes d'accès précoces**, bénéficiant au total à plus de 100 000 patients en impasse thérapeutique. Ces patients, **pour moitié en oncologie et cancérologie**, ont pu bénéficier d'une prise en charge en moyenne **293 jours avant l'inscription des médicaments dans les indications concernées en droit commun, soit plus de neuf mois.**

¹ Article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale.

³ En cas d'inscription au remboursement. En cas d'inscription sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, le CEPS fixe un prix de référence.

2. L'accès compassionnel vise à autoriser l'utilisation de médicaments ne bénéficiant pas d'une AMM pour une indication considérée et n'ayant pas vocation à être commercialisés pour cette indication

a) Les conditions d'éligibilité à l'accès compassionnel

L'accès compassionnel vise à permettre, exceptionnellement, d'utiliser un médicament dans une indication thérapeutique pour laquelle il ne dispose pas d'une AMM et n'a pas vocation à en recevoir une. Il cible donc des besoins médicaux auxquels peuvent répondre des médicaments pour lesquels un laboratoire n'a pas de stratégie commerciale. L'accès compassionnel est principalement géré par l'ANSM.

Pour bénéficier d'un accès compassionnel, un médicament doit¹ :

- répondre à une pathologie pour laquelle **il n'existe pas de traitement approprié** ;
- **ne pas faire l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales** ;
- bénéficier d'une **efficacité et d'une sécurité présumées** au regard des données cliniques disponibles.

On distingue, au sein de l'accès compassionnel, l'autorisation d'accès compassionnel, qui a succédé aux **ATU nominatives**, du **cadre de prescription compassionnelle**, qui a pris la suite des RTU.

b) L'autorisation d'accès compassionnel permet, sur demande d'un prescripteur, de faire bénéficier un patient en impasse thérapeutique nominativement désigné d'un médicament ne disposant d'aucune AMM

L'autorisation d'accès compassionnel (AAC) permet à un patient en impasse thérapeutique de bénéficier, en établissement de santé, d'un médicament ne disposant d'aucune AMM, quelle que soit l'indication thérapeutique. L'autorisation d'accès compassionnel est accordée pour une durée d'un an renouvelable, et, contrairement à l'autorisation d'accès précoce, sur demande d'un prescripteur - et non d'un laboratoire - et pour un patient nominativement désigné - et non pour une indication.

Par dérogation, l'ANSM peut accorder une autorisation d'accès compassionnel dite « pré-précoce » d'un médicament dans une indication qui fait l'objet d'une recherche clinique à un stade très précoce et pour laquelle l'exploitant **souhaite obtenir une AMM**, si l'entreprise s'engage à déposer une demande d'accès précoce. Cette autorisation d'accès vise à **couvrir la période préalable à l'octroi d'une autorisation d'accès précoce** : c'est pourquoi certaines conditions pour bénéficier d'un accès précoce s'appliquent pour l'octroi par l'ANSM d'une autorisation d'accès compassionnel pré-précoce. **Le patient doit alors être atteint d'une maladie rare, grave ou invalidante pour laquelle le traitement ne peut être différé.**

¹ Article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

Le refus d'octroi d'un accès précoce à une spécialité pour une indication donnée fait, en principe, obstacle à l'octroi par l'ANSM d'une autorisation d'accès compassionnelle.

c) Le cadre de prescription compassionnelle vise à sécuriser une pratique de prescription sans AMM sur une indication pour un médicament disposant déjà d'AMM dans d'autres indications

Le cadre de prescription compassionnelle (CPC), quant à lui, vise à sécuriser pour une durée de trois ans renouvelable une pratique de prescription sans AMM sur une indication pour un médicament disposant d'une AMM dans d'autres indications. Contrairement à l'autorisation d'accès compassionnel, **le cadre de prescription compassionnelle n'est pas nominatif**, mais concerne une indication. En outre, il n'est pas accordé à la demande d'un prescripteur, mais **à l'initiative de l'ANSM, des ministres de la santé ou de la sécurité sociale ou à la suite d'un signalement**. Enfin, il peut, dans certains cas **concerner des médicaments dispensés en ville**.

d) Le cadre de prise en charge de l'accès compassionnel

Un médicament bénéficiant d'une autorisation d'accès compassionnel ou d'un cadre de prescription compassionnelle fait l'objet d'une **prise en charge dérogatoire par la sécurité sociale**, aux termes de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale. **Cette prise en charge est immédiate et automatique**, que ce soit dans le cadre d'une AAC ou d'un CPC. Elle se fait, le cas échéant, **en sus des tarifs hospitaliers**¹.

Si la spécialité bénéficiant d'un accès compassionnel fait déjà l'objet d'une prise en charge en ville sur une autre indication, les conditions de prise en charge en accès compassionnel sont identiques à celles qui prévalent pour l'indication concernée. Il en va de même si la spécialité est inscrite sur les listes en sus et de rétrocession.

S'il existe un prix maximal de vente aux établissements de santé fixé pour les médicaments sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques, ce prix s'applique également.

Dans le cas contraire, la prise en charge se fait sur la base du prix facturé aux établissements de santé, déterminé librement par le laboratoire, ou d'une base forfaitaire annuelle par patient.

Comme pour l'accès précoce, **des remises annuelles sont versées par les industriels en fonction d'un barème croissant avec le chiffre d'affaires** hors taxes réalisé sur chaque indication. Ce système de remises n'est toutefois pas applicable si l'indication est prise en charge sur une base forfaitaire.

¹ Article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale.

B. Le dispositif proposé vise à adapter le cadre de l'accès précoce et de l'accès compassionnel pour répondre à quatre problématiques récurrentes

1. L'établissement d'une prise en charge dérogatoire pour les médicaments en fin d'accès précoce présentant un ASMR V ou un SMR suffisant en l'attente de données supplémentaires

À l'issue de la période d'accès précoce pour une indication, l'attribution par la HAS d'un **SMR modéré ou faible ou un ASMR V en l'attente de données supplémentaires fait obstacle** à l'inscription de la spécialité concernée sur la **liste en sus** : les médicaments concernés ne peuvent alors être inscrits que sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités pour l'indication considérée.

L'inscription de ces spécialités sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités constitue, pour les patients traités, un **risque de rupture de traitement compte tenu des tarifs des médicaments concernés**, souvent trop onéreux pour que les établissements puissent les prendre en charge en l'absence de financement complémentaire à la T2A.

Pourtant, **il est fréquent que la HAS modifie, à l'aune des données supplémentaires, le SMR ou l'ASMR accordé** : selon la réponse de la Haute autorité au questionnaire de la rapporteure, pour 2022, une telle réévaluation a eu lieu dans **58 % des cas**.

Afin d'éviter une perte de chances pour les patients concernés, le 2° du II de l'article 35 du PLFSS pour 2024 se propose de **créer un régime temporaire de prise en charge dérogatoire pour les médicaments en fin d'accès précoce et non-inscrits sur la liste en sus du fait de l'attribution par la HAS d'un ASMR V ou d'un SMR modéré ou faible en l'attente de données supplémentaires**.

Le régime de ces nouvelles modalités de prise en charge est défini dans un **nouvel article L. 162-16-5-1-2** du code de la sécurité sociale.

Le I et le II de cet article L. 162-16-5-1-2 nouveau précisent que les spécialités concernées par le régime de prise en charge temporaire sont celles :

- **réservées à un usage hospitalier** (1° du II) ;
- dont la **prise en charge au titre de l'accès précoce a pris fin suite à leur inscription sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités**, la liste des médicaments remboursables en officine ou la liste de rétrocession (I) ;
- ne bénéficiant pas **d'une inscription sur la liste en sus** (2° du II) ;

- ayant fait l'objet d'un avis de la commission de transparence reconnaissant à la spécialité dans l'indication concernée **un SMR ou un ASMR au-dessus d'un plafond fixé par décret**, et dont un **plan de développement de la spécialité** existant pourrait fournir des données supplémentaires susceptibles d'engendrer **une actualisation des niveaux de SMR et d'ASMR attribués** (3° du II).

Les conditions précitées sont **cumulatives**.

Le 1° du III de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale définit les **conditions de prise en charge au titre de l'accès temporaire et dérogatoire**. Celle-ci est calculée sur la base d'une **indemnité correspondant au prix ou tarif le plus bas dans d'autres États européens comparables¹ ou, à défaut, de l'indemnité d'accès précoce, auxquelles est appliquée une décote** tenant compte de l'avis de la commission de transparence. La décote est fixée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale déterminant les éléments à prendre en compte pour sa fixation, notamment le délai laissé à l'industriel pour présenter ses données supplémentaires.

Le IV et le VIII de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale rendent applicable au régime de la prise en charge temporaire et dérogatoire les **systèmes de remise annuelle (A du IV)** et de remise de débouclage prévus pour l'accès précoce (**A du IV et VIII**). Sans qu'ils ne puissent conduire les **versements à excéder une part minimale du chiffre d'affaires** réalisé sur la spécialité, les taux de remise peuvent, en outre, **faire l'objet de majorations reconductibles (B)** :

- à compter de la **deuxième année dans le dispositif** ;
- en cas de **dépassement du délai laissé à l'exploitant pour présenter à la commission de transparence des données supplémentaires** ;
- en **l'absence de signature d'une convention fixant le tarif de responsabilité**, appliqué pour la prise en charge en sus des tarifs hospitaliers, dans les 180 jours suivant la demande d'inscription sur la liste en sus.

Pour la détermination de la base sur laquelle s'appliquent les remises, les exploitants sont tenus de transmettre au CEPS, le 15 février de chaque année, le chiffre d'affaires réalisé sur chaque indication pour lesquelles une spécialité bénéficiaire de la prise en charge temporaire, et le nombre d'unités fournies, aux termes du 2° du III de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale.

Le V de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale précise que **la prise en charge temporaire est accordée, sur demande de l'entreprise** exploitant le médicament et pour chaque indication, par un arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

¹ Leur liste sera définie par décret.

Le VI de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale appliquent à **la prise en charge temporaire les obligations s'imposant aux exploitants bénéficiaires d'une autorisation d'accès précoce** concernant **la collecte de données** sur l'efficacité du traitement, ses effets indésirables, ses conditions réelles d'utilisation et les caractéristiques des patients traités.

Le VII de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale précise que la prise en charge temporaire dérogatoire prend fin :

- **au-delà** d'une durée fixée par décret qui ne peut dépasser **trois ans** (4°) ;

- à **l'inscription de la spécialité sur la liste en sus** (1°) ;

- lorsqu'un **nouvel avis de la commission de transparence ne permet pas de fixer le SMR et/ou l'ASMR à un niveau assez élevé pour permettre son inscription sur la liste en sus**, sur arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (2°) ;

- en cas de **retrait de l'AMM** (3°) ;

- en cas de **radiation de la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités** (3°) ;

- en cas **d'absence ou de retrait de la demande d'inscription à la liste en sus** (3°).

Le IX de l'article L. 162-16-5-1-2 nouveau du code de la sécurité sociale renvoie à un décret en Conseil d'État la **détermination de ses conditions d'application**.

Le c du 1° du II de l'article 35 du PLFSS pour 2024 précise qu'en cas de prise en charge temporaire et dérogatoire, **la remise de débouclage** prévue en fin d'accès précoce a lieu **à la fin de la période de prise en charge temporaire** et prend en compte **l'ensemble des périodes de prise en charge**, qu'elle soit au titre de l'accès compassionnel pré-précoce, de l'accès précoce ou de la prise en charge temporaire et dérogatoire. Il modifie, pour cela, l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux conditions de prise en charge de l'accès précoce, en rétablissant son V, devenu VI en application du b du 1° du II.

Les 3°, 4° et 5° du II de l'article 35 du PLFSS pour 2024 procèdent à des coordinations juridiques permettant aux articles renvoyant à l'accès précoce de renvoyer également à l'accès temporaire dérogatoire.

Le 3° applique à l'accès dérogatoire et temporaire la déclaration obligatoire de l'indication pour laquelle une AAP, une AAC ou un CPC est prescrit, mentionnée à l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale. Le 4° fixe le principe d'une **prise en charge en sus des tarifs hospitaliers au titre de l'accès temporaire**, en modifiant l'article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale. Le 5° dispose que les conventions conclues au titre des spécialités ayant bénéficié d'un accès temporaire et dérogatoire n'incluent que des remises portant sur les unités vendues à compter de la signature de la convention. Il modifie pour cela l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale.

L'étude d'impact estime à 39 millions d'euros l'impact financier de ces dispositions pour 2024.

2. L'adaptation de l'accès précoce aux cas particuliers des vaccins

Selon l'étude d'impact annexée par le Gouvernement, les **critères de l'accès précoce ne sont pas pleinement adaptés aux vaccins**, pour lesquels la HAS émet des **recommandations vaccinales aujourd'hui non prises en compte** dans l'attribution de l'accès précoce.

Le **a du 1° du I** de l'article 35 du PLFSS modifie l'article L. 5121-12 du CSP afin d'**intégrer les recommandations vaccinales émises par la HAS dans les conditions d'éligibilité à l'accès précoce pour les vaccins**.

L'étude d'impact estime à **14 millions d'euros par an l'impact financier de cette réforme**.

3. La garantie d'un approvisionnement adapté pour les médicaments en accès précoce

Alors que l'autorisation d'accès précoce est octroyée sur la base d'un dossier de demande comprenant notamment des prévisions de volumes de vente, **des limitations de production ont pu être constatées sur des médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce**.

En ce sens, le **b du 1° du I** de l'article 35 vise à **renforcer les obligations des industriels en matière d'approvisionnement de leurs produits bénéficiant d'un accès précoce**, en contrepartie de la prise en charge dérogatoire et anticipée desdits produits.

Il modifie l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, définissant le cadre de l'accès précoce, afin de préciser que **l'autorisation d'accès précoce est subordonnée au respect d'un engagement d'approvisionnement approprié et continu du marché national**, de manière à couvrir les besoins des patients en France.

Le manquement à cette obligation nouvellement créée **fait l'objet d'une sanction financière**, définie au a du 1° du II de l'article 35. Celui-ci modifie le B de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale régissant les cas de majoration des taux de remise annuels pour les médicaments bénéficiant de l'accès précoce, en ajoutant un nouveau motif de **majoration en cas de manquement à l'engagement d'approvisionnement**. Cette majoration de la remise ne peut avoir lieu qu'après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations.

4. La définition d'une meilleure articulation entre accès précoce et accès compassionnel

Le refus d'accorder une autorisation d'accès précoce à un médicament pour une indication fait aujourd'hui obstacle à l'octroi ultérieur d'une autorisation d'accès compassionnel pour cette même indication.

Toutefois, alors que des **médicaments doivent être présumés innovants pour pouvoir bénéficier d'une autorisation d'accès précoce**, cette **condition n'est pas requise pour bénéficier d'une autorisation d'accès compassionnel**. Cela conduit l'ANSM à **refuser des autorisations d'accès compassionnel** du fait d'un refus d'accès précoce **pris sur la seule base de l'absence de caractère innovant présumé d'un produit**, alors même que **cette condition n'est pas nécessaire dans l'absolu**.

Selon l'étude d'impact au PLFSS annexée par le Gouvernement, **deux spécialités se seraient vues refuser l'accès précoce au seul motif de l'absence de présomption de caractère innovant** depuis l'entrée en vigueur du dispositif au 1^{er} juillet 2021.

Afin de mieux articuler l'octroi des autorisations d'accès précoce et compassionnel, **le 2° du I de l'article 35** complète l'article L. 5121-12-1, qui définit l'accès compassionnel et ses conditions d'octroi, par un alinéa précisant que le **refus d'octroyer une autorisation d'accès précoce dans une indication sur le seul fondement de l'absence de caractère innovant présumé du médicament ne fait pas obstacle à l'octroi, par l'ANSM, d'une autorisation d'accès compassionnel pour la même indication**.

L'étude d'impact estime à **17,6 millions d'euros le coût de cette mesure pour 2024**, puis 20 millions d'euros pour les années suivantes.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité à l'Assemblée nationale, **dix-neuf amendements rédactionnels**.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

La commission a **souscrit à l'ensemble des dispositions portées par cet article**, qui lui semblent **contribuer utilement à résoudre certaines faiblesses des régimes juridiques de l'accès précoce et de l'accès compassionnel**.

En particulier, la commission **accueille favorablement la mise en place d'un régime de prise en charge temporaire** pour les spécialités n'ayant pas pu être inscrites sur la liste en sus du fait de l'attribution d'un ASMR V ou d'un SMR moyen ou faible dans l'attente de données supplémentaires. Compte tenu du **fort taux de réévaluations de l'ASMR et/ou du SMR par la HAS** une fois les données complémentaires disponibles, qui atteint 58 % en 2022, il semble en effet **profondément regrettable de mettre en danger la continuité du traitement administré aux patients faute de possibilités de prise en charge**.

La commission se montrera néanmoins **attentive au niveau des décotes fixées pour la prise en charge temporaire** : celles-ci doivent bien entendu être **plus basses lorsqu'elles s'appliquent sur un prix dans les pays comparables que lorsqu'elles amputent une indemnité d'accès précoce**.

La commission appelle le Gouvernement à **retenir une solution équilibrée pour les paramètres de calcul du niveau de l'indemnité de prise en charge temporaire** : s'il est certain que cette indemnité doit, en quelque sorte, **sanctionner les résultats insuffisants obtenus par le médicament lors de sa première évaluation** par la commission de transparence, il n'est pas moins évident **qu'une prise en charge insuffisante priverait le dispositif de toute attractivité**, ce qui nuirait, en dernier ressort, aux patients.

En ce sens, la commission a adopté un **amendement n° 297** retenant une **solution plus équilibrée pour la fixation de l'indemnité d'accès temporaire**, définie comme une fraction de l'indemnité d'accès précoce qui lui a été appliquée. Cet amendement supprime donc, pour le calcul de l'indemnité d'accès temporaire, la référence au prix européen le plus bas, qui aurait conduit à des tarifs trop peu compétitifs.

La commission a également adopté les **deux amendements rédactionnels n^{os} 296 et 298**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 36

Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures

Cet article propose une obligation de recherche de repreneurs par une entreprise cessant la commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur et, à défaut de reprise ou d'alternative, une possible concession de l'exploitation à un établissement pharmaceutique public.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés visant notamment à :

- *permettre une meilleure anticipation d'une éventuelle reprise par un établissement pharmaceutique public ;*
- *accompagner le renforcement du rôle de l'ANSM dans la supervision des plans de gestion des pénuries pour les médicaments à risque de rupture.*

I - Le dispositif proposé

A. Une obligation de recherche de repreneur en cas d'arrêt de commercialisation d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur

Dans le cadre des mesures de lutte contre les pénuries de médicaments, le Gouvernement propose à l'article 36 un dispositif visant à **prévenir, pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) aux brevets expirés, des arrêts de commercialisation sans prévoir de solution permettant, par la suite, de couvrir les besoins.**

Il modifie à cette fin l'article L. 5124-6 du code de la santé publique, qui prévoit les obligations déclaratives des entreprises pharmaceutiques dans le cas d'une suspension ou d'un arrêt de commercialisation d'un médicament. Il y est ainsi notamment prévu une **obligation d'information de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) au moins un an avant la date envisagée pour les MITM, au plus tard deux mois avant la suspension ou l'arrêt pour un autre médicament.**

Article L. 5111-4 du code de la santé publique

On entend par médicaments ou classes de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur les médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie.

Le dispositif s'inspire directement de la loi « Florange »¹ adoptée en 2014 et visant à **contraindre une entreprise de plus de 1 000 salariés souhaitant fermer un site industriel à chercher un repreneur.**

Le premier alinéa du nouveau II ajouté à l'article L. 5125-6 du CSP complète l'obligation d'information déjà prévue au même article dans le cas d'une décision de suspension ou d'arrêt de commercialisation d'un MITM ne faisant plus l'objet d'une protection au titre des droits de la propriété intellectuelle ou industrielle. L'entreprise exploitant le médicament serait alors tenue d'informer l'ANSM des **incidences prévisibles de cette suspension ou de cet arrêt sur la couverture des besoins de la population française.**

Le deuxième alinéa du même II prévoit l'obligation pour le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) de **rechercher un repreneur dans le cas d'une absence d'alternatives thérapeutiques disponibles permettant de couvrir les besoins de manière pérenne**². Cette situation, constatée par l'ANSM, est **notifiée au titulaire de l'autorisation.**

• **Le présent article prévoit ainsi une contrainte formulée comme une obligation de moyens et non de résultats.**

Trois modalités sont alors prévues par des 1° à 3° suivant cet alinéa en vue de rendre cette obligation effective :

- **l'information par le titulaire de l'autorisation** de mise sur le marché (AMM), aux entreprises susceptibles d'assurer la reprise, de son intention de concéder l'exploitation ou de transférer l'autorisation du médicament ;

- **la réponse motivée** du titulaire de l'autorisation à chaque offre reçue ;

- **la mise à disposition des entreprises candidates à la reprise**, par le titulaire et, le cas échéant et sur la demande de celui-ci, par l'exploitant, **de toutes les informations qui leur seraient nécessaires.** Cette obligation exclut les informations dont la communication pourrait porter atteinte aux intérêts de l'entreprise. En outre, une **obligation de confidentialité** est prévue pour les entreprises candidates.

Aux termes **du sixième alinéa du II**, le titulaire est **tenu d'informer l'ANSM dès qu'il envisage de retenir une offre de reprise et, hors de ce cas, au plus tard neuf mois après la notification de l'ANSM** ayant généré l'obligation de recherche. Dans le rapport qu'il adresse alors à l'agence, le titulaire doit **présenter les actions qu'il a engagées** pour rechercher un repreneur, les **offres reçues** et **justifier les réponses** qu'il y a apportées.

¹ Loi n° 2014-384 du 29 mars 2014 visant à reconquérir l'économie réelle.

² Ce cas couvre, comme l'explique l'étude d'impact, par exemple, « le cas où le médicament en question n'est pas la seule offre possible, mais qu'il y a déjà une forte tendance de diminution de l'offre ».

Enfin, le titulaire doit analyser dans son rapport la capacité d'approvisionnement de l'entreprise candidate.

B. Faute de repreneur et d'alternative disponible, une possible concession d'exploitation à un établissement pharmaceutique public

Le **dernier volet d'obligations** portant sur le titulaire de l'AMM est inscrit au **dernier alinéa du nouveau II** et intervient en cas d'absence de repreneur à la remise du rapport ou au terme du délai de neuf mois suivant la notification par l'ANSM.

• **Dans le cas où le besoin ne pourrait être couvert de manière pérenne et à la demande de l'ANSM, le titulaire de l'AMM serait tenu de concéder à titre gracieux l'exploitation et la fabrication du médicament pour le marché français.**

Cette concession, d'une **durée de deux ans reconductible**, ne peut être faite qu'à un **établissement pharmaceutique détenu par une personne publique**. **L'établissement pharmaceutique de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)**, l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps), est, selon la direction générale de la santé¹ « *historiquement, et encore à ce jour, la seule structure publique en capacité de reprendre, à la demande des pouvoirs publics, des productions abandonnées par les industriels* ».

L'établissement pharmaceutique de l'AP-HP dispose actuellement d'une ligne de production de formes injectables avec une remplisseuse automatique d'ampoules (jusqu'à 8 000 unités par lot), d'une ligne de production de gélules (jusqu'à 60 000 unités par lot) et d'une ligne de production de comprimés (jusqu'à 200 000 comprimés par lot) qui permettent d'assurer actuellement la production de la moitié de ses 40 références historiques.

L'autre moitié de la production a pu être maintenue grâce à une démarche de diversification des capacités de fabrication et d'exploitation de médicaments. Afin de sécuriser son activité, l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP a fait le choix de transférer en sous-traitance l'ensemble de ses activités de production et de contrôle qualité (il reste propriétaire de ses fabrications et responsable de leur libération et mise sur le marché). L'externalisation totale de ses fabrications est prévue pour mi-2024.

Source : Réponses de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris au questionnaire de la rapporteure

Pour assurer l'exploitation et la fabrication, l'établissement pharmaceutique public désigné se verrait transmettre par l'ANSM les informations contenues dans le dossier d'AMM.

Enfin, **la concession pourrait être cessée à l'initiative de l'ANSM si une entreprise mettait sur le marché français le même médicament ou un médicament similaire en capacité de couvrir de manière pérenne le besoin.**

¹ Réponses au questionnaire de la rapporteure.

• Le **B** de l'article prévoit la détermination, par décret en Conseil d'État, des **modalités d'application du nouveau II**.

C. Une obligation assortie de sanctions possibles

Le **C** prévoit le **régime de sanctions applicables** dans le cas où le titulaire d'une autorisation de mise sur le marché ou une entreprise exploitante ne mettrait pas en œuvre les obligations prévues au nouveau II.

Il modifie à cette fin **l'article L. 5124-18 du CSP qui prévoit les manquements soumis à sanction financière, laquelle, aux termes de l'article L. 5471-1, serait prononcée par l'ANSM à l'encontre de l'auteur du manquement**. La pénalité financière peut ainsi atteindre 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros.

Le **D** prévoit l'exclusion, pour cette sanction, de l'astreinte journalière prévue pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui n'est pas opérante sur ces dispositions.

Le **E** affecte à la Caisse nationale de l'assurance maladie **le produit de la sanction**, par dérogation à l'article L. 5312-4-1 du CSP.

D. Une possibilité de complément par l'ANSM de la liste des MITM faisant l'objet d'un plan de gestion des pénuries

L'article L. 5121-31 du code de la santé publique prévoit que **pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur**, « *les titulaires d'autorisation de mise sur le marché et les entreprises pharmaceutiques exploitant des médicaments élaborent et mettent en œuvre des plans de gestion des pénuries dont l'objet est, dans l'intérêt des patients, de prévenir et de pallier toute rupture de stock* ».

Aux termes du troisième alinéa de cet article, la liste des médicaments faisant l'objet d'un plan de gestion des pénuries est transmise à l'ANSM par les titulaires d'autorisation et les entreprises exploitantes.

Le **F** de l'article 36 propose de modifier ce troisième alinéa afin de prévoir que **l'agence pourrait compléter cette liste si un MITM n'y figure pas**. Cette inscription à l'initiative de l'ANSM serait faite **après une procédure contradictoire**.

Cette mesure s'appuie notamment sur une préconisation de la Cour des comptes¹, laquelle recommandait ainsi de « *préciser la définition des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), en donnant à l'ANSM la compétence d'y inclure des médicaments qui le justifieraient, bien que non proposés par les industriels (et inversement d'en exclure)* ».

¹ Rapport public annuel 2022.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel la Première ministre a engagé la responsabilité de son gouvernement en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, **vingt amendements** de la rapporteure générale Stéphanie Rist ont été retenus, **tous rédactionnels**.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Un mécanisme bienvenu dans un contexte de tensions récurrentes, qui devra cependant être précisé

1. Un dispositif soutenu par la commission

La commission accueille favorablement le dispositif proposé, en cela qu'il tente d'apporter une réponse supplémentaire dans la prévention des arrêts ou difficultés d'approvisionnement pour certains médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. En outre, la direction générale de la santé¹ a indiqué qu'« *une attention toute particulière sera portée sur la couverture des besoins en pédiatrie et sur les maladies rares* ».

Interrogée par la rapporteure², l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a indiqué que **426 arrêts de commercialisation, tous médicaments confondus, lui ont été déclarés en 2022**. Cependant, elle précise que **les MITM représentent 40 % de ce chiffre, quand seul l'arrêt de commercialisation de quelques spécialités est jugé potentiellement très problématique**.

Par ailleurs, la rapporteure note que l'ANSM voit son rôle renforcé dans les différentes réponses aux problématiques de pénuries. Elle constate que l'agence s'estime en outre en capacité, au moyen des outils dont elle dispose, d'évaluer effectivement la couverture des besoins des patients français en cas de déclaration, mais aussi compétente pour mettre à disposition les informations contenues dans le dossier d'AMM.

Enfin, sur un plan juridique, la rapporteure constate que le dispositif retenu semble se conformer aux limites énoncées par le Conseil constitutionnel dans sa décision de 2014³ sur la loi « Florange ». Le Conseil avait alors notamment **admis une obligation encadrée de mise à disposition d'informations** en veillant également à la protection de la liberté de propriété et de la liberté d'entreprendre, ainsi qu'à la proportionnalité des sanctions.

¹ Réponses au questionnaire adressé.

² Réponses au questionnaire adressé.

³ Décision n° 2014-692 DC du 27 mars 2014.

2. Une mission de l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP à préciser et valoriser

• **Concernant les possibilités de reprises** par un établissement pharmaceutique public, la rapporteure constate, derrière le pluriel utilisé, **qu'un seul établissement est aujourd'hui calibré** pour cette mission.

L'AP-HP a d'ailleurs souligné que son établissement pharmaceutique, héritier de la Pharmacie centrale des hôpitaux de Paris, est le seul établissement pharmaceutique hospitalier civil public et, en pratique **le seul opérateur public en capacité de remplir les missions de reprise d'AMM, quel que soit le cadre de la reprise.**

Cependant, il convient de souligner que l'État vient aujourd'hui confier une nouvelle mission à l'Ageps **après un virage stratégique important opéré depuis plusieurs années**, décrit encore récemment dans les travaux de la commission d'enquête sénatoriale sur les pénuries de médicaments¹. La commission d'enquête, qui appelait à « *arrêter le déclin de l'établissement pharmaceutique de l'Ageps* », préconisait, au regard des enjeux actuels, de « **restaurer la capacité de façonnage** » de l'établissement.

Comme l'a précisé l'AP-HP, la reprise par l'Ageps de médicaments délaissés par l'industrie est envisageable selon deux modalités : **soit reprendre en son nom l'exploitation des AMM concernées, avec une production en sous-traitance ; soit confier à un exploitant tiers le soin de fabriquer le produit.**

Au titre des modalités opérationnelles, l'AP-HP a souligné qu'il « *conviendrait de prévoir le financement des éventuelles productions non utilisées et de préciser le circuit de distribution de ces productions. Selon la nature et le volume des produits concernés, une distribution soit directement par l'EP de l'AP-HP, soit par Santé publique France, soit par un dépositaire* ».

Enfin, alors que le texte ne mentionne pas directement le seul établissement public en capacité d'assurer la mission donnée, l'AP-HP s'est interrogée sur « *l'élargissement de la possibilité de reprise d'exploitation d'AMM à l'ensemble "des établissements pharmaceutiques détenus par une personne morale de droit public"* », estimant « *nécessaire de regrouper les moyens autour de l'expertise existante, plutôt que de créer de nouvelles missions ou de nouveaux opérateurs et disperser ces moyens* » et considérant ainsi que les pharmacies des centres hospitaliers universitaires doivent se fédérer autour d'un réseau appuyé sur un acteur hospitalier unique.

Enfin, la rapporteure souligne que le financement de cette mission nouvelle donnée à l'établissement pharmaceutique de l'AP-HP devrait être assuré, vraisemblablement par des dotations liées aux missions d'intérêt général.

¹ Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède, *rapport de commission d'enquête*, n° 828 (2022-2023), tome I, déposé le 4 juillet 2023.

- La rapporteure s'interroge cependant sur les modalités de reprise effective et **la capacité d'organisation rapide des acteurs dans un temps contraint** dans le cas d'une absence de repreneur privé.

Sur ce point, la direction générale de la santé a indiqué que « *dès la notification d'arrêt de commercialisation par un industriel, une information coordonnée de l'ANSM auprès de la DGS, l'EP de l'AP-HP et la direction générale des entreprises (DGE) est à établir afin de prendre le cas échéant le relais de la production des médicaments en évitant les ruptures de traitements pour les patients* ».

La rapporteure souligne que **la mobilisation éventuelle d'un établissement public dans le cas d'une lacune de reprise par une entreprise peut intervenir de manière tardive**. En effet, l'article ne prévoit le cas de l'intervention de l'établissement pharmaceutique public qu'après la transmission du rapport requis de la part du titulaire ou de l'exploitant, lequel peut intervenir au bout de neuf mois, soit moins de trois mois avant l'arrêt de commercialisation.

Il paraît ainsi utile **d'informer au plus tôt les établissements pharmaceutiques publics susceptibles de reprendre la production** des décisions d'arrêts de commercialisation. Il s'agit ainsi de **permettre à ces derniers d'engager une phase prospective dans de bonnes conditions et ainsi anticiper au mieux leur éventuelle reprise par concession** de l'exploitation ou de la fabrication. C'est le sens de **l'amendement n° 299 adopté par la commission**.

- Au-delà de l'établissement pharmaceutique désigné, la rapporteure s'est interrogée sur le rôle de l'agence nationale de santé publique, **Santé publique France**, dans le cadre de ce dispositif.

En effet, si Santé publique France n'est pas un exploitant, l'agence peut, aux termes de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, à la demande du ministre chargé de la santé, procéder notamment à l'acquisition, **la fabrication, au transport et à la distribution et l'exportation de médicaments répondant à des besoins de santé publique, thérapeutiques ou diagnostiques, non couverts par ailleurs, qui font l'objet notamment d'une rupture ou d'une cessation de commercialisation**. Elle peut enfin être titulaire d'une licence d'office mentionnée à l'article L. 613-16 du code de la propriété intellectuelle. L'agence pourrait donc **être un appui**, sans que soit précisée effectivement sa mission.

L'action de l'agence semble limitée aux situations d'urgence. Cependant, comme l'avait souligné la commission d'enquête sénatoriale sur les pénuries de médicament, Santé publique France a su, durant la crise des curares, montrer sa **compétence en matière de gestion des stocks et circuits de distribution**.

B. Des réserves sur l'efficacité réelle du dispositif

Au-delà d'une intention de principe qui peut être soutenue, le dispositif comporte néanmoins différents aspects opérationnels qui devront être précisés.

1. Un dispositif décrit par les industriels comme complexe et cernant mal les contraintes internationales

Ainsi, en réponse aux questions adressées par la rapporteure, le Leem a signalé certaines limites du dispositif proposé, indiquant qu'une reprise d'exploitation d'un MITM n'est possible que sur certains types de médicaments potentiellement productibles par le public, interrogeant notamment la situation des médicaments biologiques.

En outre, le Leem identifiait une lacune quant aux protections réglementaires concernant la commercialisation de génériques ou de biosimilaires. En outre, le Leem souligne que « *la propriété des droits d'une AMM est très rarement française mais plutôt un actif de la société à l'échelle européenne voire très souvent internationale* » : la décision de sa cession n'est ainsi pas une décision française. Insistant encore sur les réalités internationales de la structuration du secteur pharmaceutique et le fait que le titulaire d'AMM soit « *très rarement un laboratoire français* », le Leem a également soulevé auprès de la rapporteure **la question des relations entre l'exploitant et le titulaire, mettant en avant des nécessités contractuelles et une possible complexité des procédures**. À ce titre, le Leem s'interroge d'ailleurs « *sur la capacité d'une structure publique à remplir les obligations liées à l'exploitation d'AMM et à conserver les liens avec le titulaire d'AMM* ».

D'un point de vue opérationnel, le Leem a également interpellé sur **le délai de neuf mois** prévu par le texte, qui lui apparaît court « *dans le cadre des négociations contractuelles et d'une stratégie de décision au niveau international* ». Ce délai semble cependant à la rapporteure **difficile à allonger**, alors que ce délai débute moins d'un an avant l'arrêt possible de la commercialisation du médicament.

En conclusion, le Leem, qui a insisté sur les incertitudes juridiques résultant d'une rédaction qu'il juge « *peu claire et trop large* », y voyant une éventuelle « *entrave à la liberté d'entreprendre de l'entreprise* », signale que « *cette mesure, au-delà de la complexification toujours croissante de l'environnement réglementaire en France risque d'avoir des effets contre-productifs. En effet, la mise en place d'un tel dispositif risque de dissuader d'éventuels repreneurs de ces MITM de se manifester sur le territoire français* ».

2. D'éventuelles conséquences non anticipées sur les prix

Enfin, le comité économique des produits de santé (CEPS) a signalé un **point de vigilance** sur cet article, considérant « *le fait que cette obligation de rechercher un repreneur ou même le fait de confier la licence à un tiers, puisse faire naître des contraintes spécifiques en matière de prix qui ne sont pas anticipées dans la loi* », estimant que « *ce serait le cas si l'acceptabilité par un repreneur, fût-il public et désigné par l'État, était conditionnée par ce repreneur à une hausse de prix n'entrant pas nécessairement dans le cadre conventionnel* ».

3. Des solutions complémentaires suggérées par l'ANSM

Par ailleurs, sur un autre plan, l'ANSM a également signalé à la rapporteure que **la fabrication sous licence « pourrait être un moyen intéressant »** pour permettre la **poursuite de la fabrication de médicaments qui ne sont plus sous brevet et pour lesquels les laboratoires n'ont pas trouvé de repreneur**, dans le cas où ceux-ci souhaitent néanmoins garder la titularité de leur AMM.

C. Un renforcement souhaité du pouvoir de l'ANSM en matière de plans de gestion des pénuries

La rapporteure souscrit à l'ouverture d'une **possibilité donnée à l'ANSM d'intervenir plus efficacement sur la liste des MITM faisant l'objet d'un plan de gestion des pénuries**. Cette modification, qui certes ferait l'objet d'une procédure contradictoire, sera *in fine* la décision de l'agence.

Cependant, cette disposition apparaît insuffisamment opérationnelle. C'est pourquoi la commission, à l'initiative de la rapporteure, a adopté un **amendement n° 300** visant à **donner la possibilité pour l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé de désigner des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur devant faire l'objet d'un plan de gestion des pénuries dans le cas où l'entreprise exploitante ne les aurait pas identifiés comme tels**. Cette formulation traduit plus directement les recommandations de la Cour des comptes et suit également les **recommandations de la commission d'enquête sénatoriale**¹ qui appelait à « *permettre à l'ANSM d'inclure ou d'exclure des spécialités* » de la liste des MITM. Cet amendement préserve la **procédure contradictoire** proposée.

Il convient de noter qu'en prévoyant la modification de cette liste, la disposition satisfait l'objet de la disposition remplacée dans l'article 36 dans la mesure où un médicament qualifié de MITM devant faire l'objet d'un plan de gestion des pénuries.

¹ Pénurie de médicaments : Trouver d'urgence le bon remède, *rapport de commission d'enquête*, n° 828 (2022-2023), tome I, déposé le 4 juillet 2023.

En outre, le **même amendement**, suivant également les recommandations de la commission d'enquête, prévoit **avec la publication par l'ANSM de la liste des MITM une utile mesure de transparence**.

Enfin, alors que la commission d'enquête préconisait une **priorisation des plans de gestion des pénuries**, le présent amendement prévoit une **catégorie de « plans de gestions renforcés » pour les MITM pour lesquels une rupture ou un risque de rupture de stock identifiés**.

D. Des dispositions à la recevabilité sociale cependant discutables

Dans l'étude d'impact jointe au PLFSS, le Gouvernement justifie la place de la disposition en LFSS par un impact :

- **en dépenses, en réduisant le coût des importations** nécessaires à la couverture des besoins générés par l'arrêt de commercialisation d'un MITM ;

- **en recettes, par l'affectation du produit de la pénalité** à l'assurance maladie.

Or, **l'effet financier décrit par le Gouvernement apparaît très indirect**. En effet, selon des hypothèses particulièrement fragiles retenues dans l'étude d'impact, l'économie pourrait aller de 10 millions d'euros à 40 millions d'euros. **Ce montant, qui ne relève que d'une économie éventuelle et entourée de beaucoup d'incertitudes, ne saurait être qualifié d'effet direct sur les comptes de l'assurance maladie**.

En outre, la jurisprudence constatée en matière de recevabilité sociale tend à ne pas apprécier le produit d'une sanction comme un effet en recettes, le rendement étant par hypothèse attendu nul.

Partant, les dispositions du présent article tendent à devoir être regardées, comme d'autres mesures relatives aux ruptures d'approvisionnement portées dans de précédentes LFSS, comme relevant d'une politique de sécurité sanitaire et non comme une disposition ayant un effet direct sur les régimes de base de la sécurité sociale aux termes de la loi organique.

La commission estime donc qu'elles pourraient être considérées comme un « cavalier social » et qu'il existe un risque non négligeable de censure par le Conseil constitutionnel. Un projet de loi consacré aux dispositions relatives aux pénuries de médicament ou portant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social aurait été un véhicule sans doute plus approprié.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 36 bis (nouveau)

**Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis
et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical**

Cet article organise la sortie de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis en créant une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et, dans l'attente d'une autorisation de mise sur le marché, crée une procédure d'autorisation provisoire pour le cannabis à usage médical.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Une expérimentation initiée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 qui prendra fin le 26 mars 2024

L'expérimentation de l'usage médical du cannabis a été inscrite dans l'article 43 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020¹. Initiée en mars 2021 pour une durée de deux ans, elle a été prolongée d'une année par la LFSS pour 2023² ; elle doit prendre fin le 26 mars 2024.

Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation ont été définies par voie réglementaire. Ainsi, le décret n° 2020-1230 du 7 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis prévoit qu'elle porte sur un nombre maximal de 3 000 patients. Au 14 septembre 2023, selon le Gouvernement, 2 761 patients avaient été inclus dans l'expérimentation.

Le cannabis à usage médical peut être prescrit dans cinq indications limitatives fixées par arrêté³ : les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies accessibles, certaines formes d'épilepsie pharmaco-résistantes, certains symptômes rebelles en oncologie liés au cancer ou au traitement anti-cancéreux, les situations palliatives et la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou d'autres pathologies du système nerveux central.

¹ Cette mesure avait été introduite par un amendement du rapporteur général, M. Olivier Véran, en première lecture à l'Assemblée nationale.

² Article 57 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022.

³ Article 1 de l'arrêté du 16 octobre 2020 fixant les spécifications des médicaments à base de cannabis utilisés pendant l'expérimentation prévue à l'article 43 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, les conditions de leur mise à disposition ainsi que les indications thérapeutiques ou situations cliniques dans lesquelles ils seront utilisés

Au 13 décembre 2022, parmi les 2 296 patients inclus dans l'expérimentation, la répartition par indication était la suivante : 833 patients pour douleurs neuropathiques réfractaires ; 226 patients pour une spasticité douloureuse dans la sclérose en plaques ; 181 patients dans les épilepsies pharmaco résistantes ; 114 patients en situation palliative ; 111 patients en oncologie¹.

Au cours de la première phase de l'expérimentation, les médicaments utilisés par les patients inclus dans cette expérimentation étaient fournis à titre gratuit par les entreprises. Depuis le 27 mars 2023, il est prévu que « *la dispensation et le renseignement du registre de suivi des patients [...] sont facturés quinze euros toutes taxes comprises à l'assurance maladie. [...] Une seule facturation par dispensation est autorisée quels que soit la forme, le conditionnement et le nombre d'unités délivrées. La dispensation bénéficie d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire.* »²

B. Une procédure d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical hors autorisation de mise sur le marché

Le présent article est issu d'un amendement inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution. Il vise à définir une procédure d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical hors autorisation de mise sur le marché.

1. Une autorisation temporaire délivrée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) dans le cadre d'une procédure *ad hoc*

Le présent article propose tout d'abord la création d'un régime d'autorisation provisoire pour le cannabis à usage médical. À cette fin, il est proposé de rétablir le **4° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique**³.

¹ « Suivi de l'expérimentation française de l'usage médical du cannabis », *compte-rendu du 15 décembre 2022, Comité scientifique temporaire, ANSM.*

² Article 5 bis de l'arrêté du 29 décembre 2020 fixant les modalités de participation des médecins et pharmaciens volontaires intervenant dans l'expérimentation prévue à l'article 43 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ainsi que les conditions de formation préalable obligatoire et de rémunération des professionnels de santé participant à cette expérimentation.

³ Cette article liste et définit certains médicaments, parmi lesquels par exemple les préparations magistrales (1°), les préparations hospitalières (2°), les préparations officinales (3°), les médicaments de thérapie innovante (17°), les médicaments dérivés du sang (18°).

Selon le premier alinéa de ce 4°, le médicament à base de cannabis est entendu comme « *tout médicament dont la substance active est composée d'une préparation à base de Cannabis sativa L.* », qui respecte les bonnes pratiques de fabrication¹ et les spécifications techniques portant sur les caractéristiques, la composition et la forme pharmaceutique du médicament, ces spécifications étant fixées par arrêté du ministre de la santé, sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

Selon le deuxième alinéa du même 4°, l'utilisation du cannabis à usage médical est subordonnée à une autorisation temporaire de l'ANSM pour une durée maximale de cinq ans². L'autorisation vise des indications thérapeutiques et des situations cliniques particulières, définies par arrêté du ministre de la santé. Il s'agira de répondre aux besoins des patients en l'absence de spécialité pharmaceutique adaptée autorisée au titre de l'une des procédures suivantes : procédure nationale d'autorisation de mise sur le marché (AMM)³ ; autorisation dérogatoire délivrée par l'ANSM pour des raisons de santé publique⁴ ; autorisation au titre de l'accès précoce⁵ ou de l'accès compassionnel⁶ ; autorisation d'importation, notamment en cas de rupture d'un stock de médicament.

Le Gouvernement indique que l'accès au cannabis à usage médical sera restreint en dernière ligne de traitement, ouvert uniquement sur prescription hospitalière initiale, pour des indications et situations cliniques « *pour lesquelles l'efficacité pourrait être présumée* »⁷. Il ne précise pas si les indications actuellement prévues par arrêté dans le cadre de l'expérimentation en cours seraient reconduites.

Un **article L. 5121-15** serait également rétabli **dans le code de la santé publique** afin de créer un nouveau régime dérogatoire d'autorisation par l'ANSM des médicaments à base de cannabis mentionnés au 4° de l'article L. 5121-1 précité. L'utilisation de ces médicaments serait autorisée pour une durée temporaire limitée à cinq ans, l'autorisation étant renouvelable par période de cinq ans. Des conditions particulières accompagnent la délivrance de cette autorisation au demandeur :

- celui-ci est nécessairement établi dans un État membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ;
- il a l'obligation de recueillir les données de suivi des patients traités et de transmettre chaque année une synthèse de ces données à l'ANSM ;
- la réalisation d'études de sécurité ou d'efficacité après délivrance de l'autorisation peut également être exigée.

¹ Article L. 5121-5 du code de la santé publique.

² Sur ce point, voir l'article L. 5121-15 du même code qui se trouve rétabli.

³ Article L. 5121-8 du code de la santé publique.

⁴ Article L. 5121-9-1 du code de la santé publique.

⁵ Article L. 5121-12 du code de la santé publique.

⁶ Article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

⁷ Exposé des motifs de l'amendement n° 3298 déposé par le Gouvernement à l'Assemblée nationale.

L'article L. 5121-15 précise en outre les conditions dans lesquelles la délivrance d'une autorisation pourrait être refusée. Tel serait le cas, en particulier, lorsque l'indication thérapeutique proposée ne serait pas autorisée, l'évaluation de la balance bénéfices-risques ne serait pas favorable ou la composition du médicament ne serait pas conforme à ce que déclare le demandeur.

L'article L. 5121-15 précise enfin les cas dans lesquels l'autorisation peut être suspendue, retirée ou modifiée¹. Chacune de ces décisions fait l'objet d'une publicité immédiate la plus large possible à destination des patients et des professionnels de santé.

En outre, un **article L. 5121-14-2-1** serait créé dans le code de la santé publique afin de compléter les procédures de modification, suspension ou retrait de d'autorisation prévues à l'article L. 5121-15. Aux termes de cet article, l'ANSM serait autorisée, en dehors des procédures précitées, à retirer du marché les médicaments à base de cannabis dans l'intérêt de la santé publique, notamment si le médicament n'a pas la composition déclarée ou si l'une des exigences qui conditionne l'octroi de l'autorisation n'a pas été respectée². En cas de retrait de l'autorisation, l'ANSM pourrait néanmoins, dans des circonstances exceptionnelles et pour une durée provisoire, autoriser la délivrance du médicament à des patients déjà traités avec lui.

2. Des dispositions complémentaires pour prévenir des dérives éventuelles liées à l'autorisation du cannabis à usage médical

Le présent article propose d'instaurer diverses mesures d'encadrement destinées à éviter de possibles dérives.

Il s'agit en premier lieu de prévenir tout risque de publicité des médicaments à base de cannabis par le titulaire de l'autorisation temporaire. **L'article L. 5121-16 du code la santé publique** est rétabli à cette fin.

L'article L. 5421-6-3 du code de la santé publique, également rétabli, prévoirait les sanctions qui punissent :

- la fabrication, la commercialisation ou la distribution des médicaments à base de cannabis en dehors de toute autorisation de l'ANSM (I) ;

- le fait de contribuer à toute mesure de publicité, directement ou indirectement, sur un médicament à base de cannabis, ou la diffusion d'informations aux professionnels de santé en dehors du cadre fixé par la décision de l'ANSM (II).

¹ Nocivité du médicament ; évaluation défavorable du rapport bénéfices-risques ; composition qualitative et quantitative non conforme ; non-respect de certaines de ses obligations par le titulaire, notamment en matière de pharmacovigilance.

² Ces dispositions sont prévues en miroir de l'article L. 5121-14-2 du code de la santé publique, qui confère la même compétence à l'ANSM pour les spécialités pharmaceutiques.

Ces sanctions, fixées à cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende, seraient relevées à sept ans d'emprisonnement et 750 000 euros d'amende lorsque l'une des circonstances précisées au III du même article est remplie - risque grave pour la santé de l'homme, commission en bande organisée, commission sur un réseau de télécommunication à destination d'un public non déterminé ou commission par certains professionnels énumérés.

L'article L. 5422-18 du code de la santé publique, qui énumère divers manquements soumis à sanction financière en matière de publicité de médicaments, serait complété d'un nouvel alinéa (20°) qui vise à y inscrire toute diffusion d'information au public relative à l'autorisation d'un médicament à base de cannabis ou la diffusion de l'information auprès des professionnels de santé en dehors du cadre fixé par l'ANSM.

L'article L. 5121-20 du code de la santé publique serait complété d'un 20° afin de déterminer divers éléments qui devront faire l'objet de précisions par un décret en Conseil d'État. Il s'agit notamment des modalités de présentation des demandes d'autorisation temporaire des médicaments à base de cannabis, des conditions dans lesquelles interviennent les décisions de l'ANSM relatives à l'octroi, au refus, à la modification, au renouvellement, à la suspension et au retrait des autorisations temporaires délivrées, ainsi que des règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation.

Le code de la santé publique serait enfin modifié par diverses dispositions de cohérence rédactionnelle (2°, 4°, 8°, 9° et 10° du I du présent article).

3. Des conditions de prise en charge par l'assurance maladie subordonnées à un avis préalable de la HAS

Aux termes du nouvel article L. 162-17-2-4 du code de la sécurité sociale, les règles de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à base de cannabis autorisés par l'ANSM seraient définies par décret en Conseil d'État.

La Haute Autorité de santé (HAS) serait chargée de l'évaluation de ces médicaments, en particulier des indications médicales qui justifient leur usage, ainsi que des conditions dans lesquelles ces médicaments peuvent être pris en charge par l'assurance maladie. Les conditions de cette prise en charge seraient définies par arrêté du ministre de la santé, de même que le prix de vente du médicament par le fabricant aux officines ou établissements de santé. En cas d'avis défavorable de la HAS, ces médicaments ne seraient pas pris en charge par l'assurance maladie.

Le prix de vente tiendrait compte de diverses caractéristiques du médicament, ainsi que « *des prix ou des tarifs européens présentant une taille totale de marché comparable déterminés par décret. Ce prix ne peut être supérieur aux prix fixés pour une spécialité comparable ou à même visée thérapeutique.* »

4. Une période transitoire pour assurer la continuité de prise en charge des patients inclus dans l'expérimentation

L'article 43 de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui a fixé le cadre juridique de l'expérimentation, serait quant à lui modifié pour :

- substituer à son terme actuel, soit le 26 mars 2024, une nouvelle échéance correspondant à celle de la disponibilité d'un médicament à base de cannabis autorisé par l'ANSM, au plus tard le 31 décembre 2024 ;

- prévoir que les modalités de prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie sont définies par arrêté du ministre de la santé dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-2-4 précité, à partir du 26 mars 2024 et jusqu'au 31 décembre 2024 au plus tard ;

- supprimer l'alinéa (III) qui prévoit qu'un rapport est remis par le Gouvernement au Parlement six mois avant son terme, réalisant un bilan de l'expérimentation, la pertinence de l'élargissement de l'usage du cannabis thérapeutique et sur les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.

L'instauration d'une période transitoire permet d'assurer une continuité de prise en charge des patients inclus dans l'expérimentation jusqu'au 26 mars 2024. La procédure d'autorisation temporaire du cannabis à usage médical aurait ensuite vocation à pérenniser l'usage médical du cannabis. Elle nécessite la publication de textes réglementaires qui pourraient intervenir au cours de la période transitoire.

Seuls les patients inclus dans l'expérimentation pourront continuer à utiliser des médicaments à base de cannabis au cours de cette période transitoire. Ces médicaments seront pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un montant fixé par arrêté ministériel. Le Gouvernement évalue le coût de la période transitoire à 10 millions d'euros.

II - La position de la commission

Après avoir constaté que l'expérimentation de l'usage médical du cannabis a débuté il y a près de trois ans, la commission a rappelé que la loi prévoit actuellement qu'elle doit faire l'objet d'un rapport du Gouvernement au Parlement dans un délai de six mois avant son terme. Ce rapport doit permettre d'évaluer le résultat de l'expérimentation, de statuer sur l'opportunité d'un élargissement des indications autorisées et sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à base de cannabis.

À rebours d'une décision sereine qui supposerait de pouvoir s'appuyer sur un bilan formalisé et d'aménager un temps de réflexion pour envisager les suites à réserver à cette expérimentation, le Gouvernement fait preuve de précipitation en inscrivant dès à présent dans la loi des dispositions qui pérennisent le recours au cannabis à usage médical. Plus que cela, il est regrettable que le Gouvernement, en supprimant la disposition qui prévoit la remise d'un rapport au Parlement, cherche ainsi à s'affranchir d'une évaluation de l'expérimentation que commande pourtant le sens des responsabilités ou, à défaut, le seul bon sens, dans une matière qui n'engage pas moins que la sécurité des patients.

De l'aveu du Gouvernement lui-même, aucune preuve clinique ne permet aujourd'hui de satisfaire aux prérequis d'une autorisation de mise sur le marché pour ces médicaments. La commission ne peut donc admettre que le principe de l'évaluation soit ainsi supprimé, comme un accessoire inutile et encombrant, privant la représentation nationale de son droit de regard.

En outre, l'ANSM signalait en mars dernier un risque de rupture d'approvisionnement sur les médicaments à base de cannabis¹. Elle recommandait alors, afin de garantir la poursuite du traitement des patients inclus dans l'expérimentation pour lesquels aucune autre alternative n'existe, de suspendre les inclusions de patients nécessitant un traitement par des médicaments à base de cannabidiol seul (CBD 50 LGP Classic). La commission souhaite être éclairée sur ce risque de rupture, les actions entreprises pour y remédier et l'état de la situation actuelle.

Dans ce contexte, à l'initiative de sa rapporteure, la commission propose :

- par **l'amendement n° 301**, de réintroduire l'évaluation de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis, qui devra faire l'objet d'un rapport au Parlement au plus tard le 30 juin 2024 ;

- par **l'amendement n° 302**, de solliciter pour avis la HAS sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à base de cannabis en fonction des indications thérapeutiques autorisées, au regard des résultats de l'expérimentation.

Sur la base de ces informations, le législateur pourra, le cas échéant, adapter les dispositions autorisant la pérennisation de l'usage médical du cannabis.

L'aménagement d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024, au bénéfice des seuls patients inclus, apparaît en revanche adapté.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Information aux utilisateurs mise en ligne le 31 mars 2023 sur le site internet de l'ANSM.

CHAPITRE IV

RENFORCER LES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE

Article 37

Régime adapté de financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes

Cet article propose que les départements puissent opter pour la fusion des sections « soins » et « dépendance » pour le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de soins de longue durée (USLD).

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé : un régime adapté de financement des Ehpad et USLD

A. Une partition du financement des établissements de plus en plus remise en cause

1. Des règles de financement complexes

a) La tripartition du financement des établissements

Le financement actuel des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et des unités de soins de longue durée (USLD) repose sur une répartition des charges et des ressources entre trois sections tarifaires relevant de règles et de financeurs différents :

- une **section « soins »**, financée intégralement par la **sécurité sociale** (branche autonomie pour les Ehpad, branche maladie pour les USLD) *via* les agences régionales de santé (ARS) ;

- une **section « dépendance »**, financée par les **conseils départementaux** par le biais d'une prestation individuelle, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement, avec une **participation des résidents** qui représente environ un tiers du total en moyenne ;

- une **section « hébergement » financée par les résidents**, qui peuvent toutefois bénéficier de l'aide sociale à l'hébergement (ASH), financée par les départements, à ce titre en fonction de leurs ressources.

Les dépenses de soins des Ehpad sont financées par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD).

Le financement de la section dépendance repose aussi en partie sur la sécurité sociale par le biais d'un **concours de la CNSA aux départements**, dont le montant global est limité à 7,70 % des recettes fiscales de la caisse¹. Il représente en moyenne 40 % des dépenses d'APA (y compris l'APA à domicile)². L'article 10 du PLFSS propose toutefois de minorer ce pourcentage en conséquence de l'affectation à la branche autonomie de 0,15 point de CSG supplémentaire à compter de 2024³.

b) La détermination des forfaits soins et dépendance

• Le montant du **forfait global relatif aux soins** est arrêté annuellement par le directeur général de l'ARS. Il prend notamment en compte le niveau de dépendance moyen - évalué à l'aide de la grille AGGIR⁴ -, et les besoins en soins requis des résidents - opérés à l'aide du référentiel « PATHOS » -, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente.

Le cas échéant, ce forfait inclut des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial, définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il peut tenir compte de l'activité réalisée. Il peut également financer des mesures de revalorisation des personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les forfaits dépendance et hébergement⁵.

Les dépenses couvertes par le forfait soins

Le résultat de l'équation tarifaire relative aux soins correspond soit à un tarif dit « global », soit à un tarif dit « partiel » selon ce qui est stipulé dans le CPOM⁶.

Le tarif partiel peut être employé à couvrir :

- les prestations de services à caractère médical, le petit matériel médical et les fournitures médicales (figurant sur une liste fixée par arrêté) ;
- concurremment avec la section « dépendance », les rémunérations et les charges sociales et fiscales afférentes des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et des accompagnateurs éducatifs et sociaux diplômés ou en cours de formation ;
- les interventions du médecin coordonnateur, du personnel médical, de pharmacien et d'auxiliaires médicaux (sauf les diététiciens) ;

¹ Art. L. 223-8 et L. 223-9 du code de la sécurité sociale.

² Cette moyenne masque des disparités importantes entre départements, dont les taux de couverture en 2021 varient de 15 % à 56 %.

³ Pour plus de précisions, voir les commentaires des articles 10 et 43.

⁴ Autonomie, Gérontologie, Groupe iso-ressources.

⁵ 1° du I de l'article L. 314-2 du CASF.

⁶ Art. R. 314-164 du CASF.

- l'amortissement et la dépréciation du matériel médical figurant sur la liste précitée ;
- les médicaments, en cas de pharmacie à usage intérieur ;
- les rémunérations ou honoraires versés aux infirmiers libéraux intervenant au sein de l'établissement.

Le tarif global peut couvrir, outre les charges mentionnées ci-dessus :

- les rémunérations ou honoraires versés aux médecins spécialistes en médecine générale et en gériatrie et aux auxiliaires médicaux libéraux ;
- certains examens de biologie et de radiologie¹.

• Le montant du **forfait global relatif à la dépendance** est fixé par un arrêté du président du conseil départemental². Il est égal à la somme³ :

- du résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance calculée sur la base du niveau de perte d'autonomie des personnes hébergées par l'établissement ; ce résultat est modulé en fonction de l'activité réalisée au regard de la capacité de places autorisées et financées d'hébergement permanent de l'établissement⁴ ;

- des financements complémentaires définis dans le CPOM.

Les dépenses couvertes par le forfait dépendance

Le résultat de l'équation tarifaire relative à la dépendance peut couvrir les charges suivantes⁵ :

- les fournitures pour incontinence ;
- concurremment avec la section « soins », les rémunérations et les charges sociales et fiscales afférentes des aides-soignants, des aides médico-psychologiques et des accompagnateurs éducatifs et sociaux diplômés ou en cours de formation ;
- concurremment avec le tarif « hébergement » :
 - les fournitures hôtelières, les produits d'entretien, les prestations de blanchissage et de nettoyage à l'extérieur ;
 - l'emploi de personnels affectés aux fonctions de blanchissage, nettoyage et service des repas ;
- les charges nettes relatives à l'emploi de psychologues ;
- les amortissements et dépréciations du matériel et du mobilier permettant la prise en charge de la dépendance et la prévention de son aggravation.

¹ Art. R. 314-166 du CASF.

² 2° du I de l'article L. 314-2 du CASF.

³ Art. R. 314-172 du CASF.

⁴ Art. R. 314-174 du CASF.

⁵ Art. R. 314-176 du CASF.

Le niveau de ressources attribué à la section dépendance de chaque établissement est donc largement déterminé par une équation nationale qui repose notamment sur l'appréciation des besoins des résidents à l'aide de la grille AGGIR. Cependant, **il revient au président du conseil départemental de fixer chaque année, au plus tard le 1^{er} avril, le « point GIR départemental »**¹ qui sert de référence pour le calcul des forfaits globaux dépendance des Ehpad. Plus la valeur de ce point GIR départemental est élevée, plus le montant du forfait global dépendance alloué par un département augmente. En 2021 et en 2022, selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la valeur de point GIR la plus faible était de 6,20 euros et la valeur la plus élevée était de 11,80 euros.

Quant à la **participation des résidents** au titre de la section dépendance, elle est déterminée en fonction de leurs ressources suivant le barème national de l'APA en établissement. Le forfait global relatif à la dépendance n'inclut pas cette participation².

L'APA en établissement

L'allocation personnalisée d'autonomie en établissement aide le résident à payer le tarif dépendance correspondant à son groupe iso-ressources (GIR), calculé à partir de l'évaluation de sa perte d'autonomie réalisée à l'aide de la grille AGGIR. Il existe six GIR allant du niveau de perte d'autonomie le plus élevé (GIR 1) au niveau le plus bas (GIR 6).

Pour bénéficier de l'APA en établissement, il faut :

- être âgé de 60 ans ou plus³ ;
- résider en France de façon stable et régulière ;
- être hébergé dans un Ehpad, une petite unité de vie ou une USLD ;
- avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant des GIR 1, 2, 3 ou 4 par le médecin coordonnateur de l'établissement⁴.

Le montant de l'APA en établissement est calculé en fonction des ressources du bénéficiaire, déterminées selon un barème national revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année⁵, et du montant du tarif dépendance correspondant à son GIR en vigueur dans l'établissement. Il existe trois tarifs dépendance possibles, le tarif GIR 1-2 étant le plus élevé et le tarif GIR 5-6 le moins élevé (et n'ouvrant pas droit à l'APA).

¹ Art. R. 314-175 du CASF.

² Art. L. 232-8 du CASF.

³ Art. R. 232-1 du CASF.

⁴ Art. R. 232-4 et R. 232-18 du CASF.

⁵ Art. L. 232-8 du CASF.

Les bénéficiaires de l'APA ayant des revenus inférieurs à 2 635,54 euros¹ paient uniquement le montant du tarif dépendance du GIR 5-6, ou « talon ». Ce dernier correspond ainsi à la somme minimale à payer par les résidents d'un Ehpad. L'APA prend alors en charge la différence entre le tarif dépendance correspondant à leur GIR et le « talon » GIR 5-6.

Il est garanti aux personnes accueillies dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale un montant minimum tenu à leur disposition après paiement des prestations à leur charge dont le montant, réévalué chaque année, est fixé par décret à un centième du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa)². En outre, le tarif GIR 5-6 peut être pris en charge par l'aide sociale à l'hébergement (ASH)³.

L'APA ne fait l'objet d'aucune récupération des sommes reçues. Le conseil départemental ne peut ni demander le remboursement des sommes versées au bénéficiaire de l'APA si sa situation financière s'améliore de son vivant, ni les récupérer sur sa succession à son décès.

2. Une simplification envisagée de longue date

a) Une frontière de plus en plus floue entre soins et dépendance

Cette organisation du financement des établissements est **source de complexités et de coûts qui apparaissent de moins en moins justifiés**.

Cette répartition perd en effet de sa pertinence compte tenu de l'évolution du profil des résidents. En particulier, la réalité de la prise en charge tend à estomper la distinction entre l'accompagnement au titre du soin et celui au titre de la dépendance. La frontière apparaît d'autant moins claire que le financement de la section « soins » est, comme celui de la section « dépendance », assis sur l'évaluation de la perte d'autonomie, et que la section « soins » intègre de plus en plus de charges relevant de la section « dépendance » (notamment des revalorisations salariales). Il en résulte un défaut de lisibilité pour les résidents et leurs familles.

Par ailleurs, ce modèle de financement entraîne des coûts de gestion importants pour les établissements : les gestionnaires doivent appliquer des règles complexes d'imputation budgétaire et comptable mais aussi réaliser un suivi de leurs ressources auprès leurs différents financeurs, y compris les départements d'origine de leurs résidents en application de la règle du « domicile de secours »⁴.

¹ Soit 2,21 fois le montant de la majoration pour aide constante d'une tierce personne (art. R. 232-19 du CASF).

² Art. L. 232-9 du CASF.

³ Art. L. 232-11 du CASF.

⁴ Cf. fiche d'évaluation préalable de l'article 37, annexe 9 du PLFSS.

Les variations du forfait dépendance d'un département à l'autre engendrent des inégalités territoriales : en effet, la disparité des ressources allouées aux Ehpad peut être source de différences dans la prise en charge des résidents.

Enfin, le coût induit pour les départements s'avère également élevé au regard de leur marge de décision spécifique.

b) Les appels à une fusion sous la responsabilité des agences régionales de santé

Dès 2019, le rapport de Dominique Libault sur le grand âge et l'autonomie recommandait d'engager la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » : « *cette réforme permettrait de positionner un financeur unique pour l'ensemble des prestations de soin et d'hygiène, ce qui faciliterait le pilotage des démarches qualité et de la transformation du modèle de l'établissement* »¹. Le rapport envisageait un financement par l'assurance maladie (la branche autonomie n'ayant pas encore été créée) avec un ticket modérateur, de l'ordre de 5 euros par jour, dont seuls seraient exonérés les bénéficiaires de la CMU-C.

Plus récemment, le rapport remis à la Première ministre par la députée Christine Pires-Beaune sur le reste à charge en Ehpad² reprenait cette recommandation en préconisant de la déployer sans reste à charge.

Cette fusion des sections impliquant, selon Mme Pires-Beaune, de revoir la gouvernance de la prise en charge des personnes âgées, **le rapport propose de confier la responsabilité de la gestion des établissements aux ARS**, le département conservant une compétence d'investissement et un droit d'opposition, tandis que l'aide à domicile relèverait du département, avec un droit d'opposition pour l'État. Ce dispositif pourrait être expérimenté dans quatre ou cinq départements avant d'être généralisé.

B. Un régime optionnel de financement par un forfait global unique

1. Création d'un régime adapté de financement au choix des départements

L'article 37 vise à permettre aux départements volontaires d'opter pour la **fusion des sections « soins » et « dépendance »** au sein d'une nouvelle section relative aux soins et à l'entretien de l'autonomie pour le financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), des petites unités de vie (PUV) et des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée (USLD).

Le **2° du I** introduit ainsi, au sein du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles (CASF), une nouvelle section 5 définissant un **régime adapté de financement**.

¹ Concertation « Grand âge et autonomie », rapport de M. Dominique Libault, mars 2019.

² Garantir la prise en charge des personnes âgées en établissement, encadrer leur reste à charge, rapport à la Première ministre de Mme Christine Pires-Beaune, juin 2023.

Aux termes d'un nouvel article L. 314-15 du CASF, les départements pourraient opter pour ce régime adapté par une délibération de leur assemblée délibérante. Ce régime leur serait applicable :

- à compter de l'exercice qui suit l'année de la transmission au préfet de cette délibération, si cette transmission intervient au plus tard le 31 janvier ;

- à compter du deuxième exercice suivant l'année de cette transmission, si elle intervient après le 31 janvier.

Comme le précise la fiche d'évaluation préalable de l'article 37¹, **le choix du passage au régime adapté de financement serait définitif.**

La liste des départements ayant choisi le régime adapté de financement serait fixée par décret. Selon la fiche d'évaluation préalable, ce décret se bornerait à publier l'état des lieux des départements concernés, l'État n'ayant pas vocation à intervenir dans le choix d'adopter ou non ce régime adapté.

2. Dispositions applicables aux Ehpad

a) Financement par un forfait global unique

Un nouvel article L. 314-6 du CASF préciserait les conséquences du choix du régime adapté pour le financement des Ehpad (**2° du I**). Dans les départements concernés, les charges des Ehpad couvertes par les forfaits « soins » et « dépendance » seraient, par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-2, financées par **un forfait global unique « soins et entretien de l'autonomie »**, selon des modalités fixées en Conseil d'État.

Ce forfait global unique prendrait notamment en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins requis des résidents dans les conditions prévues par l'article L. 314-9 du CASF, validés au plus tard le 30 juin de l'année précédente. En outre, ce forfait pourrait :

- inclure des financements complémentaires relatifs notamment à des modalités d'accueil particulières ou à la mission de centre de ressources territorial, définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

- tenir compte de l'activité réalisée, de l'atteinte des objectifs du CPOM ainsi que de l'existence de surcoûts liés au lieu d'implantation de l'établissement ou du service ;

- financer des actions de prévention ou des mesures de revalorisation salariale de personnels dont les rémunérations sont financées, en tout ou partie, par les tarifs journaliers afférents à l'hébergement.

Il est précisé que **le directeur général de l'ARS fixerait chaque année le montant du forfait global unique.**

¹ Cf. annexe 9 du PLFSS.

Pour les établissements nouvellement créés, ce forfait global unique serait fixé en prenant en compte le niveau de dépendance moyen national des résidents et la moyenne nationale des besoins en soins requis, fixés annuellement par décision de la CNSA (nouvel article L. 314-17 du CASF).

Dans les établissements concernés par le régime adapté de financement, l'évaluation de la perte d'autonomie des résidents serait transmise pour contrôle et validation à un médecin *ou un infirmier* désigné par le directeur général de l'ARS, et non à un médecin désigné par le président du conseil départemental (nouvel article L. 314-18).

Par cohérence, le 1° du I prévoit que **les dispositions du code de l'action sociale et des familles relatives à l'APA en établissement ne seraient pas applicables** aux établissements concernés par le régime adapté de financement.

b) Participation financière des résidents

Dans ce cadre, les résidents acquitteraient, au titre de la prise en charge de leur perte d'autonomie, une **participation journalière aux dépenses d'entretien de l'autonomie** dont les modalités de détermination et de mise en œuvre seraient fixées par décret (nouvel article L. 314-19). Cette participation **pourrait être prise en charge par l'aide sociale**. En outre, il serait garanti aux personnes accueillies dans les établissements habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale départementale un **montant minimum, fixé par décret, tenu à leur disposition** après paiement des prestations à leur charge.

Le forfait global unique serait versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie territorialement compétent en tenant compte de ces participations forfaitaires (nouvel article L. 314-20).

À titre transitoire, le VI dispose que la participation financière des résidents bénéficiaires de l'APA en établissement et accueillis au 31 décembre de l'année précédant l'application du régime adapté de financement **ne pourrait être supérieure à la participation de droit commun qu'ils acquittaient à cette date**.

c) Cas de l'accueil dans un établissement situé dans un autre département

Un nouvel article L. 314-21 tend à préciser que, pour les personnes résidant dans un établissement situé dans un département n'ayant pas opté pour le régime adapté de financement, les dispositions du II de l'article L. 232-8 s'appliqueraient aux départements ayant opté pour ce régime. Ainsi, les tarifs afférents à la dépendance pour ces résidents seraient calculés conformément au droit commun et versés directement à l'établissement, le cas échéant, sous forme de dotation globale. Ces versements seraient intégralement remboursés aux départements ayant opté pour le régime adapté par la CNSA selon des modalités définies par décret.

d) Modalités de conclusion du CPOM

Dans les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, **le CPOM ne serait conclu** par les établissements soumis au régime du contrat de séjour **qu'avec le directeur général de l'ARS** territorialement compétente, sauf si le président du conseil départemental faisait connaître à ce dernier son intention d'être associé à sa négociation et à sa signature dans l'année précédant le début de la négociation (nouvel article L. 314-22 du CASF).

Au total, les départements optant pour ce régime resteront compétents en matière :

- d'autorisation et de contrôle des Ehpad ;
- de signature des CPOM, à titre facultatif s'agissant des établissements non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH ;
- de fixation de la tarification « hébergement » des Ehpad habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH¹.

3. Dispositions applicables aux USLD

a) Dénomination des unités de soins de longue durée

Dans les articles du code de la santé où elles sont mentionnées, les USLD seraient désignées en tant qu'« établissements de santé autorisés à dispenser des soins de longue durée » (**1°**, **b et c du 2° et 3° du II**).

b) Prise en charge du forfait global unique par l'assurance maladie

Le **d du 2° du II** tend à préciser que, lorsqu'il est fait application du régime adapté de financement, **le forfait global relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie pour le financement des USLD est pris en charge par l'assurance maladie** dans les mêmes conditions que celles proposées pour les Ehpad. Un décret en Conseil d'État devra fixer les modalités de détermination et d'allocation du forfait global unique aux USLD.

Il est précisé que le montant annuel des dépenses au titre du forfait global unique serait inclus dans l'objectif de dépenses d'assurance maladie (Odam) mentionné à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Selon les informations fournies par la DSS, l'impact de la mesure pour la branche maladie serait inférieur à 5 millions d'euros.

c) Modalités de conclusion du CPOM

Le **III** tend à modifier l'article L. 6114-1-2 du code de l'action sociale et des familles afin de préciser que, dans le cadre du régime adapté de financement, **l'annexe au CPOM relative à l'activité de soins de longue durée de l'établissement ne serait conclue qu'avec le directeur général de**

¹ Source : réponses de la DGCS au questionnaire du rapporteur.

l'ARS territorialement compétente, à moins que le président du conseil départemental ait fait connaître à ce dernier son intention d'être associé à la négociation et à la signature du contrat dans l'année précédant le début de la négociation.

4. Dispositions financières

Le **IV** détaille les modalités de **compensation du transfert de charges résultant du choix du régime adapté de financement**.

Chaque département ayant opté pour ce régime reverserait à l'État et à la sécurité sociale, selon une clé de répartition fixée par décret, une somme égale au cumul :

- de la **moyenne des dépenses relatives à l'APA en établissement** assumées par le département concerné au cours des trois années précédentes et retracées dans son compte de gestion, après application le cas échéant d'une valeur individuelle plafond fixée par décret ;

- et de la **valorisation financière, fixée par décret, des emplois qui cesseraient d'être affectés à la tarification** des Ehpad, PUV et USLD.

Cette somme pourrait être imputée en tout ou partie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, sur le montant du concours APA versé au département par la CNSA. Selon les informations fournies par la DGCS au rapporteur, une partie de la dotation globale de financement des départements optant pour ce régime pourrait également être reprise.

La nature des recettes reprises, le montant et les mécanismes de reprise devront être précisés en loi de finances pour 2025. Dans cette perspective, des concertations ont d'ores et déjà commencé entre le Gouvernement et les conseils départementaux.

5. Exécution des engagements des départements inscrits dans les CPOM existants

Le **VII** dispose qu'en cas d'application du régime adapté de financement, **le directeur général de l'ARS se substituerait, au nom de l'État, au président du conseil départemental pour l'exécution des engagements des départements inscrits dans les CPOM** conclus par les Ehpad au titre du forfait global relatif à la dépendance, à l'exception de ceux relatifs à la pluri-annualité budgétaire ou rattachables à l'établissement.

Il en irait de même pour les conventions pluriannuelles ou les annexes aux CPOM relatives aux soins de longue durée conclues par les USLD.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement a retenu plusieurs amendements dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution :

- un amendement de la rapporteure Caroline Janvier tendant à généraliser, au-delà du régime adapté de financement, la possibilité de transmettre pour contrôle et validation à un infirmier, alternativement à un médecin, l'évaluation des besoins en soins et du niveau de perte d'autonomie des résidents d'Ehpad ;

- un amendement de la rapporteure prévoyant la transmission à la CNSA, par les départements ayant opté pour le régime adapté de financement, des informations nécessaires au calcul de la compensation financière résultant de l'adoption de ce régime ;

- seize amendements rédactionnels de la rapporteure.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission : une expérimentation qui ne dit pas son nom ?

Selon la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la fusion des sections « soins » et « dépendance » comporterait de nombreux avantages dans les départements concernés :

- une cohérence entre les financements octroyés et la réalité de la prise en charge, qui devient de plus en plus globale sans différencier le soin et la dépendance ;

- pour les établissements, une simplification majeure de la gestion, des règles de comptabilité interne ainsi que des règles de facturation ;

- une facilitation du dialogue de gestion entre l'établissement et l'autorité de tarification ;

- une meilleure lisibilité d'ensemble du système par les acteurs.

À terme, si l'ensemble des conseils départementaux optaient pour ce régime adapté de financement, la réforme entraînerait une convergence des valeurs de point GIR, favorisant ainsi une meilleure équité en tous points du territoire, ainsi qu'une intégration des dépenses aujourd'hui couvertes par la section « dépendance » dans l'objectif global de dépenses (OGD), les soumettant ainsi au même taux d'évolution des dépenses.

Pour le rapporteur, **cette mesure étant à la fois pérenne et facultative, elle pourrait paradoxalement avoir pour effet de se traduire par des complexités supplémentaires et de laisser s'installer dans la durée des disparités plus profondes entre les départements.**

Le président du Conseil de la CNSA, Jean-René Lecerf, a considéré lors de son audition devant la commission des affaires sociales « *qu'il faut interpréter cette mesure comme une expérimentation, même si ce n'est pas exactement ce que dit le texte* »¹.

Pour leur part, les Départements de France sont ouverts à une véritable expérimentation de cette mesure. Ils plaident toutefois pour la mise en place d'une expérimentation « miroir » dans laquelle la section fusionnée serait financée et pilotée par le département.

Les résultats de l'enquête menée par la mission Pires-Beaune, à laquelle ont répondu plus de 1 500 établissements accueillant des personnes âgées dépendantes, soulignent la nécessité d'une réforme. Plus de 75 % des répondants se sont ainsi prononcés en faveur d'une fusion des sections « soins » et « dépendance », et plus de 80 % considèrent qu'avoir affaire à un financeur unique est une priorité. **Pour 63 % des répondants, ce financeur unique devrait être l'ARS**, devant le département (20 %) et la CNSA (13 %).

Considérant que la proposition « miroir » aurait moins de sens qu'une fusion sous l'égide des ARS et un financement par la sécurité sociale, **le rapporteur propose de transformer cette mesure en une véritable expérimentation**. Celle-ci pourrait être déployée, sur une durée de trois ans, dans dix départements volontaires. Cette expérimentation donnerait lieu, six mois avant son terme, à une évaluation par la CNSA permettant d'envisager les conditions de sa pérennisation et de sa généralisation.

À son initiative, la commission a adopté un amendement n° 303 en ce sens.

Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article 37, le coût de la mesure pour la branche autonomie, avec dix départements expérimentant la fusion, serait de **37 millions d'euros par an** à partir de 2025². Les économies pour les départements s'élèveraient au total à 32 millions d'euros.

Si la fusion était généralisée sur ce modèle, le département conserverait néanmoins un rôle important à l'égard des Ehpad. Outre ses compétences d'autorisation des établissements et d'aide sociale à l'hébergement, il aurait notamment un rôle de pilotage et de coordination en tant que responsable du futur service public départemental de l'autonomie (SPDA), prévu par la proposition de loi pour bâtir la société du bien vieillir en France³.

En revanche, le rapporteur considère qu'il serait pertinent d'envisager de confier au seul département la gouvernance des services à domicile, ce qui ne serait pas incompatible avec un accroissement de la couverture de leur financement par les concours de la branche autonomie.

¹ Cf. *compte rendu de l'audition du 18 octobre 2023 annexé au présent rapport*.

² Y compris le coût de l'intégration de la prévention au forfait global unique.

³ La suite de l'examen de ce texte devrait être inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale le 20 novembre prochain.

La commission a par ailleurs adopté un amendement de coordination du rapporteur (n° 304).

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 37 bis (nouveau)

Création d'un droit renouvelable à l'allocation journalière du proche aidant

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, tend à permettre le rechargement des droits à l'indemnisation du congé de proche aidant pour les personnes aidant plusieurs proches au cours de leur carrière.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : la création d'un droit rechargeable à l'indemnisation du congé de proche aidant

A. Le congé de proche aidant, un dispositif peu indemnisé

1. Une indemnisation limitée à soixante-six jours

L'allocation journalière de proche aidant (AJPA) est versée aux bénéficiaires d'un **congé de proche aidant (CPA)**, ouvert à tout salarié ou agent de la fonction publique accompagnant un proche âgé ou handicapé en perte d'autonomie. Elle vise à compenser une partie de la perte de rémunération consécutive à la prise de ce congé, ce dernier n'étant pas rémunéré par l'employeur. Son montant est de 31 euros par demi-journée et **62 euros par journée pleine.**

Alors que la durée du CPA, renouvellements compris, ne peut excéder un an sur l'ensemble de la carrière¹, l'article L. 168-9 du code de la sécurité sociale limite à **66 jours au total** le bénéfice de l'AJPA.

¹ Art. L. 3142-19 du code du travail.

Les évolutions récentes de l'AJPA

L'article 54 de la LFSS pour 2022, pour les salariés, et l'article 88 de la LFSS pour 2023, pour les agents publics, ont assoupli les conditions d'éligibilité du congé de proche aidant et de l'AJPA en supprimant la condition de « *particulière gravité* » de la perte d'autonomie. En application du décret publié le 22 juillet 2022, le champ des bénéficiaires du CPA et de l'AJPA a été élargi en y incluant les personnes accompagnant un proche¹ :

- bénéficiant de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), y compris avec un niveau d'autonomie est évalué à un GIR 4, alors que seuls les GIR 1 à 3 pouvaient auparavant y prétendre ;

- bénéficiant d'une autre prestation reconnaissant un handicap ou une invalidité, notamment la majoration pour aide constante d'une tierce personne.

En outre, l'article 54 de la LFSS pour 2022 a prévu que le montant de l'AJPA serait fixé par décret et revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année en référence au Smic, rapporté à une valeur journalière et net des prélèvements sociaux obligatoires. Les formules de calcul ont été précisées par un décret du 28 janvier 2022².

2. Un dispositif modeste mais en croissance

Les dépenses d'AJPA peinent à décoller, atteignant **8 millions d'euros à la charge de la branche autonomie en 2022**. Les prévisions de dépenses sous-jacentes au rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023 pour les années 2023 et 2024 sont respectivement de 15 millions et 30 millions d'euros³.

B. La traduction d'une annonce de la nouvelle stratégie pour les aidants

Lors de la présentation de la nouvelle Stratégie de mobilisation et de soutien pour les aidants 2023-2027, le 6 octobre 2023, la ministre des solidarités et des familles Aurore Bergé a pris l'engagement de favoriser le recours au congé de proche aidant et à l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) en mettant en place des « *droits rechargeables* ». Ainsi, une personne qui aide plusieurs de ses proches au cours de sa carrière (par exemple, l'un de ses enfants en situation de handicap et l'un de ses parents en perte d'autonomie) pourrait bénéficier plusieurs fois de l'AJPA.

¹ Article D. 3142-8 du code du travail.

² Décret n° 2022-88 du 28 janvier 2022 relatif à l'allocation journalière du proche aidant et à l'allocation journalière de présence parentale.

³ Source : réponse du Gouvernement au questionnaire des rapporteurs.

L'article 37 bis, introduit par deux amendements identiques¹ retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale, **vise à concrétiser cette mesure de la stratégie pour les aidants.**

Le **I** renvoie d'abord au décret la fixation de la durée maximum du bénéfice de l'AJPA, alors que celle-ci est actuellement fixée dans la loi.

En outre, il tend à préciser que **cette durée peut être renouvelée lorsque le bénéfice du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées**, sans pouvoir excéder la durée maximum d'un an du CPA.

Le **II** prévoit que cet article entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le **1^{er} janvier 2025**.

II - La position de la commission : une mesure pouvant faciliter le recours au congé de proche aidant

Les proches aidants jouent un rôle essentiel dans le soutien aux personnes en perte d'autonomie, qu'il s'agisse de personnes âgées ou de personnes handicapées. Cette situation concerne 8,8 millions d'adultes et 0,5 million de mineurs, selon la Drees². Ces proches aidants peuvent ressentir une forte charge et éprouver des difficultés à la concilier avec leur vie professionnelle, au risque de voir leur santé se dégrader.

Auditionnée par le rapporteur, l'Association française des aidants a exprimé sa déception devant les annonces de la nouvelle stratégie pour les proches aidants. Elle a toutefois considéré que l'ouverture de droits rechargeables à l'AJPA allait dans le bon sens afin de faciliter le recours au congé de proche aidant.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Amendements de M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et de Mme Servane Hugues et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance.

² « 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021 », *Études et résultats* n° 1255, Drees, février 2023.

Article 37 ter (nouveau)

**Prolongation de l'expérimentation du « relayage » à domicile
et des séjours de répit aidant-aidé**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à prolonger d'un an l'expérimentation de des dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et de séjours de répit aidants-aidés.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé : la prolongation d'une expérimentation en matière de répit des proches aidants

A. Une expérimentation de dispositifs de répit innovants pour les aidants

1. Une expérimentation prévue par la loi « Essoc »...

a) Des dispositifs permettant de déroger aux règles légales et conventionnelles sur le temps de travail

L'article 53 de la loi « Essoc » du 10 août 2018¹ a mis en place, pour une durée de trois ans, une **expérimentation permettant des dérogations au droit du travail dans le cadre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant (« relayage ») ou dans le cadre de séjours de répit aidant-aidé**. Un décret du 28 décembre 2018 a permis l'entrée en vigueur de cette expérimentation jusqu'à fin décembre 2021².

Dans ce cadre, les salariés volontaires des établissements et services médico-sociaux ne sont pas soumis aux dispositions du code du travail, ni aux stipulations prévues par les conventions et accords collectifs applicables aux établissements et services qui les emploient ou par la convention collective des salariés du particulier employeur, sur :

- le régime d'équivalence³ ;
- les temps de pause ;
- les durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail ;

¹ Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

² Décret n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 relatif à l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de la mise en œuvre de prestations de suppléance à domicile du proche aidant et de séjours de répit aidants-aidés.

³ Un régime d'équivalence assimile à la durée légale du travail une durée de présence supérieure. La mise en place d'un régime d'équivalence concerne les emplois comportant des périodes d'inaction.

- les durées maximales quotidienne et hebdomadaire de travail accomplies par un travailleur de nuit ;

- la durée minimale de repos quotidien.

La durée d'une intervention peut aller jusqu'à six jours consécutifs et le nombre total de journées d'intervention est limité, pour chaque salarié, à un plafond de 94 jours sur une période douze mois. La totalité des heures accomplies par le salarié ne peut excéder un plafond de 48 heures par semaine en moyenne, apprécié sur chaque période de quatre mois consécutifs.

Les salariés bénéficient dans ce cadre, au cours de chaque période de 24 heures, d'une période minimale de repos de onze heures consécutives. Cette période de repos pouvant être soit supprimée, soit réduite, l'intervention ouvre droit à un repos compensateur équivalent qui peut être accordé en partie pendant l'intervention.

b) Les deux dispositifs expérimentaux

Le décret du 28 décembre 2018 a fixé deux cahiers des charges : l'un pour les prestations de séjours de répit aidant-aidé, l'autre pour les prestations de relayage à domicile.

Il convient de préciser que de telles prestations existent indépendamment de l'expérimentation et s'inscrivent alors dans les règles de droit commun.

• **L'expérimentation du relayage à domicile**, inspirée du « baluchonnage » québécois, permet à des services d'aide à domicile de **mobiliser un seul intervenant pendant plusieurs jours consécutifs en relais de l'aidant au domicile de la personne aidée.**

Il s'agit d'offrir du répit à des aidants de personnes pour lesquelles l'accueil temporaire en dehors du domicile n'est pas adapté, en particulier pour des personnes présentant une atteinte des fonctions mentales, cognitives ou psychiques, pour lesquelles la préservation des repères est essentielle. Comme le précise le cahier des charges de l'expérimentation, l'intervention d'un seul professionnel, plutôt que de plusieurs qui se succèdent toutes les 8 ou 12 heures, est un élément essentiel de qualité de l'accompagnement proposé au couple aidant-aidé¹.

¹ Décret n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 – Annexe 1.

- L'objectif des **séjours de répit aidants-aidés** est d'offrir, dans des conditions de sécurité médicale, des séjours et services diversifiés à la personne aidée et à son aidant. Les publics concernés sont les proches aidants, les personnes en situation de handicap, malades ou en perte d'autonomie, dont les personnes atteintes de maladies neurodégénératives. Les séjours doivent garantir un accompagnement médical et médico-social en fonction des besoins et proposer des formules renforcées de soutien aux aidants (répit, soutien psychologique, etc.).

Tout en constituant une rupture avec le quotidien, le séjour peut être d'autant plus bénéfique qu'il offre une certaine continuité. Selon le cahier des charges de l'expérimentation, l'enjeu est de mieux répondre aux situations individuelles des personnes et de favoriser l'accès aux loisirs et aux vacances des personnes aidées et de leurs aidants¹.

c) Les établissements et services retenus pour mettre en œuvre l'expérimentation

À l'issue d'un appel à candidatures national, lancé en janvier 2019 par la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), la direction générale du travail (DGT) et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), en lien avec les agences régionales de santé (ARS), les conseils départementaux et les services déconcentrés de l'État, **51 candidats, pouvant représenter plusieurs établissements et services médico-sociaux, ont été sélectionnés et autorisés à mener l'expérimentation à partir du 10 mai 2019**. Parmi eux, 11 candidats dont la liste a été fixée par décret proposent des séjours répit aidant-aidé².

Plus de 220 établissements et services sont ainsi autorisés à mettre en œuvre l'expérimentation dans 54 départements et 14 régions.

2. ...qui a fait l'objet d'une première prolongation de deux ans

La crise sanitaire ayant perturbé le bon déroulement de l'expérimentation, la LFSS pour 2022 l'a prolongée de deux années supplémentaires en fixant son terme au **31 décembre 2023**³.

En outre, elle a prévu un financement des frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation par la CNSA.

¹ Décret n° 2018-1325 du 28 décembre 2018 – Annexe 2.

² Décret n° 2019-372 du 26 avril 2019 fixant la liste des séjours de répit aidants-aidés autorisés à mener l'expérimentation prévue à l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Article 55.

3. L'évaluation des dispositifs

L'article 53 de la loi « Essoc » prévoit que le Gouvernement remette au Parlement, au plus tard six mois avant l'échéance de l'expérimentation, un rapport d'évaluation de ces dispositifs sur la base des contributions des établissements et services expérimentateurs ainsi que des autorités compétentes pour les autoriser. Ce rapport n'a pas été remis au Parlement à ce jour.

En revanche, l'Igas a été saisie par le Gouvernement d'une mission portant sur l'évolution du cadre juridique et financier de l'offre de répit pour les aidants, dont le rapport a été remis en décembre 2022. Cette mission s'est notamment prononcée sur les conditions de la généralisation du relayage à domicile ainsi que sur le développement des séjours de vacances-répit¹.

a) Des dispositifs peu développés

Le rapport constate notamment que l'offre de relayage à domicile développée dans le cadre de l'expérimentation « *est restée très modeste alors que de nombreuses autres formules de suppléance de domicile se sont développées ces toutes dernières années pour les aidants de personnes âgées sans pour autant recourir à ce cadre dérogatoire* ».

Les freins identifiés par la mission tiennent principalement :

- du côté de la demande, à des financements qui restent encore très ponctuels, largement méconnus et complexes à mobiliser ;
- du côté de l'offre, aux difficultés de recrutement du secteur et à un modèle juridique et économique encore indéterminé.

La mission a également dressé un bilan peu concluant des séjours de vacances-répit, auquel le faible recours s'explique notamment par leur coût élevé.

b) Des points de vigilance sur les dérogations au droit du travail

Le rapport propose notamment de redéfinir les cas de recours aux dérogations au droit de travail pour les suppléances à domicile de plus de 48 heures, qui devrait « *être restreint aux personnes dont l'état de santé pourrait pâtir de la pluralité des intervenants* ».

La mission recommande plus généralement de s'assurer de la soutenabilité d'un cadre juridique exorbitant du droit commun et fragile au regard du droit de l'Union européenne.

¹ Soutenir les aidants en levant les freins au développement de solutions de répit, *rapport Igas, décembre 2022.*

B. La proposition de prolonger une seconde fois l'expérimentation

L'article 37 *ter* a été inséré par quatre amendements identiques¹ retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale.

Il tend à prolonger d'une année supplémentaire, soit jusqu'au **31 décembre 2024**, la durée de l'expérimentation (I).

Le II précise que les frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation seraient financés par la CNSA de manière à assurer la recevabilité de l'amendement dans une loi de financement de la sécurité sociale.

II - La position de la commission : des dispositifs dont la viabilité reste à démontrer

Cet article s'inscrit dans le contexte du lancement de la nouvelle stratégie « Agir pour les aidants » 2023-2027 du Gouvernement, qui prévoit notamment des mesures visant à « *structurer l'offre de relayage à domicile* » et à « *promouvoir les vacances répit partagées* ».

Dans cette perspective, **cette mesure apparaît comme une réponse d'attente à la demande légitime de renforcement de l'offre de solutions de répit et d'amélioration de l'accès à ces solutions.**

Le rapporteur considère que la prolongation de cette expérimentation doit s'accompagner d'un véritable bilan et d'une réflexion sur le modèle économique et juridique de ces dispositifs.

À son initiative, la commission a adopté un amendement n° 305 tendant à supprimer une précision redondante : l'article 55 de la LFSS pour 2022, toujours en vigueur, dispose déjà que les frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation sont financés par la CNSA.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Amendements de M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons, Mme Servane Hugues et plusieurs de ses collègues du groupe Renaissance, M. Thibault Bazin (Les Républicains) et Mme Annie Vidal (Renaissance).

Article 37 quater (nouveau)

Mécanisme de remboursement entre institutions au titre des prestations servies pour le compte d'un autre État membre de l'Union européenne

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à mettre en œuvre dans le champ des prestations d'autonomie le mécanisme de remboursement entre institutions prévues par l'article 35.1 du règlement européen (CE) 883/2004.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. L'application aux prestations d'autonomie du mécanisme de remboursement entre institutions des États européens

Le règlement (CE) n° 883/2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale¹ prévoit, dans son article 35.1, que « les prestations en nature servies par l'institution d'un État membre pour le compte de l'institution d'un autre État membre, en vertu du présent chapitre, donnent lieu à remboursement intégral ». Les modalités selon lesquelles ces remboursements sont effectués sont déterminées par un règlement d'application².

L'allocation personnalisés d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH) étant considérées, au regard de la jurisprudence de l'Union européenne, comme des prestations de maladie auxquelles s'appliquent ces dispositions³, elles doivent faire l'objet d'un remboursement par l'État d'affiliation de l'intéressé lorsqu'elles sont versées à une personne résidant en France et relevant d'un autre pays de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse.

C'est le Centre national des soins à l'étranger (CNSE), rattaché à l'assurance maladie, qui récupère auprès de ces États le montant des prestations perçues par leurs ressortissants en France.

¹ Règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, entré en vigueur le 1^{er} mai 2010.

² Règlement (CE) n° 987/2009 du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009 fixant les modalités d'application du règlement (CE) n° 883/2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale.

³ CJUE, n° C-372/18 du 14 mars 2019.

B. La mise en œuvre d'un mécanisme de remboursement entre la CNSA et les départements

L'article 37 *quater*, inséré par un amendement de Mme Isabelle Rauch (Horizons) retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale, prévoit que la **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) reverse aux départements et aux maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) le produit versé par l'assurance maladie correspondant aux remboursements**, par d'autres États membres de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou par la Suisse, des sommes attribuées par les départements au titre de l'APA et de la PCH aux bénéficiaires relevant de la compétence de ces États.

II - La position de la commission : la conséquence logique de la jurisprudence européenne

Cet article vise à tirer toutes les conséquences de l'assimilation de l'APA et de la PCH à des prestations de sécurité sociale par le droit de l'Union européenne. En effet, la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a eu pour première conséquence de soustraire le patrimoine des ressortissants d'autres États européens aux contributions destinées à financer ces prestations.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 38

**Création d'un service de repérage et d'orientation précoce
pour toutes les situations de handicap**

Cet article prévoit la création d'un service de repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter tout trouble de santé à caractère durable et invalidant et la prise en charge par l'assurance maladie d'un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : la création d'un service généraliste de repérage et de diagnostic précoce

A. Les efforts mis en œuvre en matière de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce

1. Les dispositifs généraux de prévention du handicap chez l'enfant

a) Les actions de prévention concernant les enfants de moins de six ans

Aux termes de l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, tous les enfants de moins de dix-huit ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires.

Ce suivi préventif des enfants comprend notamment **14 examens médicaux obligatoires au cours des trois premières années, puis 3 de la quatrième à la sixième année**¹. Leur calendrier est fixé par arrêté du ministre de la santé. Trois examens pratiqués au cours des trois premières années donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé² ; ce dernier doit être adressé au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI)³.

Les examens sont réalisés soit par le médecin traitant de l'enfant, soit par un autre médecin choisi par les parents ou les personnes exerçant l'autorité parentale de l'enfant. Avant les six ans de l'enfant, ces examens peuvent être faits par un médecin d'une consultation de PMI. L'examen prévu au cours de la sixième année de l'enfant peut être réalisé par un médecin de l'éducation nationale⁴.

¹ Art. R. 2132-1 (I) du code de la santé publique.

² Art. R. 2132-2 du code de la santé publique.

³ Art. L. 2132-3 du code de la santé publique.

⁴ Art. R. 2132-1 (II) du code de la santé publique.

Le contenu des examens, qui peut être détaillé dans le carnet de santé, porte notamment sur la surveillance du développement physique, psychoaffectif et neuro-développemental et sur le dépistage des troubles sensoriels¹.

b) Des structures permettant la prise en charge précoce d'enfants en situation de handicap

Lorsqu'un handicap est suspecté, décelé ou signalé chez un enfant, notamment au cours des examens médicaux obligatoires, l'article L. 2132-4 du code de la santé publique dispose que les parents ou les personnes exerçant l'autorité parentale doivent être informés, dans le respect des règles déontologiques, de la nature du handicap et de la **possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans un centre spécialisé.**

Les centres d'action médico-sociale précoce²

Les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) sont des établissements médico-sociaux chargés de la prise en charge précoce des problématiques de handicap chez les enfants âgés de 0 à 6 ans présentant des difficultés ou des retards dans leur développement.

Ils accompagnent les parents dans le diagnostic, la prévention, le traitement et la rééducation de leur enfant. Ils permettent la mise en place d'une aide spécialisée destinée aux enfants comme à leurs parents et d'un traitement visant à faciliter l'adaptation des enfants dans leur milieu familial, social et scolaire, ainsi qu'un suivi par des consultations, des séances individuelles ou de groupe.

Les CAMSP assurent :

- le dépistage des déficits ou handicaps ;
- la prévention de leur aggravation ;
- les soins et la rééducation par cure ambulatoire permettant le maintien de l'enfant dans un milieu de vie ordinaire ;
- l'accompagnement des familles dès la période de doute ;
- l'aide à l'intégration dans les structures d'accueil de la petite enfance ;
- le lien avec les structures hospitalières et de ville.

Les actions de prévention, de dépistage et de prise en charge se font en partenariat avec les crèches et écoles, les centres de PMI, les services hospitaliers et les médecins libéraux.

L'équipe du CAMSP est composée d'une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative : médecins spécialistes (pédiatres et psychiatres), personnel de rééducation (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, etc.), auxiliaires médicaux, psychologues, assistantes sociales et éducateurs de jeunes enfants.

¹ Art. R. 2132-1 (III) du code de la santé publique.

² Source : Monparcourshandicap.gouv.fr.

Dans les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (cf. encadré *supra*). Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et services accueillant des enfants de moins de six ans mentionnés à l'article L. 2324-1¹. La durée moyenne de l'accompagnement au sein des CAMSP est actuellement de deux ans et demi².

Le financement des CAMSP est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie, pour 80 % de son montant, et du département, pour le solde (**règle « 80 % / 20 % »**)³.

Fin 2022, **16 000 places** étaient ouvertes au sein des CAMSP⁴.

Parmi les structures formant la « deuxième ligne » de l'accompagnement précoce des enfants, on compte également les centres médico-pédagogiques (CMPP), les centres médico-psychologiques (CMP) ou encore les centres de ressources autisme (CRA).

2. Les dispositifs spécifiques de repérage et d'intervention précoce

a) L'organisation d'une prise en charge précoce des troubles du neuro-développement

Les plans autisme successifs et la stratégie nationale pour l'autisme au sein des troubles du neuro-développement 2017-2022 ont permis de faire émerger un modèle de prise en charge reposant sur un **triolet précoce : repérage, diagnostic, intervention**.

Dans le cadre de la stratégie 2017-2022, ont notamment été mises en place des **plateformes de coordination et d'orientation (PCO)** chargées d'organiser un **parcours de bilan et intervention précoce** pour l'accompagnement des enfants présentant des troubles du neuro-développement (TND).

Les troubles du neuro-développement⁵

Les troubles du neuro-développement (TND) regroupent un ensemble d'affections variées, aux conséquences plus ou moins sévères : troubles du spectre autistique (TSA), trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA, dits troubles « dys »).

¹ Art. L. 2132-4 du code de la santé publique.

² Cf. *fiche d'évaluation préalable de l'article 38 annexée au PLFSS*.

³ Art. L. 2112-8 du code de la santé publique.

⁴ Source : *chiffres-clés CNSA 2023*.

⁵ Source : *Rapport d'information n° 659 (2022-2023) de Mme Jocelyne Guidez, M. Laurent Burgoa et Mme Corinne Féret sur les troubles du neuro-développement, déposé le 31 mai 2023*.

La prévalence de chacun de ces troubles est en augmentation constante ces dernières décennies. Si l'on transpose les études internationales à la situation démographique française, on estime que les TSA concernent 1 % de la population, le TDAH 5 % des enfants et 2,5 % des adultes, et les troubles dys 5 à 17 % des enfants en âge scolaire. Au total, **1 enfant sur 6** présenterait un TND.

La LFSS pour 2019¹ a ainsi prévu la **prise en charge par l'assurance maladie de ce parcours**². Cette prise en charge est soumise à prescription médicale. Elle est ouverte aux **enfants de moins de douze ans**³.

Afin de porter les PCO, **des structures sont désignées par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS)** parmi les établissements et services médico-sociaux spécialisés tels que les CAMSP ou les établissements de santé autorisés en psychiatrie. **Ces structures peuvent conclure avec des professionnels de santé libéraux** (médecins, dentistes, ergothérapeutes, psychomotriciens) **et avec des psychologues un contrat**, conforme à un contrat type défini par arrêté ministériel⁴, prévoyant notamment, pour chaque catégorie de professionnels, des engagements de bonnes pratiques professionnelles et les conditions de retour d'information à la structure et au médecin traitant. Pour les ergothérapeutes, psychomotriciens et psychologues, **ce contrat prévoit également les modalités selon lesquelles la structure rémunère les prestations** réalisées dans le cadre du parcours.

La structure désignée pour porter une PCO perçoit une **dotation, versée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)**, pour financer le parcours de bilan et intervention précoce⁵.

Quand les difficultés de l'enfant et les besoins de la famille nécessitent de solliciter des professionnels non conventionnés par l'assurance maladie (ergothérapeutes, psychologues ou psychomotriciens), la PCO peut déclencher un **forfait d'intervention précoce**⁶. Versé par étapes pendant un an, il peut être prolongé de six mois si nécessaire. Son montant est variable en fonction des besoins de l'enfant et de l'organisation de son parcours. Il est financé par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

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

² Art. L. 2135-1 du code de la santé publique.

³ Art. R. 2135-1 du code de la santé publique.

⁴ Arrêté du 16 avril 2019 relatif au contrat type pour les professionnels de santé mentionnés aux articles L. 4331-1 et L. 4332-1 du code de la santé publique et les psychologues pris en application de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique.

⁵ Art. L. 174-17 du code de la sécurité sociale.

⁶ Cf. arrêté du 16 avril 2019.

Depuis 2023, chaque département dispose de sa PCO pour les enfants de 0 à 6 ans. Du fait de la similitude des publics des CAMSP et des PCO, il existe un lien étroit entre ces deux structures : **entre 70 % et 80 % des PCO sont portées par des CAMSP**¹.

À noter que, par dérogation à la règle « 80 % / 20 % » applicable au financement des CAMSP, les régimes d'assurance maladie financent l'intégralité des dépenses relatives au parcours de bilan et intervention précoce².

Ce modèle doit être progressivement étendu aux enfants de 7 à 12 ans³.

b) La création récente d'un parcours pour les enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale

On estime à environ 40 000 le nombre d'enfants polyhandicapés ou ayant une paralysie cérébrale et accompagnés par des établissements et services médico-sociaux en France⁴.

À la suite d'un engagement formulé lors de la Conférence nationale du handicap du 11 février 2020, la LFSS pour 2023 a introduit un **parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation** pour les enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale⁵. Ce parcours est pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale.

À l'instar du parcours dédié aux TND, celui-ci sera **organisé par des structures médico-sociales** désignées par arrêté du directeur général de l'ARS. À cet effet, celles-ci pourront conclure un **contrat avec des professionnels libéraux conventionnés, des ergothérapeutes et des psychomotriciens**⁶.

Toutefois, le **décret en Conseil d'État** qui doit fixer les conditions d'application du dispositif **n'a toujours pas été publié**.

¹ Cf. rapport d'information n° 659 (2022-2023) de Mme Jocelyne Guidez, M. Laurent Burgoa et Mme Corinne Féret sur les troubles du neuro-développement, déposé le 31 mai 2023.

² Art. L. 2112-8 du code de la santé publique.

³ Circulaire interministérielle n° DIA/DGCS/SD3B/DGOS/R4/DGESCO/2021/201 du 23 septembre 2021 relative au déploiement des plateformes de coordination et d'orientation et l'extension du forfait d'intervention précoce de 7 à 12 ans.

⁴ Cf. rapport n° 99 (2022-2023), tome II, au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, déposé le 2 novembre 2022 – Commentaire de l'article 35 bis.

⁵ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Article 81.

⁶ Art. L. 2136-1 du code de la santé publique.

B. L'extension à toutes les formes de handicap des parcours de repérage et d'intervention précoce

Lors de la Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, le Président de la République a annoncé que « *les enfants auront désormais accès à un service public de repérage, d'évaluation et d'intervention précoce et intensive du handicap, sans passage préalable obligatoire par la MDPH* ».

L'article 38 vise à concrétiser cet engagement à horizon 2025.

1. L'esquisse d'un cadre unifié pour le repérage et le diagnostic précoces des situations de handicap

a) La création d'un parcours générique de bilan, de diagnostic et d'intervention

Le 2° du I tend à rétablir, au sein du titre du code de la santé publique relatif aux actions de prévention concernant l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte¹, un chapitre IV intitulé : « *Service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce* ».

Dans un nouvel article L. 2134-1, il confie aux acteurs des secteurs sanitaire et médico-social, aux professionnels de soins de ville, aux services départementaux de protection maternelle et infantile (PMI) et aux services de l'éducation nationale la mission d'assurer le **repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant de quelque nature que ce soit**, notamment un TND. Ce repérage s'appuierait notamment sur les examens médicaux obligatoires de prévention sanitaire et sociale prévus à l'article L. 2132-2 du code de la santé publique.

L'assurance maladie prendrait en charge pour ces enfants, **sur prescription médicale, un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention**. Le parcours de bilan et intervention précoce, pour les enfants présentant un TND, et le parcours coordonné de diagnostic, de rééducation et de réadaptation, pour les enfants en situation de polyhandicap ou atteints de paralysie cérébrale, deviendraient des modalités de ce parcours.

Le parcours serait organisé, selon la nature des troubles, par des **structures désignées par le directeur général de l'ARS** parmi :

- les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs et jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation ;
- les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) ;
- les centres de ressources, centres d'information et de coordination ou centres prestataires de services de proximité ;
- les établissements de santé.

¹ Titre III du livre 1^{er} de la deuxième partie du code de la santé publique.

Ces structures devraient respecter un **cahier des charges** défini par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé des personnes handicapées.

Elles pourraient conclure, pour la réalisation de bilans, de diagnostics ou d'interventions, un **projet de parcours avec des professionnels de santé libéraux** (médecins, dentistes, ergothérapeutes, psychomotriciens) **et avec des psychologues**. Ce projet de parcours prévoirait notamment, pour chaque catégorie de professionnels :

- des engagements de bonnes pratiques professionnelles ;
- les conditions du retour d'information à la structure désignée et au médecin traitant ;
- les modalités de calcul et de versement de la rémunération des prestations réalisées.

Il est précisé que la rémunération de tout ou partie des prestations réalisées dans le cadre du parcours prendrait la forme d'un **forfait**.

Un décret en Conseil d'État préciserait les conditions d'application du dispositif, notamment les modalités de prescription, les conditions d'intervention des professionnels, la durée de prise en charge et les conditions de calcul et de versement des rémunérations des professionnels participant au parcours.

Ce dispositif entrerait en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le **1^{er} janvier 2025 (III)**.

Selon la fiche d'évaluation préalable de l'article 38, le montant total de la mesure s'élèverait à **169 millions d'euros en 2028 sur l'Ondam soins de ville**, avec une montée en charge progressive (de 42 millions d'euros en 2025 à 127 millions en 2027)¹.

b) La mise en cohérence des parcours existants

• En cohérence avec le dispositif proposé, le **3^o du I** tend à modifier l'article L. 2135-1 du code de la santé publique, relatif au parcours de bilan et intervention précoce pour les TND, afin de qualifier de « projet de parcours » le contrat pouvant être signé entre la structure désignée pour porter la PCO et les professionnels de santé libéraux ou psychologues **(a)**, et de « modèle » le contrat type défini par arrêté ministériel **(b)**.

En outre, il est proposé de **supprimer la précision selon laquelle les prestations réalisées dans le cadre du parcours de bilan et intervention précoce sont rémunérées par la structure organisatrice (c)** afin de permettre le versement du forfait précoce par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

¹ Cf. annexe 9 du PLFSS pour 2024.

• De même, à l'article L. 2136-1 du même code relatif au parcours de rééducation et de réadaptation des enfants polyhandicapés ou cérébrolésés, le contrat entre les structures organisatrices et les professionnels de santé libéraux serait qualifié de « projet de parcours » (**4° du I**).

c) Les modalités de la prise en charge par l'assurance maladie et de la participation de l'assuré

Le **1° du II** tend à compléter l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale afin de mentionner, au titre des prestations d'assurance maladie, la **couverture des frais** relatifs au parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention.

Le **2° du II** précise, à l'article L. 160-13 du même code, que la **participation de l'assuré** à ces frais pourrait être proportionnelle à tout ou partie de leur montant ou forfaitaire. Le taux ou le montant de cette participation devra être défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Selon la fiche d'évaluation préalable, une part serait prise en charge par les complémentaires santé suivant des modalités à définir par voie réglementaire¹.

Le **3° du II** procède en conséquence à une coordination à l'article L. 160-14.

À l'article L. 174-17 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une **dotations de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)** aux structures organisatrices pour financer le parcours de bilan et intervention précoce pour les TND, seraient également mentionnés le nouveau parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention ainsi que le parcours pour les enfants polyhandicapés ou paralysés cérébraux (**4° du II**).

2. Un assouplissement du cadre de financement des CAMSP

Le **1° du I** vise à introduire, dès 2024, une **possibilité de déroger à la règle « 80 % / 20 % » pour le financement des CAMSP**. Dans le cadre d'une convention conclue entre le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, la part à la charge des régimes d'assurance maladie pourrait être fixée à un niveau supérieur à 80 % (**b**).

Plus généralement, il est précisé que la dotation aux CAMSP est fixée par le directeur général de l'ARS (**a**).

Pour la construction de l'objectif global de dépenses (OGD) 2024, **44 millions d'euros de dépenses nouvelles** sont fléchés vers le repérage et l'accompagnement précoce et ciblés sur les CAMSP et les PCO².

¹ Cf. annexe 9 du PLFSS pour 2024.

² Source : annexe 7 du PLFSS pour 2024 (pp. 35-36).

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application de l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, le Gouvernement a retenu trois amendements identiques¹ précisant que **le repérage précoce s'appuie également sur le bilan de santé et de prévention qui est obligatoirement réalisé à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance.**

Il a également retenu quatre amendements rédactionnels de la rapporteure Caroline Janvier.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission : éviter un empilement incohérent de dispositifs

1. Préciser l'articulation du nouveau service avec les dispositifs et acteurs existants

Le dépistage et la prise en charge des handicaps à l'âge où le cerveau a la plus grande plasticité possible sont essentiels afin de maximiser l'impact de l'intervention et de limiter les risques de surhandicap.

Toutefois, il est permis de se demander ce qu'apportera ce nouveau « service » auquel sont appelés à contribuer des acteurs existants, qu'il s'agisse des établissements et services médico-sociaux (ESMS), des professionnels de soins de ville, des services de PMI ou de l'éducation nationale.

La question de son articulation avec les outils déjà déployés, tels que les PCO et le forfait d'intervention précoce en matière de troubles du neuro-développement, se pose également. En particulier, les limites d'âge diffèrent entre le dispositif dédié aux TND (douze ans) et le dispositif prévu par cet article (six ans).

À l'initiative du rapporteur, la commission a donc adopté deux amendements visant à :

- inscrire dans la loi la limite d'âge de douze ans, actuellement prévue par décret, du parcours de bilan et intervention précoce pour l'accompagnement des enfants présentant un TND (amendement n° 308) ;

- préciser que le nouveau service pourra être organisé par les acteurs existants, notamment les PCO qui jouent le même rôle en matière de troubles du neuro-développement (amendement n° 309).

¹ Amendements de M. Jérôme Guedj et plusieurs de ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, de M. Sébastien Peytavie et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste et de M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

En outre, en cohérence avec la prise en compte du bilan de santé et de prévention réalisé à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance, la commission a adopté un amendement n° 307 du rapporteur prévoyant la participation des services de l'aide sociale à l'enfance au service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce.

2. Sécuriser le rôle des départements en matière de prévention

Dans le cadre d'une convention conclue entre le directeur général de l'ARS et le président du conseil départemental, la part du financement des CAMSP à la charge des régimes d'assurance maladie pourrait être fixée à un niveau supérieur à 80 % dès 2024.

Or, en pratique, la part actuellement versée par le département permet aux CAMSP de financer des actions de prévention.

Afin que le conseil départemental puisse continuer à jouer ce rôle malgré la diminution de sa contribution relative au financement des CAMSP, la commission a adopté un **amendement n° 306** du rapporteur afin de **prévoir que les conventions ARS-département définissent des objectifs en matière de prévention.**

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article additionnel après l'article 38

Expérimentation d'un dispositif de transition pour les jeunes en situation de handicap

Cet article additionnel vise à permettre, à titre expérimental, l'accompagnement au sein de dispositifs de transition de jeunes d'au moins seize ans en situation de handicap accueillis dans des établissements pour enfants.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

Ainsi que l'énonce l'article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles, en matière d'accompagnement des enfants et adolescents en situation de handicap, « la prise en charge la plus précoce possible est nécessaire. Elle doit pouvoir se poursuivre tant que l'état de la personne handicapée le justifie et sans limite d'âge ou de durée. »

L'amendement « Creton »¹, du nom du comédien Michel Creton qui l'avait défendu, a modifié en 1989 la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975² en permettant le **maintien des jeunes adultes accueillis dans des établissements et services pour enfants handicapés**, tels que les instituts médico-éducatifs (IME), en attendant de trouver une place dans des structures pour adultes. L'accueil peut être prolongé au-delà de l'âge de vingt ans – ou, si l'âge limite pour lequel l'établissement est agréé est supérieur, au-delà de cet âge – dans l'attente de l'intervention d'une solution adaptée.

Ce maintien est possible sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) siégeant en formation plénière. Cette décision s'impose à l'organisme ou à la collectivité compétente pour prendre en charge les frais d'hébergement et de soins dans l'établissement pour adultes désigné par la CDAPH lors de l'orientation du jeune adulte en situation de handicap³.

Malgré son intérêt, ce dispositif a engendré des difficultés au vu du nombre croissant de bénéficiaires : ils seraient aujourd'hui environ 10 000⁴, alors qu'ils étaient 5 700 en 2014, et leur maintien dans les établissements pour enfants peut être prolongé.

Selon une étude de la Drees, *« l'organisation des établissements en est affectée : l'accompagnement proposé à des enfants peut ne pas être le même que celui dont auraient besoin des jeunes de plus de vingt ans et la cohabitation entre enfants mineurs et jeunes adultes peut s'avérer complexe, voire poser des problèmes d'ordre organisationnel ou juridique. Par ailleurs, le dispositif crée une pression sur l'offre des établissements pour enfants puisque ce sont autant de places qui ne sont pas libérées. »*⁵

La création d'une offre pour les jeunes adultes maintenus dans des établissements pour enfants au titre de l'« amendement Creton » est l'un des objectifs des « 50 000 solutions » annoncées lors de la conférence nationale du handicap (CNH) du 26 avril 2023. Toutefois, à ce stade, aucune proposition précise n'a été formulée par le Gouvernement.

À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté l'**amendement n° 310** qui permet, **à titre expérimental, l'accueil de jeunes en situation de handicap dès l'âge de 16 ans dans des dispositifs médico-sociaux de transition** autorisés par l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental, sur orientation de la CDAPH. Ces jeunes y recevraient un accompagnement spécifique jusqu'à leur admission dans un établissement pour adultes.

¹ Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social – Article 22.

² Loi n° 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées – Article 6.

³ Article L. 242-4 du code de l'action sociale et des familles.

⁴ Source : annexe 7 du PLFSS pour 2024, page 36.

⁵ Les jeunes adultes relevant de l'amendement Creton, *Les dossiers de la Drees n° 36*, juin 2019.

L'expérimentation, d'une durée de quatre ans, ferait l'objet d'un rapport d'évaluation déterminant notamment les conditions de la pérennisation du dispositif.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 11 octobre 2023, la ministre des solidarités et des familles Aurore Bergé, s'est montrée favorable à une telle expérimentation, ce qui permet d'assurer la recevabilité financière de l'amendement¹.

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 310.

Article 38 bis (nouveau)

Prise en charge renforcée de certains produits et prestations

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à modifier les conditions de prise en charge des fauteuils roulants par l'assurance maladie.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I – Le dispositif proposé : un ajustement de la base légale de la liste des produits et prestations remboursables

A. L'introduction dans le cadre du « 100 % santé » de classes de produits et prestations pouvant donner lieu à une prise en charge différenciée

L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale subordonne l'admission au remboursement des dispositifs médicaux, produits et prestations associés à l'inscription sur une liste des produits et prestations (LPP).

Afin de mettre en œuvre la réforme du « 100 % santé », la LFSS pour 2019² avait modifié cet article en précisant que la LPP peut distinguer, au sein d'une même catégorie de produits, plusieurs classes. Ces classes de produits, dont l'une au moins a vocation à faire l'objet d'une « *prise en charge renforcée* », sont définies en fonction de deux critères :

- le caractère primordial du service rendu ;
- le rapport entre ce service rendu et le tarif ou prix envisagé.

¹ En réponse à M. Benoît Mournet, Mme Aurore Bergé a déclaré : « Quant à l'amendement relatif au dispositif tremplin, je peux vous dire que le Gouvernement lèvera le gage, mais il faudra réfléchir à la manière de le mettre en œuvre – peut-être au travers d'une expérimentation ? » (cf. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/comptes-rendus/cion-soc/116cion-soc2324007_compte-rendu#).

² Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, art. 51.

L'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de fixer des tarifs de responsabilité différenciés en fonction de l'appartenance à ces différentes classes.

Cette réforme a notamment instauré la couverture par les garanties obligatoires des contrats responsables des frais en sus des tarifs de responsabilité pris en charge par la sécurité sociale pour les soins dentaires prothétiques, les aides auditives et les dispositifs d'optique médicale du panier « 100 % santé ».

B. Le projet d'étendre la prise en charge renforcée aux fauteuils roulants

L'article 38 *bis* a été inséré par un amendement de M. Sébastien Peytavie (Écologiste) retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale.

Il vise à concrétiser l'annonce, formulée lors de la conférence nationale du handicap du 26 avril 2023, de **garantir le remboursement intégral des fauteuils roulants à compter de 2024**. Cette annonce s'inscrit dans un projet plus large de révision de la prise en charge des véhicules pour personnes handicapées (VPH) et d'amélioration de l'accès aux aides techniques.

À cette fin, cet article tend à modifier l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale afin de **préciser que des catégories de produits comportant une classe unique puissent faire l'objet d'une prise en charge renforcée**.

Les conditions de la prise en charge des fauteuils roulants

Les fauteuils roulants et leurs accessoires, les coussins anti-escarres et les forfaits réparation font partie de la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie après prescription médicale.

L'ensemble des fauteuils roulants disponibles sont répertoriés sous 25 codes de nomenclature avec un remboursement possible allant de 350 à 960 euros, pour les fauteuils manuels sans option, et de 2 700 à 5 200 euros pour les fauteuils électriques. Lorsque le prix du fauteuil roulant est supérieur au tarif de l'assurance maladie, différents financements publics peuvent intervenir pour compléter la prise en charge, notamment la prestation de compensation du handicap (PCH), pour les personnes en situation de handicap de moins de soixante ans, ou l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour les personnes âgées. Si un reste à charge subsiste, un complément de prise en charge peut être apporté par les complémentaires santé, voire par l'Association pour la gestion des fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph) si le fauteuil est utilisé dans le cadre professionnel.

Selon une publication de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), l'assurance maladie a enregistré une dépense globale d'un milliard d'euros au titre du remboursement des fauteuils roulants. Sur la période, un usager sur deux a vu sa dépense intégralement remboursée par l'assurance maladie, mais **près de 60 000 personnes ont eu un reste à charge supérieur à 5 000 euros après remboursement**¹.

Le rapport Denormandie-Chevalier sur les aides techniques a mis en évidence l'existence de reste à charge élevés pour l'achat de fauteuils roulants électriques spécifiques après intervention des financeurs publics et de tous les financeurs privés².

II - La position de la commission : un dispositif sans impact direct sur les conditions de prise en charge des fauteuils roulants

Le remboursement intégral des fauteuils roulants est une mesure attendue par les représentants des personnes en situation de handicap. Les auditions du rapporteur ont également mis en évidence des points de vigilance : il importe de bien prendre en compte le critère de l'autonomie des personnes dans la détermination des catégories de fauteuils roulants faisant l'objet d'une prise en charge renforcée, car des matériels d'entrée de gamme peuvent limiter significativement cette autonomie.

Lors de son audition devant la commission des affaires sociales, la ministre des solidarités et des familles a cependant indiqué que toutes les catégories de fauteuils roulants, quelles que soient leurs spécificités, seraient prises en charge³.

Il reste toutefois à préciser quel sera le coût de cette mesure pour la sécurité sociale et quelle part sera à la charge des complémentaires santé. Le rôle de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui interviennent actuellement dans la prise en charge des fauteuils roulants au titre des aides techniques, doit par ailleurs être clarifié. Enfin, il est douteux que les prix de l'ensemble des fauteuils roulants puissent être plafonnés, à l'instar des biens relevant actuellement du panier « 100 % santé » : il est rappelé que la suppression du reste à charge sur ces biens a eu pour contrepartie une diminution du remboursement des biens non inclus dans ce panier.

¹ « Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019 », *Questions d'économie de la santé* n° 272, octobre 2022.

² « Des aides techniques pour l'autonomie des personnes en situation de handicap ou âgées : une réforme structurelle indispensable », *rapport du Dr Philippe Denormandie et de Mme Cécile Chevalier*, octobre 2020.

³ Cf. *compte rendu de l'audition du 31 octobre 2023 de Mme Aurore Bergé annexé au présent rapport*.

Si le rapporteur est favorable à un remboursement intégral des fauteuils roulants, elle constate que le dispositif proposé n'a, en soi, aucun impact direct sur leur prise en charge et que le Gouvernement ne s'est avancé sur aucun chiffrage de cette mesure. La tarification des produits inscrits sur la liste des produits et prestations doit en effet être négociée par le Comité économique des produits de santé (CEPS) et l'État avec les fabricants, et l'extension du « 100 % santé » aux fauteuils roulants est de niveau réglementaire.

La commission a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur (n° 311).

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

CHAPITRE V

MODERNISER L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE

Article 39

Explicitation du caractère dual et refonte du mode de calcul de la rente AT-MP

Cet article propose de garantir le caractère dual de la rente AT-MP en explicitant que la rente couvre à la fois le préjudice professionnel et le préjudice fonctionnel découlant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle entraînant un taux d'incapacité supérieur à 10 %. En conséquence, il refond son mode de calcul.

La commission propose de confirmer la suppression de cet article.

I - Le dispositif proposé

A. La réparation des accidents du travail et maladies professionnelles ayant conduit à une incapacité permanente, fruit d'un compromis social ancien, revêtait jusque début 2023 une nature duale

1. En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle conduisant à une incapacité permanente, un système de réparation dérogatoire du droit commun, forfaitaire et sans faute, s'applique depuis le compromis social de 1898

L'indemnisation par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de l'incapacité permanente des victimes repose sur un « **compromis social** » datant du XIX^e siècle, **construit puis consolidé par trois grandes lois.**

La loi du 9 avril 1898 a constitué un compromis social historique en dispensant le salarié d'avoir à prouver la faute de son employeur pour obtenir une réparation au titre des accidents du travail, en contrepartie de quoi le salarié ne perçoit pas une indemnisation intégrale mais forfaitaire des préjudices subis, et ne peut, hors cas particulier¹, agir contre l'employeur en justice, ce dernier bénéficiant d'une immunité civile en la matière. Cette solution, retenue par le législateur, permet d'éviter une judiciarisation des accidents du travail, redoutée à la fois par les salariés en tant qu'elle rendrait plus complexe, imprévisible, long et onéreux l'accès à l'indemnisation, et par les employeurs, qui s'exposeraient alors à une réparation intégrale dont le montant peut déstabiliser les finances d'une entreprise.

Construisant sur le compromis issu de la loi du 9 avril 1898, la loi du 25 octobre 1919 a conduit à appliquer des préceptes similaires pour les maladies professionnelles à ceux en vigueur pour les accidents du travail.

Définition des accidents du travail et des maladies professionnelles

- Un **accident du travail** est défini, aux termes de l'article L. 411-1 du code de la sécurité sociale, comme « l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail », quelle qu'en soit la cause.

- Un **accident du trajet** est défini, par l'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale, comme « l'accident survenu à un travailleur pendant le trajet d'aller ou de retour » entre :

- la résidence principale, secondaire stable ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail² ;

- le lieu de travail et le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, dès lors que le parcours n'a pas été interrompu ou détourné par un motif indépendant de l'emploi.

Le régime des accidents du travail s'applique aux accidents de trajet ainsi caractérisés.

- Enfin, l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale caractérise la **maladie professionnelle** comme « toute maladie désignée dans un tableau » ou « essentiellement et directement causée par le travail ». Il s'agit donc d'une définition plus restrictive que celle des accidents du travail, pour lequel le lien de causalité essentiel et direct n'est pas retenu.

¹ Il s'agit du cas de faute inexcusable ou volontaire de l'employeur, abordé au 3 du A du I de ce commentaire.

² Un accident est caractérisé comme accident de trajet même si, du fait de nécessités du covoiturage, le trajet emprunté n'est pas le plus direct.

Enfin, **la loi du 30 octobre 1946¹** sur la prévention et la réparation des AT-MP a inscrit la réparation des AT-MP **dans le cadre de la sécurité sociale**, permettant une mutualisation du risque au sein de la branche AT-MP, financée de façon *quasi* assurantielle par des cotisations à la charge de l'employeur² uniquement dont le taux est pour partie³ dépendant de la sinistralité du secteur d'activité ou de l'entreprise, selon sa taille⁴, dans une visée incitative et préventive.

Ces trois grandes lois ont façonné **les piliers de l'indemnisation AT-MP, toujours appliqués aujourd'hui : la responsabilité présumée de l'employeur, c'est-à-dire la responsabilité sans faute, le caractère forfaitaire de la réparation, et le caractère amiable de la procédure.** L'attachement des partenaires sociaux à ces piliers a plusieurs fois été rappelé.

2. Les modalités de l'indemnisation de l'incapacité permanente par la branche AT-MP

La branche AT-MP indemnise l'incapacité temporaire et permanente des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles par une **compensation pécuniaire** constituant un **revenu de remplacement** pour la victime.

La définition du taux d'incapacité permanente

Aux termes de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, « *le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invaliderité* ».

La prise en charge par la branche AT-MP de l'incapacité temporaire

La branche AT-MP indemnise également **l'incapacité physique temporaire** à l'exercice du poste de travail des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Cette prise en charge consiste en le **versement d'indemnités journalières le long de la période d'arrêt de travail**, avant, le cas échéant, l'éventuelle constatation du caractère permanent des lésions dont souffre la victime.

¹ Loi n° 46-2426 du 30 octobre 1946 sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

² Les cotisations représentent, en 2023, 96 % des recettes du régime général de la branche AT-MP.

³ En 2022, 73,6 % du taux total notifié était ainsi dépendant de la sinistralité.

⁴ Hors exceptions sectorielles, les établissements de moins de 20 salariés ont un mode de tarification variable collectif, dépendant de la sinistralité de leur secteur d'activité. Les établissements de plus de 150 salariés ont un mode de tarification variable individualisé, ne dépendant que de leur propre sinistralité. Les établissements comprenant entre 20 et 149 salariés ont un mode de tarification variable mixte, dépendant à la fois de la sinistralité du secteur et de la sinistralité propre de l'établissement.

Les indemnités journalières versées par la branche AT-MP sont calculées sur **60 % du salaire journalier de base** pendant les 28 premiers jours, et 80 % au-delà jusqu'à consolidation tandis qu'en cas de maladie, seul 50 % du salaire est pris en charge pour une durée maximale de 12 mois par période de 3 ans. L'indemnité journalière maximale en AT-MP est fixée, lors des 28 premiers jours, à 220,14 euros bruts, contre 51,70 euros bruts en maladie.

La compensation pécuniaire prend la forme d'une **indemnité en capital**¹ si le taux d'incapacité est inférieur à un plafond fixé par décret en Conseil d'État à 10 %², ou **d'une rente viagère dans le cas contraire**³. Elle est exonérée de contributions sociales et d'impôt sur le revenu.

Le mode de calcul de l'indemnité varie selon la nature de la compensation.

a) Le mode de calcul de l'indemnité en capital est forfaitaire et ne dépend que du taux d'incapacité

L'indemnité en capital **ne dépend que du taux d'incapacité permanente**, et **répond au barème forfaitaire** fixé à l'article D. 434-1 du code de la sécurité sociale, et revalorisé tous les ans au 1^{er} avril aux termes de l'article L. 434-1 du même code.

En octobre 2023, le montant d'indemnité versé en fonction du taux d'incapacité permanente est celui du tableau suivant.

Montant de l'indemnité en capital selon le taux d'incapacité permanente

Taux d'incapacité permanente	Montant de l'indemnité en capital
1 %	450,81 €
2 %	732,76 €
3 %	1 070,77 €
4 %	1 690,07 €
5 %	2 141,02 €
6 %	2 648,10 €
7 %	3 211,28 €
8 %	3 831,29 €
9 %	4 507,36 €

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

¹ Article L. 434-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 434-1 du même code.

³ Article L. 434-2 dudit code.

b) *Le mode de calcul de la rente viagère fait intervenir le taux d'incapacité permanente et le salaire utile*

Lorsque le **taux d'incapacité permanente excède 10 %**, l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale dispose que **la victime « a droit à une rente » viagère, calculée comme le produit d'une fonction du taux d'incapacité par le salaire utile.**

Le salaire utile est déterminé en fonction du salaire de la victime :

- si le salaire de la victime **est inférieur au salaire minimum des rentes**, soit 20 049,09 euros depuis le 1^{er} avril 2023¹, la rente est calculée **sur la base dudit salaire minimum** aux termes de l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale ;

- si le salaire de la victime est compris entre **le salaire minimum des rentes et le double** de ce salaire, **la rente est calculée sur la base du salaire réel** ;

- si le salaire de la victime est **supérieur à deux fois le salaire minimum des rentes**, soit 40 098,18 euros, la fraction excédant ce montant **n'entre en compte que pour un tiers** dans la détermination du salaire utile. **La fraction excédant huit fois** le montant du salaire minimum des rentes **n'entre pas en compte** dans la détermination du salaire utile².

Pour calculer le niveau de la rente, le salaire utile doit être multiplié par une fonction du taux d'incapacité, dont la valeur est la moitié du taux d'incapacité pour la fraction n'excédant pas 50 %, et trois demis du taux d'incapacité pour la fraction excédant 50 %.

Quelques exemples de calcul de rente viagère

Exemple n° 1 : rente attribuée à une victime dont le salaire annuel est de 14 000 euros et dont le taux d'incapacité permanente est de 40 %. Le salaire annuel étant inférieur au salaire minimum des rentes, le salaire utile est fixé au salaire minimum des rentes, soit 20 049,09 euros. Le taux d'incapacité modulé est égal à la moitié de 40 %, soit 20 %. **La victime touche donc une rente annuelle de 20 % x 20 049,09 euros, soit 4 009,82 euros annuels.**

Exemple n° 2 : rente attribuée à une victime dont le salaire annuel est de 100 000 euros et dont le taux d'incapacité permanente est de 60 %. Le salaire annuel étant compris entre deux et huit fois le salaire minimal des rentes, les 40 098,18 premiers euros sont intégralement pris en compte pour la détermination du salaire utile, tandis que les 59 901,82 euros restant sont valorisés au tiers, soit à 19 967,27 euros. Le salaire utile atteint donc 60 065,45 euros. Le taux modulé est égal à la moitié de 50 %, soit 25 %, à laquelle s'ajoute trois demis de l'écart entre 50 % et 60 %, c'est-à-dire 15 %. **La rente annuelle atteint donc 40 % x 60 065,45 = 24 026 euros annuels.**

¹ Il s'agit du montant mentionné à l'article R. 434-27 du code de la sécurité sociale, majoré chaque année par l'application d'un coefficient, conformément à l'article L. 434-16 du même code.

² Article R. 434-28 du code de la sécurité sociale.

En outre, en cas d'accident suivi de mort, **une pension est servie, à partir du décès, aux ayants droit** incluant notamment le conjoint, les enfants et les ascendants¹.

Demeure toutefois la question des postes que la rente AT-MP vise à indemniser : **n'indemnise-t-elle que le préjudice professionnel, c'est-à-dire les pertes de salaires encourues, ou bien couvre-t-elle également le déficit fonctionnel permanent ?** Ce point **ne figurant pas explicitement dans la loi**, il faisait l'objet de **débats récurrents** dans la doctrine, que la chambre criminelle de la Cour de cassation² a entendu trancher en 2009.

Définition du déficit fonctionnel permanent

Le rapport Dintilhac³ décrit le déficit fonctionnel permanent comme « *la réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel, ou intellectuel résultant de l'atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique médicalement contestable, donc appréciable par un examen clinique approprié complété par l'étude des examens complémentaires produits, à laquelle s'ajoutent les phénomènes douloureux et les répercussions psychologiques, normalement liés à l'atteinte séquellaire décrite ainsi que les conséquences habituellement et objectivement liées à cette atteinte dans la vie de tous les jours* ».

La Cour avait alors retenu le caractère dual de la rente, estimant que « *la rente servie en application de l'article L. 434-2 du Code de la sécurité sociale répare nécessairement, en tout ou partie, l'atteinte objective à l'intégrité physique de la victime que représente le poste de préjudice du déficit fonctionnel permanent* ».

3. Des modalités d'indemnisation dérogatoires s'appliquent en cas de faute inexcusable de l'employeur

Afin de mieux indemniser les victimes et d'inciter les employeurs à mettre en place une prévention efficace dans leur entreprise, **des modalités d'indemnisation dérogatoires et plus favorables**⁴ s'appliquent en cas d'AT-MP consécutif à **une faute inexcusable de l'employeur** et à l'origine d'une incapacité permanente.

Définition de la faute inexcusable de l'employeur

Selon la Cour de cassation⁵, lorsque l'employeur avait ou aurait dû avoir conscience d'un danger auxquels ses employés étaient confrontés et n'a pas agi en conséquence, ce qui a provoqué un accident du travail ou une maladie professionnelle chez un employé, il se rend coupable d'une faute inexcusable.

¹ Articles L. 434-7 à 434-14 du code de la sécurité sociale.

² Cass. crim., 19 mai 2009, n° 08-82666.

³ Rapport du groupe de travail chargé d'élaborer une nomenclature des préjudices corporels, juillet 2005.

⁴ Article L. 452-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Cass. soc., 28 février 2002, n° 00-11.793, et Cass. soc., 11 avril 2002, n° 00-16.535.

La qualification de faute inexcusable de l'employeur est **relativement rare** : elle est **invoquée dans environ 3 000 dossiers par an**, un nombre à mettre en rapport avec le nombre de sinistres donnant lieu à une incapacité permanente, de l'ordre de 50 000 par an.

En cas de faute inexcusable de l'employeur (FIE) :

- **l'indemnisation de la branche AT-MP est majorée** dans la limite d'un plafond :

- en cas d'incapacité permanente supérieure ou égale à 10 %, la rente versée par la branche AT-MP est majorée dans la limite de la fraction du salaire correspondant à la réduction de capacité, en application de l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale ;

- en cas d'incapacité permanente inférieure à 10 %, l'indemnité en capital peut être majorée sans dépasser, au total, deux fois le montant d'indemnité correspondant au taux d'incapacité ;

- en outre, et **par dérogation au principe d'immunité civile de l'employeur en cas d'AT-MP**, la victime d'une faute inexcusable de l'employeur **peut recevoir de l'employeur et sur décision du juge une indemnisation intégrale**, et non forfaitaire comme la réparation prise en charge par la branche AT-MP, **de certains postes de préjudice**. Aux termes de l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale, les postes indemnifiables intégralement sont le préjudice causé par les **souffrances physiques et morales endurées par la victime, les préjudices esthétiques et d'agrément** ainsi que le préjudice résultant de la perte ou de la diminution de ses possibilités de promotion professionnelle.

B. La remise en cause de la nature duale de la rente AT-MP par la Cour de cassation, début 2023, se traduit par une indemnisation accrue des victimes de faute inexcusable de l'employeur

1. Un doute juridique préexistant sur la nature de la rente AT-MP, préjudiciable à l'équité de la réparation

Comme indiqué *supra*, en l'absence de précision législative en la matière, la Cour de cassation avait consacré le caractère dual de la rente AT-MP¹ et acté que celle-ci avait pour objet de **couvrir non seulement le préjudice professionnel, mais aussi le déficit fonctionnel permanent** subi par les victimes d'AT-MP. **Cela n'avait toutefois pas mis fin à trois sources d'incertitude juridique.**

¹ Cass. crim., 19 mai 2009, n° 08-82666.

- Le caractère dual de la rente, consacré par la Cour de cassation, n'était toutefois pas reconnu par le Conseil d'État, qui estimait que la rente AT-MP n'indemnisait que le déficit professionnel¹.

- L'articulation entre les postes pris en charge par la rente AT-MP et ceux pris en charge par l'employeur directement, sur décision du juge et en cas de FIE restait l'objet d'une controverse juridique.

Le principe fondamental de réparation intégrale des dommages subis, qui découle de l'article 1242 du code civil, fait obstacle, selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation², à ce qu'un même poste de préjudice puisse être indemnisé par deux canaux différents.

Par conséquent, l'intégration, même forfaitaire, du déficit fonctionnel permanent dans les postes de préjudice que la rente AT-MP a vocation à indemniser fait obstacle, en miroir, à l'indemnisation intégrale du déficit fonctionnel permanent à la main du juge pour les victimes d'une faute inexcusable de leur employeur.

Toutefois, l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale mentionne explicitement que le « *préjudice causé par les souffrances physiques et morales* » endurées par la victime fait l'objet d'une indemnisation intégrale à la main du juge de la sécurité sociale, alors même que **ce poste peut, tout ou partie, être rattaché au déficit fonctionnel permanent**, intégré dans la rente AT-MP et donc **non indemnisable par le juge**.

- Dans ces conditions, pour obtenir du juge une réparation intégrale de la souffrance physique et morale endurée, il appartenait à la victime d'un AT-MP résultant d'une faute inexcusable de l'employeur **d'apporter la preuve que les souffrances physiques et morales endurées n'avaient pas déjà été indemnisées par la part de la rente couvrant le déficit fonctionnel permanent**. Une preuve d'autant plus périlleuse à apporter pour les victimes que, la loi n'ayant pas explicité le caractère dual de la rente, elle ne permettait *a fortiori* nullement de distinguer ce qui, au sein de la rente, relevait de l'indemnisation du déficit professionnel ou du déficit fonctionnel.

Il en résultait une **situation d'inéquité entre les assurés**. En effet, dans ce contexte juridique particulièrement incertain, certaines juridictions étaient **plus promptes que d'autres à détacher une partie des souffrances physiques et morales endurées** du déficit fonctionnel permanent indemnisé par la rente, et à **accorder** en conséquence une **indemnisation intégrale de ces préjudices**. La réparation accordée pouvait, dès lors, varier selon les tribunaux.

¹ CE, 8 mars 2013, n° 361273, Lebon – CE, 5 mars 2008, n° 272447, Lebon.

² Cass. com., 11 mai 1999, n° 98-11.392 ; Cass. civ. 1^{re}, 16 avril 1996, n° 94-14.400.

2. La Cour de cassation a opéré un revirement de jurisprudence en revenant sur le caractère dual de la rente AT-MP

La Cour de cassation a mis un terme à l'ensemble de ces incertitudes en revenant, par deux arrêts du 20 janvier 2023 rendus en assemblée plénière¹, **sur le caractère dual de la rente AT-MP**.

Pour opérer ce revirement de jurisprudence, la Cour de cassation se fonde, notamment, **sur le mode de calcul de la rente AT-MP axé sur le salaire**, qui ne saurait avoir pour objet de réparer le déficit fonctionnel permanent, par nature **extraprofessionnel**. Il se fonde également, de manière pragmatique, sur la difficulté pour la victime d'administrer la preuve de ce que la rente n'indemnise pas le poste de préjudice personnel du déficit fonctionnel permanent.

Ce revirement de jurisprudence est sans effet sur les modalités de calcul de la rente, qui restent fixées par des dispositions inchangées du code de la sécurité sociale. La non-intégration du déficit fonctionnel permanent dans les postes indemnisés par la rente **n'entraîne donc pas mécaniquement une diminution du niveau des rentes pour les victimes**. Il s'agit davantage d'un changement de philosophie de prise en charge.

En revanche, ce revirement de jurisprudence a pour effet **d'accroître le niveau d'indemnisation dont peuvent bénéficier les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur**. En effet, **dès lors que le déficit fonctionnel permanent n'a pas vocation à être indemnisé par la rente AT-MP, le juge saisi par une victime de FIE peut prononcer une indemnisation intégrale de ce poste de préjudices**, à la charge de l'employeur fautif. Ce régime est doublement favorable aux victimes d'une faute inexcusable de l'employeur :

- d'une part, il est favorable financièrement aux victimes de FIE dès lors que la totalité du déficit fonctionnel permanent peut désormais être indemnisée intégralement ;

- d'autre part, il est favorable aux victimes de FIE en matière de procédure, puisque le salarié victime n'a plus besoin d'administrer la preuve que les souffrances physiques et psychiques endurées n'ont pas été indemnisées par la part fonctionnelle de la rente, dès lors que celle-ci n'existe plus.

Le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation avait donc **suscité l'enthousiasme des associations d'accidentés du travail**. Selon l'audition de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés et l'Association nationale de défense des victimes de l'amiante, il constituait **l'aboutissement de quinze années de combat**.

¹ Cass. ass. plen., 20 janvier 2023, n° 20-23.673 et n° 21-23.947.

3. L'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 appelle le législateur à consacrer explicitement le caractère dual de la rente

Adopté en réaction aux arrêts de la Cour de cassation du 20 janvier 2023, **l'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023, signé par l'ensemble des organisations représentatives au niveau national, rappelle l'attachement des partenaires sociaux au caractère dual de la rente.**

Face à la **Crainte d'une judiciarisation accrue** des accidents du travail et des maladies professionnelles, que la branche AT-MP vise historiquement à éviter, les partenaires sociaux *« appellent le législateur à prendre toutes les mesures nécessaires afin de garantir que la nature duale de la rente AT/MP ne soit pas remise en cause »*.

Certaines organisations, la Confédération des petites et moyennes entreprises en tête, mettent en effet en avant des risques dans le revirement de jurisprudence de la Cour de cassation. En exposant l'employeur reconnu coupable d'une faute inexcusable à une indemnisation intégrale du déficit fonctionnel permanent, qui peut représenter des montants de plusieurs centaines de milliers d'euros, les arrêts du 20 janvier 2023 précités pourraient **mettre en danger la pérennité financière de petites entreprises**. L'étude d'impact annexée par le Gouvernement mentionne, à l'échelle agrégée, que *« le coût du seul préjudice du déficit fonctionnel permanent est évalué, sur la base des actions en faute inexcusable de l'employeur jugées en 2022, à 118 millions d'euros »*.

C. L'article 39 du PLFSS entend transposer l'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 en explicitant le caractère dual de la rente AT-MP et en refondant son mode de calcul en conséquence

L'article 39 du PLFSS entend répondre à l'appel émis par les partenaires sociaux avec l'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023, pour garantir la nature duale de la rente AT-MP.

Au vu de la jurisprudence de la Cour de cassation, la conséquence directe de l'incorporation explicite du déficit fonctionnel permanent dans les postes indemnisés par la rente AT-MP est la **refonte du mode de calcul** de cette dernière, également prévue par ledit article 39.

1. L'explicitation de la nature duale de la rente et la refonte du mode de calcul des rentes AT-MP, dont la fixation précise des paramètres est renvoyée au pouvoir réglementaire

Ainsi, le c du 1° du I de l'article 39 modifie l'article L. 434-2 qui définit la rente AT-MP afin de substituer aux dispositions qui régissent son mode de calcul de nouvelles dispositions. Celles-ci :

- explicitent que la rente AT-MP se compose d'une part dite professionnelle, correspondant à la perte de gains professionnels et à l'incidence professionnelle et **d'une part dite fonctionnelle**, correspondant au déficit fonctionnel permanent de la victime. C'est là la **consécration explicite de la nature duale de la rente AT-MP** ;

- définissent le mode de calcul de chacun des deux parts de la rente :

- la **part professionnelle** de la rente sera calculée comme le produit **d'une fonction du taux d'incapacité par un salaire annuel dit modulé**, correspondant à une fraction du salaire annuel de la victime ou du salaire minimum des rentes si le salaire de la victime y est inférieure, dégressive à mesure que le salaire augmente. Il s'agit d'un mode de calcul **similaire à celui de la rente AT-MP dans le droit en vigueur**, pour laquelle le salaire n'est toutefois pas modulé à la baisse ;

- la **part fonctionnelle** de la rente est calculée comme le **produit d'une fraction du taux d'incapacité par une valeur de point d'incapacité fixée par un barème** tenant compte, comme c'est l'usage en matière de dommages corporels, de l'âge de la victime.

La fixation de l'ensemble des paramètres régissant le mode de calcul de la rente est renvoyée au pouvoir réglementaire, sans prévoir de consultation ou d'implication des partenaires sociaux : les règles de modulation du salaire annuel et du taux d'incapacité pour la part professionnelle sont fixées par décret en Conseil d'État, et la fraction et le barème de la part fonctionnelle par arrêté des ministres chargés du travail et de la santé. Selon l'étude d'impact fournie par le Gouvernement, les paramètres devraient être **fixés de façon à améliorer l'indemnisation** des victimes d'AT-MP hors cas de faute inexcusable de l'employeur.

En conséquence du mode de calcul proposé, le 6° du I de l'article 39 abroge l'article L. 434-15 du code de la sécurité sociale, fixant le **principe d'indexation** des rentes dues aux victimes ou aux ayants droit sur le **salaire de la victime**.

En conséquence également, les b et c du 2° du I suppriment, à l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale, la référence aux modalités d'écrêtement du salaire annuel dans le calcul de la rente, **devenues sans objet du fait du nouveau mode de calcul**. Cet écrêtement serait, en effet, intégré directement et explicitement dans le mode de calcul du salaire modulé précité si l'article 39 du PLFSS pour 2024 venait à prospérer.

2. En miroir de la modification de la nature de la rente et de la refonte de son mode de calcul, l'évolution du régime d'indemnisation en cas de faute inexcusable de l'employeur

a) En conséquence de la modification du mode de calcul de la rente, le mode de calcul de la rente majorée en cas de faute inexcusable de l'employeur évolue

Le 4° du I de l'article 39 modifie l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale relatif à la rente majorée en cas de FIE, pour préciser que la **majoration de chacune des parts de la rente se fait dans la limite d'un plafond**. Un tel plafonnement existe déjà aujourd'hui pour la rente AT-MP.

La part professionnelle de la rente majorée est plafonnée au produit du salaire annuel utile et du taux d'incapacité. Cela correspond au plafond applicable pour l'ensemble de la rente AT-MP, dans le droit en vigueur.

En sus, la part fonctionnelle est plafonnée pour ne pas excéder le produit du taux d'incapacité par la valeur du point d'incapacité, fixée par un barème déterminé dans des modalités précitées.

La rente majorée en cas de FIE serait, dès lors, plafonnée pour ne pas dépasser la somme de ces deux plafonds : **un total plus favorable que dans le droit en vigueur.**

b) Conformément au principe de non-double indemnisation des préjudices, l'article 39 retire du champ des postes indemnissables par le juge les souffrances physiques et morales endurées après la consolidation

Afin de restaurer sa dualité à la rente, celle-ci intègre, aux termes du c du 1° du I de l'article 39, une part fonctionnelle couvrant le déficit fonctionnel permanent après consolidation. **Ce poste de préjudice étant désormais indemnisé par la rente, il résulte du principe de non-double indemnisation qu'il ne saurait être indemnisé également par l'employeur, sur décision du juge.**

Le 5° du I en tire les conséquences en modifiant l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale encadrant l'indemnisation complémentaire intégrale à la main du juge en cas de FIE afin de préciser que **seules rentrent dans son champ les souffrances physiques et morales avant consolidation** ; étant entendu que les souffrances physiques et morales après consolidation sont indemnisées, pour les victimes, par la part fonctionnelle majorée de la rente. Le droit en vigueur mentionne que le juge peut indemniser les souffrances physiques et morales endurées par la victime sans précision supplémentaire, ce qui était à la source de controverses juridiques sur l'ampleur des postes restant indemnissables.

Au total, ces dispositions apparaissent **défavorables aux victimes d'AT-MP avec faute inexcusable de l'employeur, qui perdent le bénéfice d'une indemnisation intégrale du déficit permanent** au profit d'une indemnisation majorée, mais forfaitaire et plafonnée.

3. La rédaction de l'article 39 porte également diverses coordinations et corrections rédactionnelles

Les a et d du 1° du I ajoutent des numérotations au sein des alinéas de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, traitant du mode de calcul des rentes AT-MP.

Le b du 1° du I apporte une correction rédactionnelle en substituant à une mention impropre à l'invalidité une mention à l'incapacité.

Le *a* du 2° du I est une coordination juridique visant à prendre en compte les effets des modifications apportées au droit en vigueur par l'article 39 du PLFSS pour 2024.

Le 3° du I tire les conséquences de l'abrogation de l'article L. 434-15 du code de la sécurité sociale sur l'article L. 434-17, en effectuant une coordination.

Le II renvoie à un décret, et au plus tard au **31 décembre 2024**, la fixation de la **date d'entrée en vigueur de ces dispositions pour les victimes dont l'état est consolidé ou dont le décès est intervenu** à compter de cette date.

4. Un impact financier incertain et progressif

L'étude d'impact annexée par le Gouvernement fait état d'un **coût total de la mesure pour la branche AT-MP de 250 millions d'euros par an** d'ici trente ans. Toutefois, ce total **dépend grandement des paramètres de calcul** retenus pour la détermination du montant des rentes AT-MP, et fixés par voie réglementaire. En outre, **les dépenses supplémentaires à absorber pour la branche devraient augmenter très progressivement**, compte tenu du caractère viager de la rente et de la **non-remise en cause du mode de calcul des rentes versées aux victimes dont l'état est consolidé avant l'entrée en vigueur**. Le Gouvernement estime, dès lors, que la mesure devrait coûter 10 millions d'euros par an en 2025, puis monter en charge de 10 millions d'euros par an jusque dans 25 à 30 ans.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été supprimé par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission constate, comme la rapporteure générale et le rapporteur de la branche AT-MP à l'Assemblée nationale, que **les modalités de transposition** de l'ANI du 15 mai 2023 telles que proposées par l'article 39 du PLFSS **n'ont pas permis de dégager de consensus entre les partenaires sociaux**, en plus d'avoir constitué **un irritant pour l'ensemble des associations de défense des victimes d'accidents du travail auditionnées**.

Dans ces conditions, **la commission propose de confirmer, à titre conservatoire, la suppression de cet article**. Le sujet, particulièrement **complexe techniquement**, n'en est pas moins **sensible politiquement** : un **temps de concertation supplémentaire** semble donc **souhaitable, voire nécessaire**, avant d'adopter des modifications aussi substantielles sur le régime de la rente AT-MP.

La commission **déplore le manque de préparation évident de cette réforme par le Gouvernement** : les **partenaires sociaux ont été insuffisamment consultés**, ce qui a résulté en une transposition de l'ANI jugée infidèle par certains syndicats, tandis qu'il n'y a manifestement **pas ou peu eu de concertation avec les associations** de défense des victimes d'accidents du travail. Le choix retenu par le Gouvernement de **fixer par voie réglementaire les paramètres des modes de calcul de l'indemnisation, sans associer les partenaires sociaux** alors même que la branche AT-MP est gérée paritairement, **est également critiquable**.

Les conséquences en sont très regrettables : **une réforme mal comprise et inapplicable en l'état, qui exacerbe les tensions entre partenaires sociaux** et menace dès lors les avancées pourtant notoires prévues par l'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 en matière de prévention.

La commission appelle les partenaires sociaux à maintenir le dialogue pour **dégager, par la négociation, une position commune sur le devenir de la rente AT-MP**, qui puisse, sinon satisfaire, convenir à toutes les parties, y compris les associations de défense des victimes. Elle appelle également le Gouvernement à **se montrer transparent dans les travaux préparatoires** à la réforme de l'indemnisation AT-MP, et à y **associer l'ensemble** des parties prenantes pour garantir **l'équilibre de la solution retenue**, et la fidélité aux positions exprimées par les partenaires sociaux.

Elle souhaite que l'accord national interprofessionnel du 15 mai 2023 puisse faire l'objet, si un consensus venait à être trouvé, d'une **transcription intégrale dans un projet de loi ad hoc**. Compte tenu de la date d'entrée en vigueur prévue pour l'article 39, fixée au 31 décembre 2024 sauf dispositions décrets contraires, il est possible **de retravailler le texte et d'adopter une réforme plus équilibrée sans retarder excessivement le calendrier de mise en œuvre**, répondant ainsi aux inquiétudes des organisations patronales auditionnées.

La commission note, toutefois, que certaines réserves émises à l'encontre du présent article par les organisations syndicales **ne sont que la conséquence directe de la préservation du caractère dual de la rente**.

Consacrer le caractère dual de la rente fait notamment obstacle au maintien d'une réparation intégrale du déficit fonctionnel permanent par le juge. Le principe de non-double indemnisation, applicable en droit français, commande en effet que le déficit fonctionnel permanent, indemnisé par la rente du fait de sa nature duale, ne puisse faire l'objet d'une indemnisation par un autre canal.

Dès lors, **conférer un caractère dual à la rente AT-MP pourra**, en fonction des paramètres retenus, **emporter des effets favorables sur les bénéficiaires d'une rente de droit commun**, mais aura invariablement des **effets de bord défavorables sur l'indemnisation des victimes de faute inexcusable de l'employeur**, sauf à conférer à l'indemnisation du déficit fonctionnel permanent par la rente AT-MP majorée en cas de FIE un caractère intégral, ce qui irait à rebours de la philosophie de l'indemnisation AT-MP ; ou à ne pas conférer de caractère dual à la seule rente AT-MP en cas de FIE.

La commission propose de confirmer la suppression de cet article.

Article 39 bis (nouveau)

Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante versés par l'Établissement national des invalides de la marine (Enim)

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à sécuriser, pour le passé et pour l'avenir, le versement par l'Enim de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle de l'amiante.

Le versement de ces deux allocations, dont la base juridique a été remise en question par la Cour des comptes, a en effet été interrompu pour ses bénéficiaires en mai 2023.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Les marins sont affiliés au régime spécial des marins pour leur couverture au titre de la maladie, de la retraite et des accidents du travail et maladies professionnelles

Le **régime spécial des marins** propose aux gens de mer marins, définis à l'article L. 5511-1 du code des transports comme toutes les personnes salariées ou non exerçant à bord d'un navire une activité professionnelle à quelque titre que ce soit, une **couverture spécifique pour la maladie, la retraite, et les AT-MP**.

Ce régime spécial, dont l'héritage historique remonte à la création, en 1673, du fonds des invalides de la marine, fait partie des **régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Il est géré par l'Enim** créé en 1930 et dont l'organisation et le statut sont déterminés par le décret 53-953 du 30 septembre 1953 et le décret n° 2010-1009 du 30 août 2010 portant organisation administrative et financière de l'Enim, qui en a fait un établissement public administratif.

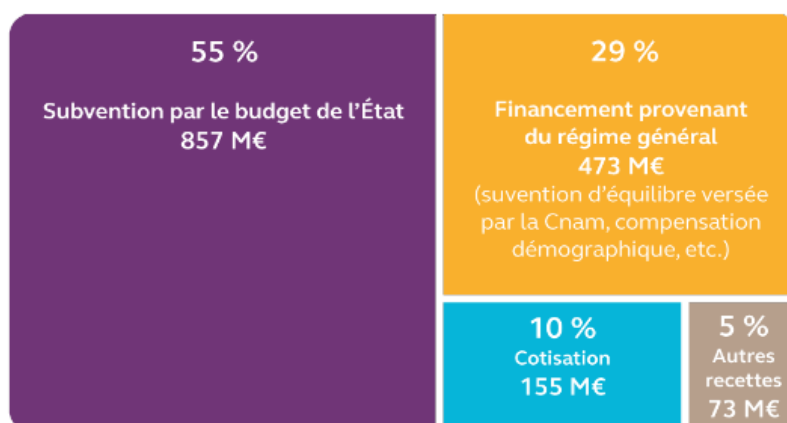
Le régime compte, fin 2022, **84 865 affiliés** pour le risque maladie, dont 17 127 ayants droit historiques ; et **103 599 pensionnés de retraite**. Il couvre, en 2021, **34 432 marins actifs**, exerçant la marine de commerce (45 %), de pêche (39 %), la culture marine (12 %) ou la plaisance professionnelle (3 %).

Face à la **disproportion entre le nombre de cotisants et le nombre d'affiliés** pour les risques maladie et AT-MP, qui s'ajoute à des **taux de cotisation particulièrement bas**, le régime bénéficie, depuis la loi de finances pour 2006¹, d'une **contribution d'équilibre à la charge du régime général**. Celle-ci atteignait 365,5 millions d'euros en 2021, un montant couvrant 86 % des dépenses du régime au titre de ces deux risques.

Les retraites des marins sont, quant à elles, **financées à plus de 850 millions d'euros par l'État**, via les programmes 197 et 205 du budget de l'État, ce qui représente près de 85 % des dépenses du régime.

Au total, **les cotisations versées à l'Enim ne dépassent pas 10 % des sources de financement**.

Sources de financement de l'Enim en 2021



Source : Cour des comptes à partir de la synthèse des comptes de résultat de l'Enim

¹ Article 57 de la loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 de finances pour 2006.

B. Les prestations du régime spécial de l'Enim ne correspondent pas toutes à celles servies par le régime général

1. Un régime de retraite dérogatoire du droit commun et particulièrement avantageux

Le régime spécial de retraite des marins est dérogatoire du droit commun à plusieurs titres.

D'une part, **il conserve des âges de liquidation des pensions à 50 ans, 52 ans et demi et 55 ans**, concernant près du quart des liquidations en 2021 selon la Cour des comptes¹.

Diverses règles favorables, recensées par la Cour de comptes, y sont également applicables. Celles-ci concernent notamment le **calcul du temps de service** - une année de services peut être validée pour un temps de navigation inférieur à six mois, la règle d'arrondi dans la conversion de la durée des lignes de services en trimestres de cotisations - tout trimestre entamé après conversion étant considéré comme acquis, ou encore les bonifications pour enfant, plus généreuses qu'en droit commun.

2. Des prestations en nature de droit commun

Sur les risques **maladie et accidents du travail et maladies professionnelles**, les prestations en nature versées par l'Enim au titre du régime spécial des marins sont **alignées sur celles versées par le régime général** des branches maladie et AT-MP.

3. Il existe trois types d'indemnités journalières pour les risques maladie et AT-MP, contre deux dans le droit commun

Le régime général ne fait la distinction qu'**entre les indemnités journalières pour le risque maladie²**, à hauteur de 50 %³ du salaire journalier de base après application d'un délai de carence, **et pour le risque AT-MP⁴**, à hauteur de 60 %⁵ du salaire journalier de référence pour les 28 premiers jours, et 80 %⁶ après le 29e jour, jusqu'à consolidation.

Le régime spécial des marins comporte, quant à lui, **trois types d'indemnités journalières** correspondant à différents types d'arrêts de travail.

¹ Cour des comptes, 2023, Rapport d'observations définitives sur l'établissement national des invalides de la marine.

² Articles L. 321-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 323-5 du code de la sécurité sociale.

⁴ Articles L. 433-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 433-1 du code de la sécurité sociale

⁶ Article R. 433-3 du code de la sécurité sociale.

L'arrêt de travail pour **maladie hors navigation** donne lieu à des **indemnités journalières selon des modalités proches de celles servies en cas de maladie dans le droit commun** puisque les marins concernés perçoivent des indemnités journalières à hauteur de 50 %¹ du salaire forfaitaire associé à leur catégorie d'embarquement. Le versement des indemnités journalières pour maladie hors navigation est soumis à conditions de durée de cotisation : **seuls les marins ayant cotisé 50 des 90 jours ou 200 des 360 jours précédant l'inaptitude peuvent en bénéficier**. Il est toutefois remarquable que, contrairement aux indemnités journalières versées par le régime général de la branche maladie, les indemnités journalières consécutives à un arrêt de travail pour maladie hors navigation ne sont **pas calculées sur le salaire réel du marin, mais bien sur la base d'un salaire forfaitaire**², utilisé pour déterminer l'assiette des cotisations des marins et des contributions des armateurs. Les **accidents du trajet**, au sens de l'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale, appelés **accidents hors navigation**, ne donnent **pas systématiquement lieu à une reconnaissance en tant qu'accidents du travail**. Un arrêt de travail pour accident hors navigation³ non reconnu comme accident du travail ouvre droit à une **prise en charge dans les mêmes conditions qu'un arrêt de travail pour maladie hors navigation**.

L'arrêt de travail pour **accident du travail maritime ou maladie professionnelle (ATM-MP)** donne lieu, **lors du premier mois, au maintien intégral du salaire par l'employeur**. Puis, à compter du deuxième mois, l'Enim verse **des indemnités journalières à hauteur des deux tiers du salaire forfaitaire**⁴ associé à la catégorie d'embarquement de la victime du sinistre, jusqu'à consolidation.

Enfin, l'arrêt de travail pour **maladie en cours de navigation** constitue un régime hybride et donne lieu, **lors du premier mois, au maintien intégral du salaire à la charge de l'employeur et, à compter du deuxième mois, au versement d'indemnités journalières à hauteur de 50 %**⁵ **du salaire forfaitaire** correspondant à la catégorie d'embarquement du marin. **Les soins sont dus jusqu'à guérison ou, au plus tard, six mois à compter du jour où le marin a été laissé à terre**⁶. Toutefois, le service de l'indemnité journalière **peut durer jusqu'à trois ans** à compter du jour où le marin a été laissé à terre si le marin a cotisé pendant 50 des 90 ou 200 des 360 jours précédant l'arrêt de travail⁷.

¹ Article 33 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins.

² Article 7 du décret du 17 juin 1938 précité et article L. 5553-5 du code des transports.

³ Il s'agit, en fait, d'un arrêt de travail causé par un accident de trajet au sens de l'article L. 411-2.

⁴ Article 12 du décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime des marins.

⁵ Article 28 du décret du 17 juin 1938 précité.

⁶ Article 27 du décret du 17 juin 1938 précité.

⁷ Article 28a du décret du 17 juin 1938 précité.

Les salaires forfaitaires journaliers varient, au 1^{er} avril 2023, entre 55,69 euros par jour pour un marin de catégorie 1 et 199,12 euros par jour pour un marin de catégorie 20. Cela représente des **indemnités journalières variant de 37,13 euros à 132,75 euros en ATM-MP, et de 27,85 euros à 99,56 euros en maladie.**

4. Des catégories de prestations additionnelles à celles du droit commun

En sus des prestations versées par le régime spécial des marins, l'Enim assure une **mission d'action sanitaire et sociale** au bénéfice de ses affiliés, aux termes de l'article 2 du décret n° 2010-1009 du 30 août 2010 portant organisation administrative et financière de l'Enim. Ce régime de prévoyance est prévu à l'article L. 5551-2 du code des transports.

Dans ces attributions, l'Enim sert une quinzaine d'aides individuelles ou collectives, dont certaines sont complémentaires aux prestations qu'il verse.

Ces aides sont régies par le règlement d'action sanitaire et sociale de l'Enim pour 2023.

a) Le complément de ressources en sus de l'indemnité de nourriture

Parmi elles, l'article 3 du règlement d'action sanitaire et sociale de l'Enim pour 2023 consacre un « **complément de ressources** », une aide complémentaire aux prestations d'AT-MP versées par le régime. Ainsi, le marin affilié à l'Enim, en arrêt de travail à la suite d'un ATM-MP ou d'une maladie en cours de navigation a le droit à un **complément journalier de 13,02 euros par jour durant toute la durée de l'arrêt de travail**¹ dès lors que le marin bénéficie, de la part de son employeur, d'une indemnité de nourriture mentionnée à l'article L. 5542-18 du code des transports.

Le complément de ressources n'est, aux termes de l'article 3 du règlement d'action sanitaire et sociale de l'Enim pour 2023 précité, pas versé en cas d'hospitalisation du bénéficiaire.

Le montant annuel des indemnités versées au titre du complément de ressources atteint 1,1 million d'euros par an depuis 2017.

b) Le soutien exceptionnel en raison de la prescription de l'action en faute inexcusable de l'employeur

L'article 4 du règlement d'action sanitaire et sociale de l'Enim pour 2023 concerne, quant à lui, le **secours exceptionnel en raison de la prescription de l'action en faute inexcusable de l'employeur.**

¹ Son versement est limité aux six premiers mois dans le cas d'une maladie en cours de navigation.

Cette aide prévoit le versement d'un complément de ressources pour les affiliés du régime spécial des marins victimes d'un ATM-MP et leurs ayants droit¹ ayant engagé une **action en reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur** avant le 31 mars 2017 mais **déboutés pour prescription** du délai de deux ans accordé aux termes de l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale.

En effet, les gens de mer ne pouvaient pas bénéficier, jusqu'à une décision du Conseil constitutionnel de 2011², du régime d'indemnisation dérogatoire et favorable des AT-MP en cas de faute inexcusable de leur employeur³ (FIE). En LFSS pour 2014, le législateur en a tiré les conséquences en ouvrant son bénéfice aux marins, au 8° de l'article L. 412-8 du code de la sécurité sociale. Toutefois, du fait de cette reconnaissance tardive, la Cour de cassation a annulé des décisions ayant admis la faute inexcusable de l'employeur pour prescription. Afin de procéder à l'indemnisation des victimes déboutées, l'Enim a alors créé un secours exceptionnel à leur bénéfice.

Le montant de l'aide est calculé selon les mêmes modalités que la majoration de rente prévue à l'article L. 452-2 du code de la sécurité sociale et la prise en charge des préjudices extrapatrimoniaux non couverts par la rente, prévue à l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale. Elle est versée, pour la part couvrant la majoration de rente, comme un complément de revenus mensuel viager ; et comme une indemnité en capital pour la part visant à réparer certains préjudices extrapatrimoniaux non couverts par la rente.

L'indemnisation **ne couvre, dans les faits, que des victimes de l'amiante**, c'est pourquoi elle est fréquemment désignée sous le nom d'allocation exceptionnelle pour maladie professionnelle liée à l'amiante.

Conformément au principe de non double indemnisation, l'aide **n'est pas cumulable** avec les indemnités versées par d'autres canaux, notamment par le Fiva.

Ces allocations ont représenté un montant de 1,6 million d'euros entre 2019 et 2021.

¹ Au sens de la rente AT-MP mentionnée à l'article L. 452-3 du code de la sécurité sociale.

² Décision n° 2011-127 QPC du 6 mai 2011.

³ Ce régime est présenté plus en détail dans le commentaire de l'article 39 du présent rapport.

C. Les versements du complément de ressources et du soutien exceptionnel en raison de la prescription de l'action en faute inexcusable de l'employeur sont interrompus depuis mai 2023

Dans le cadre du rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale pour 2023¹, la Cour des comptes a évalué la gestion du régime spécial des marins par l'Enim. Il a résulté de ce travail de contrôle un contentieux en responsabilité des gestionnaires publics ouvert devant la septième chambre de la Cour des comptes. Il a en effet été estimé que **l'Enim prenait en charge de manière induue le complément de ressources et le soutien exceptionnel en raison de la prescription de l'action en faute inexcusable de l'employeur** versée au titre de **l'amiante**, constatant l'absence de base légale ou réglementaire pour ces prestations.

Par conséquent, **l'Enim a suspendu le 10 mai 2023 le versement du complément de ressources et le 1^{er} mai 2023 celui du soutien exceptionnel.**

Les 600 bénéficiaires du complément de ressources et les 17 bénéficiaires du soutien exceptionnel voient, dans ces conditions, s'arrêter le versement de prestations qui leur étaient versées, et se trouvent désormais dans une **situation juridiquement périlleuse** dès lors qu'une décision de justice pourrait conclure que l'Enim a versé ces aides à mauvais droit, et que celles-ci doivent donc faire l'objet d'un remboursement.

D. Le dispositif proposé : la validation des aides versées avant la suspension, l'autorisation du versement pour la période de suspension, et la sécurisation du cadre légal de versement de ces deux aides

L'article 39 bis, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, est issu de deux amendements identiques, déposés par le Gouvernement et par M. Le Gac. Il vise trois objectifs.

1. La validation rétroactive des aides accordées avant la suspension des versements par l'Enim

La validation législative

La validation législative est un procédé juridique par lequel le législateur couvre l'illégalité d'un acte, généralement un acte administratif, annulé ou susceptible de l'être par le juge.

Une loi de validation a donc pour effet de « légaliser » rétroactivement un acte administratif pourtant illégal à son édicition, ou pris sur le fondement d'un acte illégal.

¹ Cour des comptes, mai 2023, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

La validation législative constitue donc une immixtion du pouvoir législatif dans l'autorité judiciaire, et doit, à ce titre, être conciliée avec la séparation des pouvoirs consacrée par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789.

En conséquence, le Conseil constitutionnel et la Cour européenne des droits de l'homme ont entendu, par leur jurisprudence, davantage encadrer le recours aux lois de validation selon trois axes principaux :

- la temporalité de la mesure : la validation ne saurait remettre en cause une décision de justice passée en force de chose jugée¹ ni être excessivement tardive par rapport aux instances en cours ;
- l'objet de la mesure, qui doit être justifiée par un motif d'intérêt général suffisant² pour le Conseil constitutionnel et impérieux³ pour la Cour européenne des droits de l'homme. En outre, aucune mesure de validation ne peut trouver à s'appliquer en matière pénale ;
- la forme de la mesure de validation, dont la portée doit être circonscrite et qui doit préciser les motifs d'illégalité auxquels elle vise à faire échec⁴.

Le deuxième alinéa du II de l'article 39 *bis* **valide le versement par l'Enim respectivement du complément de ressources**, appelé indemnités journalières de nourriture, entre le 17 novembre 2017 et le 10 mai 2023, date à laquelle le versement a été suspendu. Ainsi, aucune action en justice ne pourra conduire les bénéficiaires à devoir rembourser à l'Enim les prestations prévues, si celles-ci devaient être considérées comme versées à mauvais droit par le juge.

Le premier alinéa du III opère **la même validation pour les allocations exceptionnelles pour maladie professionnelle liée à l'amiante** versées par l'Enim entre le 17 novembre 2017 et le 30 avril 2023.

2. L'autorisation, pour l'Enim, de verser le complément de ressources non perçu par les bénéficiaires depuis la suspension de son octroi

Le premier alinéa du II de l'article 39 bis ouvre droit à l'Enim de **verser directement ou par l'intermédiaire de l'employeur du bénéficiaire le complément de ressources**, appelé indemnité journalière de nourriture, au profit des assurés qui y avaient droit entre le 11 mai 2023 et le 31 décembre 2023. Cela vise à permettre de dispenser rétroactivement les montants d'aides qui auraient été attribués sans la suspension du versement du complément de ressources à compter du 11 mai 2023.

¹ Décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 dite « Validation d'actes administratifs ».

² Décision n° 80-119 DC du 22 juillet 1980 dite « Validation d'actes administratifs ».

³ CEDH, 28 octobre 1999, Zielinski et Pradal c/France.

⁴ Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

3. La sécurisation du cadre de versement du complément de ressources et de l'allocation exceptionnelle

Le I de l'article 39 *bis* vise à **donner une assise législative au versement, par l'Enim, du complément de ressources appelé indemnité journalière de nourriture** en modifiant l'article L. 5542-24 du code des transports régissant l'indemnité journalière de nourriture. Pour ce faire, ce I précise :

- que **l'indemnité journalière de nourriture est versée par l'Enim au titre du régime de prévoyance des marins (b du 1°)** ;

- que **son montant n'est pas déterminé par le contrat de travail**, ce qui induisait qu'il soit versé par l'employeur, mais par arrêté des ministres chargés du budget, de la mer et de la sécurité sociale (c du 1°) ;

- que **le versement par l'Enim de l'indemnité journalière de nourriture ne s'opère que pour les marins bénéficiant de l'indemnité de nourriture mentionnée à l'article L. 5542-18 (a du 1°) et n'est pas due pendant les périodes d'hospitalisation (2°)**, en conformité avec les règles d'attribution applicables avant la suspension des versements, telles que définies dans le règlement d'action sanitaire et sociale de l'Enim pour 2023 mais non inscrites à ce jour dans la loi.

Le troisième alinéa du II précise que l'article L. 5542-24 du code des transports ainsi modifié est applicable aux **régularisations** « *impactant des versements d'indemnités journalières de nourriture antérieurs au 11 mai 2023 ainsi qu'aux indemnisations n'ayant pas fait l'objet de versements sur la même période* ».

Enfin, le deuxième alinéa du III autorise l'Enim à **continuer à verser les allocations exceptionnelles pour maladie professionnelle liée à l'amiante** jusqu'au décès des assurés ayant reçu au moins une fois l'allocation entre le 17 novembre 2017 et le 30 avril 2023.

II - La position de la commission

La commission a souscrit à ces dispositions, qui permettront de **sécuriser**, pour le passé comme pour l'avenir, des aides complémentaires aux prestations versées par l'Enim dans le cadre de sa mission d'action sanitaire et sociale.

Afin de garantir la **conformité des mesures de validation à la jurisprudence constitutionnelle** et de corriger une erreur matérielle, la commission a adopté, à l'initiative de sa rapporteure, un **amendement n° 314**.

Si la commission se réjouit que ces prestations puissent, à l'avenir, disposer d'une assise juridique stabilisée, elle ne peut que **déplorer que ces prestations aient pu être versées, depuis 2017, sans base légale**, alors même que le régime géré par l'Enim est exsangue financièrement et bénéficie de subventions de l'État et du régime général pour financer près de 90 % des dépenses auxquelles il est confronté.

En ce sens, la commission appelle le Gouvernement à **prendre des mesures pour faire évoluer le régime spécial des marins**, dont l'archaïsme des prestations et le caractère dérogatoire a été souligné par la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale paru en 2023.

La commission a également adopté un **amendement n° 313** afin de **sécuriser le dispositif juridique**, et des amendements rédactionnels **n°s 312 et 315**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 39 ter (nouveau)

Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) pour détecter les personnes qui sont susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à renforcer les moyens du Fiva pour identifier les bénéficiaires potentiels de ses prestations et lutter contre le non-recours.

Pour ce faire, cet article inscrit dans les missions du Fiva la détection des personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation des préjudices liés à l'amiante, et instaure un cadre de transfert de données au profit du Fiva.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé

A. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a aujourd'hui pour seule mission l'indemnisation des victimes de l'amiante

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) est un établissement public administratif créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001¹, dont la vocation est d'assurer la **réparation intégrale de l'ensemble des préjudices subis par les victimes de l'amiante** sur le territoire français et par leurs ayants-droits.

La réparation des préjudices liés à l'amiante pour ces publics est la seule mission aujourd'hui reconnue au Fiva, par le deuxième alinéa du II de l'article 53 de la LFSS pour 2001 précitée.

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Ce fonds, administré par un conseil d'administration composé d'un président, de cinq représentants de l'État, de huit représentants des organisations siégeant à la commission des AT-MP de la Cnam, quatre représentants des organisations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de quatre personnalités qualifiées, est le seul pour lequel les partenaires sociaux occupent une plus grande place que l'État dans la gouvernance.

L'essentiel des activités du Fiva est consacré à l'instruction des demandes d'indemnisation qui, par dérogation au dispositif AT-MP de droit commun, présentent un caractère intégral et non forfaitaire. Le Fiva calcule ainsi, à l'aide d'un barème indicatif, la **somme des préjudices professionnels, fonctionnels et personnels** et soustrait de cette somme les montants versés au titre de la réparation forfaitaire des AT-MP de droit commun, constituée par la rente AT-MP ou l'indemnité en capital mentionnées respectivement aux articles L. 432-2 et L. 431-1 du code de la sécurité sociale. La récente jurisprudence de la Cour de cassation en date du 20 janvier 2023¹, en **excluant de la rente AT-MP la réparation du déficit fonctionnel permanent**, a ainsi des effets sur le Fiva, qui **ne peut plus déduire la rente versée par les organismes de sécurité sociale des prestations qu'il prend en charge au titre du déficit fonctionnel permanent**.

Le fonds assure également le **paiement des offres**, ainsi que le traitement des contentieux qui peuvent en résulter. Enfin, le Fiva intente des actions en justice contre les employeurs aux fins de reconnaissance de leur faute inexcusable, une fois subrogé dans les droits des victimes.

En comptabilité générale, le Fiva a engagé, en 2022, **264,8 millions d'euros de prestations d'indemnisation aux victimes de l'amiante**, financés principalement par la **branche AT-MP** du régime général, pour 220 millions d'euros en 2022, par des **actions engagées par le fonds au titre de la faute inexcusable de l'employeur**, pour 36 millions d'euros en 2022 et, à titre subsidiaire, une **dotation de l'État** à hauteur de 7,7 millions d'euros.

En vingt ans, le fonds a versé à plus de 110 000 victimes de l'amiante des indemnisations atteignant **7 milliards d'euros**, soit plus de 65 000 euros d'indemnisation par victime.

Le Fiva enregistre une **baisse structurelle du nombre de nouvelles victimes qu'elle indemnise chaque année**, passé de 5 202 en 2013 à 2 699 en 2022.

¹ Cette jurisprudence fait, dans le présent rapport, l'objet d'une analyse plus détaillée dans le commentaire de l'article 39 du PLFSS pour 2024.

B. Un phénomène de non-recours mal connu mais vraisemblablement significatif

Compte tenu de la trajectoire décroissante du flux de nouvelles victimes à indemniser, le Fiva cherche désormais à **limiter le taux de non-recours aux droits** pour ses prestations.

S'il n'existe pas d'étude évaluant l'ampleur du non-recours pour l'ensemble des pathologies liées à l'amiante, les inspections générales des finances et des affaires sociales ont estimé, dans une mission conjointe¹, que **le taux de non-recours serait aux alentours de 50 % sur les mésothéliomes² et entre 29 % et 50 % sur les cancers pulmonaires en général.**

En ce sens, et malgré les actions déjà mises en œuvre par le Fiva en la matière, la mission d'inspection précitée a considéré que la lutte contre le non-recours faisait partie des « défis auxquels l'organisme fait face ».

Un exemple d'action menée par le Fiva contre le non-recours : l'expérimentation d'un partenariat avec la Cnam

Afin de lutter contre le non-recours, le Fiva a signé, depuis 2015, des partenariats avec des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) normandes, région particulièrement touchée par l'amiante, afin que les CPAM concernées puissent partager avec le Fiva des informations sur la reconnaissance de maladies professionnelles causées par l'amiante. Les victimes concernées sont alors contactées par le Fiva afin de leur faire connaître leurs droits.

La mission conjointe Igas/IGF de février 2021 précitée avait, au vu de l'efficacité de cette expérimentation, recommandé sa généralisation (Proposition n° 4 du rapport).

C. Le dispositif proposé : le renforcement des moyens du Fiva pour identifier les bénéficiaires potentiels des prestations qu'il verse

L'article 39 *ter* du PLFSS, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, est issu de trois amendements identiques de Pierre Dharréville et plusieurs de ses collègues du groupe *Gauche démocrate et républicaine - Nupes*, Sébastien Peytavie et plusieurs de ses collègues du groupe *Écologiste - Nupes*, et Didier Le Gac et plusieurs de ses collègues députés des groupes *Les Républicains*, *Renaissance*, *Démocrates*, *Gauche démocrate et républicaine - Nupes*, *Horizons* et *Rassemblement national*.

¹ Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (Igas), février 2021, « Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM ».

² La mission d'inspection note que cette estimation concorde avec le taux de non-recours de 45 % avancé par Santé publique France.

1. L'inscription d'une nouvelle mission pour le Fiva : la détection des bénéficiaires potentiels de ses prestations

L'article 39 *ter* du PLFSS pour 2024 modifie, en son 1°, l'article 53 de la LFSS pour 2001 précité, relatif au Fiva, afin **d'ajouter à la liste des missions du Fiva**, aujourd'hui uniquement constituée de la réparation des préjudices de l'amiante, une mission de **détection des personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation** de ces préjudices.

2. L'instauration d'un cadre de transferts de données au bénéfice du Fiva

Le 2° de l'article 39 *ter* du PLFSS pour 2024 tire les conséquences de l'extension des missions du Fiva prévue en son 1° en donnant au Fiva des **moyens supplémentaires** dans la lutte contre le non-recours. Il insère, pour ce faire, un III *bis* A au sein de l'article 53 de la LFSS pour 2001 précité, qui met en œuvre un cadre de **transferts de données des services de l'État, collectivités publiques, organismes assurant la gestion des prestations sociales ou assureurs** au bénéfice du Fiva.

Les informations ou données personnelles transmises ne pourraient être utilisées **que pour l'exercice de la mission de détection des personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation des préjudices de l'amiante**, que l'article 39 *ter* propose de conférer au Fiva.

Le Fiva pourra ensuite **entrer en communication avec les bénéficiaires potentiels ainsi identifiés afin de les informer de leurs droits**. À cette occasion, le Fiva devra aviser les bénéficiaires potentiels de leurs droits d'accès ou de rectification des données ou, le cas échéant, de leur droit d'opposition à la poursuite du traitement de leurs données.

Il est prévu que soient détruites sans délai les informations et données à caractère personnel obtenues à la suite de la première communication individuelle du Fiva avec les bénéficiaires potentiels s'opposant au traitement de leurs données ou dont l'éligibilité aux dispositifs gérés par le Fiva est finalement infirmée.

Le dernier alinéa du 2° dispose, enfin, qu'un **décret en Conseil d'État** pris après avis de la commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) **détermine les conditions d'application du cadre du transfert de données**, concernant notamment les catégories de données recueillies et les modalités de transmission et de conservation dont elles font l'objet.

II - La position de la commission

Attachée à la lutte contre le non-recours au droit, la commission a souscrit à l'esprit de cet article.

La mesure entreprise, qui consiste en une extension d'une expérimentation couronnée d'une certaine efficacité et dont la généralisation avait fait l'objet d'une recommandation par la mission d'inspection conjointe Igas/IGF de février 2021, lui paraît pleinement **fondée**.

La commission a adopté un **amendement n° 318** ajoutant les **organismes de sécurité sociale** à la liste des entités desquelles le Fiva pourra requérir des données afin de lutter contre le non-recours. Ceux-ci détiennent en effet des données valorisables sur l'état de santé des assurés, pouvant contribuer à la détection des victimes de l'amiante non encore bénéficiaires du Fiva.

Saisie, la Cnil a indiqué à la rapporteure qu'elle n'était « guère opposée à l'introduction de dispositifs de lutte contre le non-recours à l'instar de ce nouvel article 39 ter du PLFSS pour 2024 » et qu'elle « salu[ait] » la saisine pour avis de la Cnil sur les modalités réglementaires d'application de cet article.

Elle a également estimé que les garanties apportées par la rédaction de cet article en matière de respect des droits des personnes, de la sécurité et de la confidentialité des données seraient **satisfaisantes sous réserve de l'adoption de l'amendement n° 320** de sa rapporteure, qui limite la conservation des données personnelles prévue à l'article 39 ter aux seuls cas où elle est strictement nécessaire, c'est-à-dire pour les personnes éligibles aux prestations du Fiva et consentant à la procédure.

La commission salue donc ces dispositions, qui permettront au Fiva de couvrir les préjudices de davantage de victimes de l'amiante, dans une démarche « d'aller-vers ».

Toutefois, la commission estime que **la branche AT-MP ne doit pas porter, à elle seule, l'effort financier** rendu nécessaire par l'indemnisation plus large que permettra cet article. L'État, dont la responsabilité dans l'affaire de l'amiante a été reconnue, devra également y prendre toute sa part, alors que sa contribution au fonds est aujourd'hui marginale.

La commission a également adopté les **amendements rédactionnels nos 316, 317 et 319**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

CHAPITRE VI

POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE RETRAITES

Article 40

Adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon

Cet article vise à ajuster le calendrier de montée en charge de la réforme des retraites à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon et à y rendre applicables les principales mesures d'accompagnement de la réforme.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif proposé : le décalage dans le temps du report de l'âge légal de départ en retraite à 64 ans à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon et l'application à ces territoires des mesures d'accompagnement de la réforme des retraites

A. Le relèvement à 62 ans de l'âge d'ouverture des droits à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon s'achève à peine, tandis que certaines des mesures sociales de la réforme des retraites n'y sont pas encore applicables

1. Un report de l'âge légal de départ en retraite applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon au même rythme que dans l'Hexagone serait difficilement envisageable

À la suite de la réforme des retraites de 2010-2011, compte tenu des spécificités de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, le législateur a prévu que l'âge d'ouverture des droits applicable aux assurés des régimes de retraite de ces territoires **ne converge que progressivement** vers celui qui s'applique aux ressortissants du régime général.

Ainsi, à Mayotte, l'âge légal a atteint **62 ans à compter de la génération 1961**¹ (qui devait donc être éligible à un départ en retraite dès 2023), tandis que cet âge devait être applicable à la génération 1955 pour les assurés du régime général².

¹ Ordonnance n° 2011-1923 du 22 décembre 2011 relative à l'évolution de la sécurité sociale à Mayotte dans le cadre de la départementalisation, article 19 ; ordonnance n° 2022-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, article 6.

² Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, article 88.

De même, la montée en charge de la réforme de 2010 n'arrivera à son terme à Saint-Pierre-et-Miquelon qu'à compter de la génération 1962¹ (pour un départ à 62 ans dès 2024).

**Calendrier de montée en charge du report de l'âge d'ouverture des droits
à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon
issu de la réforme des retraites de 2010-2011**

Génération	Âge d'ouverture des droits	
	Mayotte	Saint-Pierre-et-Miquelon
1955	60 ans	60 ans
1956	60 ans et 4 mois	60 ans
1957	60 ans et 8 mois	60 ans
01/01/1958 au 30/06/1958	61 ans	60 ans
01/07/1958 au 31/12/1958	61 ans	60 ans et 4 mois
1959	61 ans et 4 mois	60 ans et 9 mois
1960	61 ans et 8 mois	61 ans et 2 mois
1961	62 ans	61 ans et 7 mois
1962	62 ans	62 ans

Source : Ordonnance n° 2022-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, article 6 ; décret n° 2003-589 du 1^{er} juillet 2003 portant application des dispositions du titre II et du chapitre I^{er} du titre VI de l'ordonnance n° 2022-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, article 2 ; loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, article 5

Or, la réforme des retraites de 2023² a prévu un report progressif de l'âge d'ouverture des droits pour les assurés nés à compter du 1^{er} septembre 1961, de façon à le porter **de 62 à 64 ans pour la génération 1968**³.

¹ Ordonnance n° 2015-896 du 23 juillet 2015 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, article 1^{er} ; loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, article 5.

² Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10 ; décret n° 2023-436 du 3 juin 2023 portant application des articles 10 et 11 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 1^{er}.

³ Articles L. 161-17-2 et D. 161-2-1-9 du code de la sécurité sociale.

**Calendrier de montée en charge du report de l'âge d'ouverture des droits
de droit commun issu de la réforme des retraites de 2023**

Génération	Âge d'ouverture des droits	
	Avant réforme	Après réforme
01/01/1961 au 31/08/1961	62 ans	62 ans
01/09/1961 au 31/12/1961	62 ans	62 ans et 3 mois
1962	62 ans	62 ans et 6 mois
1963	62 ans	62 ans et 9 mois
1964	62 ans	63 ans
1965	62 ans	63 ans et 3 mois
1966	62 ans	63 ans et 6 mois
1967	62 ans	63 ans et 9 mois
1968	62 ans	64 ans

Source : Article D. 161-2-1-9 du code de la sécurité sociale

Dès lors, le cumul des deux relèvements prévus dans le cadre des réformes des retraites de 2010-2011 et 2023 entraînerait **un report brutal de l'âge légal de sept mois** (contre quatre prévus initialement) pour les assurés mahorais nés à la fin de l'année 1961 par rapport à la génération 1960.

Les habitants de Saint-Pierre-et-Miquelon nés à la fin de cette même année 1961, quant à eux, subiraient **un report de treize mois** (contre cinq prévus à l'origine) par rapport à la génération précédente.

En tout état de cause, en l'état du droit et à défaut d'adaptation des dispositions législatives relatives à l'âge légal applicable dans ces territoires à l'occasion de la dernière réforme, les habitants de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon devraient se voir appliquer **le même calendrier de relèvement que les habitants de l'Hexagone**.

2. Le maintien à 67 et 62 ans des âges d'annulation de la décote et de départ en retraite anticipée pour inaptitude au travail et invalidité n'a pas été rendu applicable à Mayotte

D'autre part, la législation en vigueur, qui n'a pas encore fait l'objet d'une modification, dispose toujours que l'âge d'annulation de la décote, maintenu à 67 ans dans l'Hexagone dans le cadre de la réforme de 2023¹, correspond, à Mayotte, à l'âge légal augmenté de cinq années, soit **69 ans au terme de la montée en charge de la réforme**².

¹ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10 ; article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

² Ordonnance n° 2022-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, article 6.

Les dispositions applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon, quant à elles, ne nécessitent pas de modification pour y maintenir l'âge d'annulation de la décote à 67 ans¹.

D'autre part, à Mayotte, l'âge de départ au taux plein automatique pour inaptitude au travail ou invalidité, dont la réforme de 2023 a fait un âge de départ anticipé en le gelant à 62 ans², est égal à l'âge légal de départ, c'est-à-dire, désormais, à **64 ans à terme**³. L'âge de 62 ans est, pour sa part, déjà applicable aux assurés du régime de Saint-Pierre-et-Miquelon⁴.

3. Les dispositions instituant l'assurance vieillesse des aidants n'ont pas été transposées à Saint-Pierre-et-Miquelon

La réforme des retraites de 2023 a institué **l'assurance vieillesse des aidants (AVA)**⁵, qui se distingue désormais de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)⁶.

L'assurance vieillesse des aidants

Depuis le 1^{er} septembre 2023, sont **affiliés gratuitement à l'assurance vieillesse du régime général** au titre de l'AVA - comme ils l'étaient jusqu'alors au titre de l'AVPF :

- les bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP)⁷ ;
- les bénéficiaires de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA)⁸ ;
- les bénéficiaires du congé de proche aidant⁹ pour les périodes pendant lesquelles ils ne bénéficient pas de l'AJPA ;
- les travailleurs non salariés qui interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Pour les trois dernières de ces catégories de bénéficiaires, la somme des durées d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général au titre de l'AVA ne peut excéder **une durée totale d'un an sur l'ensemble de la carrière**.

¹ Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, article 5.

² Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 11 ; articles L. 351-1-5 et D. 351-1-14 du code de la sécurité sociale.

³ Ordonnance n° 2022-411 du 27 mars 2022 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, article 10.

⁴ Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, article 5.

⁵ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 25 ; article L. 381-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article L. 381-1 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 544-1 du code de la sécurité sociale.

⁸ Article L. 168-8 du code de la sécurité sociale.

⁹ Article L. 3142-16 du code du travail.

Par ailleurs, y sont affiliés (comme ils l'étaient au titre de l'AVPF), pour autant qu'ils n'exercent aucune activité professionnelle ou seulement une activité à temps partiel, les personnes ou, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres ayant la charge d'un enfant en situation de handicap qui n'est pas admis dans un internat, dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 80 %¹ et qui n'a pas atteint l'âge limite d'attribution de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), soit 20 ans.

En distinguant l'AVA de l'AVPF dans le cadre de la réforme des retraites, **le législateur a ouvert le droit à l'AVA à de nouveaux bénéficiaires**, à savoir, pour autant qu'il n'exerce aucune activité professionnelle ou seulement une activité à temps partiel, la personne ou, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres :

- ayant la charge d'un enfant en situation de handicap qui n'est pas admis dans un internat et au titre duquel il est éligible au complément de l'AAEH ;

- ou apportant son aide à une personne adulte en situation de handicap dont la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) reconnaît que l'état nécessite une assistance ou une présence, dont l'incapacité permanente est au moins égale à 80 % et qui a, avec le bénéficiaire, un lien de parenté **ou de proximité** au nombre de ceux qui ouvrent droit au congé de proche aidant².

Dans ce dernier cas, l'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général était jusqu'alors réservée aux personnes assumant, au foyer familial, la charge d'une personne handicapée à laquelle il était lié par un lien de parenté, à l'exclusion, donc, des personnes âgées ou handicapées **sans lien de parenté**.

Le financement de l'AVA est assuré par une cotisation à la charge exclusive des caisses d'allocations familiales (CAF) et des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) et calculée sur des assiettes forfaitaires. La charge découlant de l'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général des bénéficiaires de l'AVA (à l'exception des bénéficiaires de l'AJPP) est **remboursée à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)**.

*

¹ Article D. 381-5 du code de la sécurité sociale.

² Conjoint, concubin, partenaire de PACS, ascendant, descendant, enfant dont il assume la charge, collatéral jusqu'au quatrième degré, ascendant, descendant ou collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, concubin ou partenaire de PACS et personne âgée ou handicapée avec laquelle il réside ou avec laquelle il entretient des liens étroits et stables, à qui il vient en aide de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne (article L. 3142-16 du code du travail).

L'assurance vieillesse des parents au foyer

En parallèle, sont **affiliés gratuitement et obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général** au titre de l'AVPF, à condition de satisfaire certaines conditions liées au niveau des ressources de la personne ou du ménage ainsi qu'à l'âge et au nombre des enfants¹, les personnes isolées et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres n'exerçant pas d'activité professionnelle, bénéficiaires :

- du complément familial² ;
- de l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)³ ;
- ou de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE)⁴.

Il en va de même des personnes isolées et de chacun des membres d'un couple exerçant une activité professionnelle à temps partiel, bénéficiaires de la PreParE à taux partiel.

Le financement de l'AVPF est assuré par une cotisation **à la charge exclusive des CAF et des caisses de MSA** et calculée sur des assiettes forfaitaires.

Or, ces dispositifs ne sont aujourd'hui ouverts ni aux assurés du régime de retraite de Saint-Pierre-et-Miquelon, ni à ceux du régime de Mayotte.

B. Le PLFSS pour 2024 ajuste donc le calendrier de report de l'âge légal applicable à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon et transpose dans ces collectivités les mesures d'accompagnement de la réforme de 2023

1. L'amorce du relèvement de l'âge d'ouverture des droits à 64 ans serait légèrement repoussée dans le temps dans les deux territoires

Le Gouvernement propose de **décaler d'une année le début de la montée en charge de la réforme des retraites à Mayotte**. La montée en charge de la réforme commencerait donc à **partir de la génération 1962** au lieu de la génération de la fin de l'année 1961 pour **s'achever avec la génération 1969** au lieu de la génération 1968 (*a du 1^o du III*).

¹ Articles D. 381-1, D. 381-2 et D. 381-2-1 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 522-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 531-3 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

**Nouveau calendrier de montée en charge du report
de l'âge d'ouverture des droits à Mayotte**

Génération	Âge d'ouverture des droits	
	Réforme sans adaptation	Réforme avec adaptation
1960	61 ans et 8 mois	61 ans et 8 mois
01/01/1961 au 31/08/1961	62 ans	62 ans
01/09/1961 au 31/12/1961	62 ans et 3 mois	62 ans
1962	62 ans et 6 mois	62 ans et 3 mois
1963	62 ans et 9 mois	62 ans et 6 mois
1964	63 ans	62 ans et 9 mois
1965	63 ans et 3 mois	63 ans
1966	63 ans et 6 mois	63 ans et 3 mois
1967	63 ans et 9 mois	63 ans et 6 mois
1968	64 ans	63 ans et 9 mois
1969	64 ans	64 ans

Source : PLFSS pour 2024, article 40

Le calendrier de relèvement de l'âge légal applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon serait, quant à lui, **décalé de deux années**, de façon à débiter avec la génération 1963 et à atteindre l'âge de 64 ans pour la génération 1970 (1° du I).

**Nouveau calendrier de montée en charge
du report de l'âge d'ouverture des droits à Saint-Pierre-et-Miquelon**

Génération	Âge d'ouverture des droits	
	Réforme sans adaptation	Réforme avec adaptation
1960	61 ans et 2 mois	61 ans et 2 mois
01/01/1961 au 31/08/1961	61 ans et 7 mois	61 ans et 7 mois
01/09/1961 au 31/12/1961	62 ans et 3 mois	61 ans et 7 mois
1962	62 ans et 6 mois	62 ans
1963	62 ans et 9 mois	62 ans et 3 mois
1964	63 ans	62 ans et 6 mois
1965	63 ans et 3 mois	62 ans et 9 mois
1966	63 ans et 6 mois	63 ans
1967	63 ans et 9 mois	63 ans et 3 mois
1968	64 ans	63 ans et 6 mois
1969	64 ans	63 ans et 9 mois
1970	64 ans	64 ans

Source : PLFSS pour 2024, article 40

2. Les âges d'annulation de la décote et de départ anticipé pour inaptitude au travail et invalidité seraient maintenus à leur niveau actuel à Mayotte

Comme dans l'Hexagone, l'âge d'annulation de la décote applicable aux assurés mahorais serait **maintenu à 67 ans (b du 1° du III)** et l'âge de départ en retraite anticipée pour inaptitude au travail et invalidité à **62 ans (2° du III)**.

En conséquence, l'âge auquel la pension de retraite à taux plein remplace automatiquement la pension d'invalidité serait lui aussi **gelé à 62 ans (1° et 2° du II)**, de même que celui auquel la pension de retraite à taux plein remplace automatiquement l'allocation pour adulte handicapé (AAH) - sauf opposition de l'assuré (**3° du III**).

3. Les habitants de Saint-Pierre-et-Miquelon seraient rendus éligibles à l'assurance vieillesse des parents au foyer et des aidants

Les dispositions relatives à l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse du régime général au titre de l'AVPF et de l'AVA résultant de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023 seraient rendues **applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon**, ce que traduirait une modification d'ordre rédactionnel (**2° du I**). Seraient toutefois prévues certaines adaptations visant :

- pour l'AVPF :

- à préciser que les intéressés sont affiliés au régime de retraite local et non au régime général ;

- à exclure de la liste des prestations ouvrant accès à l'AVPF le complément familial et l'allocation de base de la Paje, comme c'est le cas aujourd'hui¹ ;

- à ne pas rendre applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon les dispositions qui attribuent la charge du financement de l'AVPF aux organismes débiteurs des prestations familiales, dans la mesure où la Caisse de prévoyance sociale (CPS) y assure la gestion de l'ensemble des branches de sécurité sociale (**3° du I**) ;

- pour l'AVA :

- à préciser que les intéressés sont affiliés au régime de retraite local et non au régime général ;

- à procéder à des coordinations légistiques ;

- à prévoir **le remboursement par la CNSA à la CPS des charges découlant du financement de l'AVA (4° du I)**.

Ces dispositions entreraient en vigueur **le 1^{er} janvier 2024 (1° du IV)**, les autres dispositions du présent article étant applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2024 (**2° du IV**).

Interrogé par le rapporteur de la branche vieillesse, le Gouvernement a indiqué que « *dans le cadre de la convergence progressive des prestations de sécurité sociale applicables à Mayotte vers le droit commun, il a été fait le choix d'étendre en premier les prestations de droit direct en matière familiale* ». Aussi l'AVPF et l'AVA n'y ont-elles pas été étendues à ce jour.

3. Un coût très limité pour la branche vieillesse

Le poids démographique de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon étant relativement faible, les mesures proposées induiraient un coût minime, de l'ordre de **500 000 euros en 2024** et de **800 000 euros en 2027**.

¹ Il en va de même en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane et à La Réunion.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale : une modification rédactionnelle

En application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, l'Assemblée nationale est réputée avoir adopté cet article assorti d'un amendement rédactionnel du rapporteur de la branche vieillesse.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale ainsi modifié.

III - La position de la commission : une sécurisation nécessaire pour les assurés liquidant leurs droits entre septembre et décembre 2023

La commission approuve les dispositions du présent article, dans la mesure où il lui semblerait particulièrement inéquitable et injuste d'appliquer brutalement aux habitants de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon appartenant aux premières générations concernées par la dernière réforme des retraites le relèvement de l'âge légal issu de la réforme des retraites de 2010-2011 et celui que prévoit la réforme de 2023.

Elle a adopté un **amendement n° 323** du rapporteur de la branche vieillesse permettant de **sécuriser** la situation des assurés dont le départ en retraite est intervenu ou va intervenir entre le 1^{er} septembre 2023 et le 1^{er} janvier 2024, **en évitant que la réforme de 2023 ne s'applique à eux**, ainsi que deux amendements rédactionnels et de précision n^{os} 321 et 322.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 40 bis (nouveau)

Allongement du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable aux fonctionnaires

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à étendre aux fonctionnaires la possibilité de racheter des trimestres d'études supérieures jusqu'au quarantième anniversaire de l'assuré.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : l'extension aux fonctionnaires de la possibilité de racheter des trimestres d'études supérieures jusqu'à leur quarantième anniversaire

A. Le délai de rachat des trimestres d'études supérieures a été allongé dans le cadre de la réforme des retraites

Le code de la sécurité sociale permet aux assurés de **racheter certains trimestres de retraite** en contrepartie du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret garantissant la neutralité actuarielle et **dans la limite totale de 12 trimestres**¹.

À ce titre, peuvent notamment être prises en compte les **périodes d'études supérieures**², lorsque le régime général est le premier régime d'affiliation à l'assurance vieillesse après ces études et si ces périodes ont donné lieu à l'obtention d'un diplôme³.

Jusqu'en 2023, le délai de présentation de la demande de rachat de tels trimestres courait **jusqu'au 31 décembre de la dixième année civile suivant la fin des études** auxquelles ces trimestres se rattachent⁴.

Depuis la réforme des retraites, toutefois, la demande peut être formulée à compter du trentième anniversaire de l'assuré⁵ et **jusqu'au 31 décembre de l'année civile de son quarantième anniversaire**⁶.

¹ Article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

² Les périodes d'études accomplies dans les établissements d'enseignement supérieur, les écoles techniques supérieures, les grandes écoles et les classes des établissements du second degré préparatoires à ces écoles ou dans lesquelles est dispensé un enseignement postbaccalauréat, qui relèvent des catégories d'établissements d'enseignement supérieur définies par arrêté interministériel.

³ L'admission dans les grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces écoles est assimilée à l'obtention d'un diplôme et les périodes d'études ayant permis l'obtention d'un diplôme équivalent délivré par un État membre de l'Union européenne peuvent également être prises en compte.

⁴ Articles L. 351-14-1 et D. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article D. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

En revanche, le délai de dix ans à compter de la fin des études est **toujours applicable** aux demandes de rachat de trimestres formulées par des fonctionnaires¹.

B. Le PLFSS pour 2024 vise donc à rendre applicable à la fonction publique le délai de rachat prévu pour les ressortissants du régime général

Le présent article, issu d'un amendement du groupe Démocrate retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, tend à **étendre aux fonctionnaires le délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable aux assurés du régime général (I) à compter du 1^{er} janvier 2024 (II)**.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : un alignement souhaitable

Dans un souci de justice et d'équité, la commission se déclare favorable à la mesure proposée.

Elle a adopté deux **amendements rédactionnels n^{os} 324 et 325** du rapporteur de la branche vieillesse.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

¹ Article L. 9 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.

Article 40 ter (nouveau)

**Prise en compte des services actifs accomplis par un fonctionnaire
avant sa titularisation pour l'ouverture du droit
à un départ en retraite anticipée**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à permettre la prise en compte des services accomplis par un fonctionnaire dans un emploi relevant de la catégorie active en qualité de contractuel pendant les dix ans précédant sa titularisation.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : la prise en compte des services actifs accomplis par un fonctionnaire dans un emploi relevant de la catégorie active au cours des dix années ayant précédé sa titularisation

A. La prise en compte pour l'ouverture du droit à un départ anticipé au titre des catégories actives des services actifs accomplis avant la titularisation du fonctionnaire a été déclarée contraire à la Constitution

Dans le cadre de la réforme des retraites de 2023, le législateur a prévu que les services accomplis par un fonctionnaire dans un emploi classé en catégorie active¹ ou super-active **au cours de la période de dix ans précédant sa titularisation, en qualité de contractuel**, soient comptabilisées comme services actifs ou super-actifs pour **l'acquisition du droit à un départ anticipé**².

En effet, ce dernier n'est ouvert qu'aux agents relevant des catégories justifiant d'une durée minimale de services effectifs. Celle-ci est notamment fixée à :

- 17 années de services actifs dans la catégorie active et, dans la catégorie super-active, pour les ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne ;

- à 12 années de services super-actifs, dont la moitié de manière consécutive, et à 32 années de services effectifs pour les agents des réseaux souterrains des égouts et les identificateurs de l'institut médico-légal ;

- et à 27 années de services super-actifs pour les agents des services actifs de la police nationale et les surveillants pénitentiaires³.

¹ Emplois présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles.

² Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10.

³ Article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

**Les différents corps classés en catégorie active
dans les trois versants de la fonction publique**

Fonction publique de l'État	Personnels actifs de la police nationale
	Personnels de surveillance de l'administration pénitentiaire
	Ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne
	Personnels de la surveillance des douanes
	Instituteurs
	Agents d'exploitation des travaux publics de l'État
	Éducateurs et infirmiers de la protection judiciaire de la jeunesse
	Personnels paramédicaux des hôpitaux militaires
	Contrôleurs des affaires maritimes et syndics des gens de mer (certains emplois)
Fonction publique territoriale	Agents des réseaux souterrains des égouts
	Agents du corps des identificateurs de l'institut médico-légal de la préfecture de police
	Sapeurs-pompiers professionnels
	Agents de salubrité
	Agents de police municipale
	Agents de surveillance de la préfecture de police
	Agents d'entretien et agents techniques (certains emplois)
Fonction publique hospitalière	Personnels infirmiers et personnels paramédicaux en contact avec les malades n'ayant pas exercé le droit d'option prévu à l'article 37 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010
	Autres personnels hospitaliers (aides-soignants, agents de services hospitaliers)
	Assistants sociaux dont l'emploi comporte un contact direct et permanent avec les malades
	Puéricultrices en fonction dans les services de pédiatrie n'ayant pas exercé le droit d'option prévu à l'article 31 du décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010
	Maîtres ouvriers et ouvriers professionnels (certaines fonctions)
	Agents d'entretien (certaines fonctions)
	Agents de service mortuaire et de désinfection

Source : Secrétariat général du Conseil d'orientation des retraites, Les catégories actives de la fonction publique, 25 mai 2016, d'après la DGAFP

**Calendrier de montée en charge du relèvement
de l'âge de départ en retraite anticipée au titre des catégories actives**

Génération	Catégorie active		Catégorie super-active	
	Avant réforme	Après réforme	Avant réforme	Après réforme
01/01/1966 au 31/08/1966	57 ans	57 ans	52 ans	52 ans
01/09/1966 au 31/12/1966	57 ans	57,25 ans	52 ans	52 ans
1967	57 ans	57,5 ans	52 ans	52 ans
1968	57 ans	57,75 ans	52 ans	52 ans
1969	57 ans	58 ans	52 ans	52 ans
1970	57 ans	58,25 ans	52 ans	52 ans
01/01/1971 au 31/08/1971	57 ans	58,5 ans	52 ans	52 ans
01/09/1971 au 31/12/1971	57 ans	58,5 ans	52 ans	52,25 ans
1972	57 ans	58,75 ans	52 ans	52,5 ans
1973	57 ans	59 ans	52 ans	52,75 ans
1974	57 ans	59 ans	52 ans	53 ans
1975	57 ans	59 ans	52 ans	53,25 ans
1976	57 ans	59 ans	52 ans	53,5 ans
1977	57 ans	59 ans	52 ans	53,75 ans
1978	57 ans	59 ans	52 ans	54 ans
1979	57 ans	59 ans	52 ans	54 ans

Source : Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10

Cependant, ces dispositions ne devant s'appliquer qu'aux services accomplis en qualité d'agent contractuel à compter de la publication de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023, le Conseil constitutionnel les a déclarées **contraires à la Constitution**, dans la mesure où elles n'avaient **pas d'effet sur les recettes ou les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base**¹, ce qui revêt un caractère obligatoire s'agissant d'une loi de financement rectificative.

B. Le PLFSS pour 2024 prévoit donc de nouveau la prise en compte de tels services pour l'acquisition du droit à un départ anticipé

Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement retenu par lui dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, **reprend sans modification les dispositions censurées** par le Conseil constitutionnel dans le cadre de la réforme des retraites.

Celles-ci seraient donc applicables aux services accomplis en qualité d'agent contractuel **à compter de l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2024**.

De fait, la loi organique permet au législateur financier d'intégrer dans la partie de la LFSS comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir les dispositions n'ayant pas d'effet sur les dépenses de l'année des régimes obligatoires de base, mais en ayant un sur les dépenses des années ultérieures, à la condition que ces dispositions présentent un **caractère permanent**².

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une adoption sans modification

La commission approuve la mesure proposée, qui permettra d'améliorer la prise en compte de la pénibilité des professions concernées **en l'adaptant à l'évolution des parcours professionnels des fonctionnaires**, qui commencent de plus en plus fréquemment par une période de service en tant que contractuels.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Conseil constitutionnel, décision n° 2023-849 DC du 14 avril 2023, Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

² Article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

Article 40 quater (nouveau)

**Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés
et les mandataires sociaux**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à garantir aux salariés le droit à la retraite progressive dès 62 ans, à permettre de nouveau à l'ensemble des mandataires sociaux de bénéficier de ce dispositif et à en exclure les préretraités.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : la garantie de la possibilité de bénéficier de la retraite progressive dès 62 ans pour les salariés, la réouverture de l'accès à ce dispositif pour tous les mandataires sociaux et sa fermeture aux bénéficiaires d'avantages de préretraite

A. Les dispositions relatives à la retraite progressive issues de la réforme des retraites de 2023 comportent plusieurs lacunes

1. La retraite progressive permet de faciliter la transition entre l'emploi et la retraite

Créée en 1988¹, la **retraite progressive** permet aux assurés réduisant leur activité de **demander la liquidation provisoire de leur pension** de retraite et le service d'une fraction de celle-ci².

Jusqu'à la réforme des retraites de 2023, les assurés des régimes spéciaux, les professionnels libéraux, les avocats et les fonctionnaires n'étaient pas éligibles à la retraite progressive. Depuis lors³, sont éligibles à ce dispositif, à condition d'avoir atteint l'âge de **62 ans** (contre 60 ans jusqu'alors) et de justifier d'une durée d'assurance au moins égale à **150 trimestres**⁴ :

- les assurés exerçant une activité salariée à temps partiel ou à temps réduit par rapport à la durée maximale légale ou conventionnelle de travail exprimée en jours ou en demi-journées et **qui justifient d'une quotité de temps de travail comprise entre 40 % et 80 % de la durée de travail à temps complet**⁵, pour qui la fraction de pension servie est égale à la différence entre 100 % et la quotité de travail à temps partiel ou réduit⁶ ;

¹ Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, article 2.

² Article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 26 ; article D. 161-2-24 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 161-19-5 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 161-19-6 du code de la sécurité sociale.

⁶ Article D. 161-2-24-3 du code de la sécurité sociale.

- les assurés exerçant à titre exclusif une activité salariée ou non salariée qui, n'étant pas assujettie à une durée d'activité définie par un employeur, leur procure **un revenu au moins égal à 40 % du Smic**¹ et donne lieu à **une diminution des revenus professionnels comprise entre 20 % et 60 %**², pour qui la fraction de pension servie est égale à la quotité de diminution des revenus professionnels ;

- les assurés exerçant à titre exclusif une activité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole et qui s'engagent dans la cessation progressive de leur activité³, pour qui la fraction de pension servie est égale à la fraction des terres cédées, à la diminution des revenus professionnels ou à la fraction des parts sociales cédées⁴ ;

- les agents non titulaires de la fonction publique exerçant leur activité à titre exclusif dans le cadre d'un service à temps incomplet ou d'un ou de plusieurs emplois à temps non complet et les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers occupant à titre exclusif un ou plusieurs emplois permanents à temps non complet, effectuant un nombre d'heures de travail inférieur au seuil d'affiliation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL), fixé à 28 heures hebdomadaires⁵, et affiliés, par conséquent, au régime général et à l'Institution de retraite complémentaire des agents non-titulaires de l'État et des collectivités publiques (Ircantec)⁶, pour qui la fraction de pension servie est égale à la différence entre 100 % et la quotité totale travaillée, calculée, le cas échéant, en additionnant les durées de travail effectuées dans le cadre de plusieurs emplois à temps non complet, sans que la fraction n'excède 60 % ;

- les fonctionnaires exerçant à titre exclusif leur activité à temps partiel⁷, **dans les mêmes conditions que les salariés**⁸, pour qui la fraction de pension servie équivaut à la différence entre 100 % et la quotité de travail à temps partiel⁹.

¹ Le revenu pris en compte est celui de l'avant-dernière année civile précédant la date de la demande.

² Article D. 161-2-24-1 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 732-69 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Article D. 732-70 du code rural et de la pêche maritime.

⁵ Décret n° 2022-244 du 25 février 2022 déterminant le seuil d'affiliation à la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales des fonctionnaires territoriaux nommés dans un emploi permanent à temps non complet, article 1^{er} ; décret n° 2022-754 du 29 avril 2022 déterminant le seuil d'heures minimales de travail pour l'affiliation des fonctionnaires hospitaliers à temps non complet à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales, article 1^{er}.

⁶ Article L. 161-22-1-6 du code de la sécurité sociale.

⁷ Article L. 89 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite.

⁸ Article D. 37-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

⁹ Article D. 37-2 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

L'assuré dispose de la possibilité de demander, sous réserve de l'accord de son employeur, que ses cotisations d'assurance vieillesse soient **calculées sur la base du salaire reconstitué correspondant à son activité exercée à temps plein**¹. L'employeur peut alors prendre en charge la différence entre le montant de la cotisation salariale due sur le salaire correspondant à l'activité exercée à temps plein et celui de la cotisation dont le salarié serait redevable s'il n'était pas fait usage de cette faculté².

Le service de la fraction de pension est **remplacé par le service de la pension complète**, à la demande de l'assuré, lorsque celui-ci en remplit les conditions d'attribution³. La pension complète est liquidée en tenant compte du montant de la pension initiale et de **la durée d'assurance accomplie depuis la liquidation de celle-ci**.

Il convient de noter qu'existent à côté de la retraite progressive des **dispositifs de préretraite** dont les modalités de fonctionnement sont relativement proches, à ceci près qu'ils sont **financés par les employeurs** et non par la sécurité sociale.

2. Les salariés ne peuvent pas effectivement bénéficier de la retraite progressive dès l'âge de 62 ans

Le code de la sécurité sociale dispose que l'assuré qui demande la liquidation provisoire de sa pension au titre de la retraite progressive produit notamment, à l'appui de sa demande, le ou les contrats de travail à temps partiel ou à temps réduit, en cours d'exécution à la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse⁴.

Or les dispositions législatives issues de la réforme des retraites de 2023 prévoient que la demande de passage à temps partiel⁵ ou à temps réduit⁶ dans le cadre de la retraite progressive ne peut être adressée à l'employeur **qu'à partir de l'âge d'éligibilité à ce dispositif, soit 62 ans**.

Les salariés sont donc contraints d'attendre d'atteindre l'âge de 62 ans pour pouvoir demander le passage à temps partiel ou à temps réduit, puis le bénéfice de la retraite progressive, **qui n'est donc pas, en pratique, accessible dès 62 ans**.

¹ Article L. 241-3-1 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 241-0-3 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 161-22-1-7 du code de la sécurité sociale ; article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime ; article L. 89 ter du code des pensions civiles et militaires de retraite.

⁴ Article R. 161-19-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article L. 3123-4-1 du code du travail.

⁶ Article L. 3121-60-1 du code du travail.

3. La réforme des retraites a exclu une partie des mandataires sociaux des personnes éligibles à la retraite progressive

Le **mandataire social** est une personne en charge de l'organisation de la vie d'une société, de la gestion de celle-ci et de sa représentation dans ses relations avec les tiers. Il reçoit son mandat soit de l'assemblée générale des associés, soit des statuts de la société, soit d'un contrat de mandat.

Le mandat social étant exclusif de tout lien de subordination, le code du travail n'est pas applicable au dirigeant d'entreprise exerçant en qualité de mandataire social, qui relève du code de commerce. Le cumul avec un contrat de travail n'est possible que dans la mesure où ce dernier correspond à un emploi effectif caractérisé par **un lien de subordination** et par le versement à l'intéressé d'**une rémunération distincte** de celle qu'il perçoit au titre de ses fonctions de mandataire social.

Certains mandataires sociaux sont néanmoins obligatoirement affiliés au régime général de sécurité sociale, sans qu'il soit nécessaire de rechercher l'existence d'un lien de subordination entre les personnes exerçant ces activités et l'entreprise : **ils sont considérés comme « assimilés salariés »** dans la mesure où ils perçoivent une rémunération au titre de leurs fonctions. Il s'agit :

- des gérants égalitaires ou minoritaires des sociétés à responsabilité limitée (SARL) et des sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL)¹ ;

- des présidents du conseil d'administration, des directeurs généraux et des directeurs généraux délégués des sociétés anonymes (SA) et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme (SELAFA)² ;

- des directeurs généraux et des présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées (SAS) et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS)³.

Toutefois, **à défaut de pouvoir justifier de la qualité de salariés à temps partiel**, les mandataires sociaux ne pouvaient pas, jusqu'en 2022, bénéficier de la retraite progressive.

¹ Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, 11°.

² Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, 12°.

³ Article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, 23°.

Le législateur les a finalement intégrés dans le champ des assurés éligibles¹, soit dans les conditions applicables aux salariés, à la condition que la quotité de travail correspondante soit comprise entre 40 % et 80 % de la durée de travail à temps complet ou de la durée de travail maximale légale, réglementaire ou conventionnelle fixée par un forfait en jours, soit dans les conditions applicables aux travailleurs non-salariés, à la condition que leur activité leur procure un revenu au moins égal à 40 % du Smic².

Cependant, la refonte des dispositions législatives relatives à la retraite progressive intervenue dans le cadre de la réforme des retraites a, d'une part, maintenu l'éligibilité à ce dispositif des mandataires sociaux dont l'activité n'est pas soumise à quotité de travail³ et, d'autre part, **accidentellement fermé l'accès à la retraite progressive à ceux dont l'activité est soumise à quotité de travail.**

B. Le PLFSS pour 2024 vise donc à garantir l'effectivité du droit à la liquidation provisoire de la pension dès 62 ans pour les salariés et à rouvrir l'accès à la retraite progressive à tous les mandataires sociaux

Le présent article, issu d'un amendement du rapporteur de la branche vieillesse de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, tend en premier lieu à sécuriser l'accès des salariés à la retraite progressive, en leur permettant de demander à leur employeur un passage à temps partiel ou à temps réduit en vue de solliciter l'accès à la retraite progressive **dès qu'ils souhaitent bénéficier de ce dispositif**, et non plus à compter de l'âge de 62 ans (II).

D'autre part, **serait rétablie la possibilité, pour un assuré exerçant une activité non salariée à temps partiel ou à temps réduit** par rapport à la durée maximale légale ou conventionnelle de travail exprimée en jours ou en demi-journées, **de bénéficier de la retraite progressive**, ce qui vise les mandataires sociaux qui s'en trouvaient privés depuis le 1^{er} septembre dernier (1^o et 2^o du I).

À l'inverse, seraient rendus **ineligibles à la retraite progressive** :

- **les assurés qui bénéficient d'un avantage de préretraite** prévu par des dispositions réglementaires, des stipulations conventionnelles ou par une décision unilatérale de l'employeur ;

- **et les assurés exerçant à titre exclusif certaines activités « assimilées salariées »** déterminées par décret (3^o du I).

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 110 ; ancien article L. 351-15 du code de la sécurité sociale.

² Ancien article D. 351-14-4 du code de la sécurité sociale.

³ Articles L. 161-22-1-5 et D. 161-2-24-1 du code de la sécurité sociale.

Il s'agit, d'une part, d'empêcher le financement par la sécurité sociale d'avantages de préretraite dans le cadre de la retraite progressive et, d'autre part, d'exclure du bénéfice de ce dispositif les assimilés salariés dont l'activité est accessoire¹ ou incompatible² avec la retraite progressive, comme c'était le cas jusqu'à la réforme des retraites³.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : faciliter la transition entre emploi et retraite

La commission approuve évidemment les mesures proposées, qui contribuent à lisser le passage de la vie active à la retraite.

Elle a adopté un **amendement de précision n° 326** du rapporteur de la branche vieillesse.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

¹ Les personnes assurant une mission de service publique ou les administrateurs de groupements mutualistes, par exemple.

² Les volontaires en service civique ou les bénéficiaires de l'aide à la création ou à la reprise d'une entreprise (Acre), par exemple.

³ Ancien article D. 351-14-4 du code de la sécurité sociale.

Article 40 quinquies (nouveau)

Rétablissement du conditionnement de la bonification du cinquième à 27 années de services accomplis en qualité d'agent de police

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à corriger une erreur matérielle de la réforme des retraites en rétablissant la condition de justification de 27 années de services effectifs à laquelle était assujetti le bénéficiaire, par les fonctionnaires de police, de la bonification du cinquième.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I – Le dispositif inséré par le Gouvernement : le conditionnement à une durée minimale de services de l'attribution aux agents de police de la bonification du cinquième

A. En raison d'une erreur matérielle, l'attribution de la bonification du cinquième aux fonctionnaires de police n'est plus conditionnée à l'accomplissement de 27 années de services

Les agents des services actifs de police bénéficient d'une bonification du cinquième du temps de service accompli, qui consiste en une augmentation de la durée des services liquidables d'**une annuité supplémentaire par période de cinq années de services effectifs**, dans la limite de cinq annuités¹.

La « clause d'achèvement » de la carrière ayant été supprimée à l'occasion de la réforme des retraites de 2023², cette bonification est également **ouverte aux anciens agents de police** qui n'occupent plus ces fonctions au moment de leur départ en retraite.

De même, désormais, la bonification du cinquième n'est plus réduite à concurrence de la durée des services accomplis au-delà de 57 ans, et ce afin de favoriser le maintien en activité des agents de police.

Toutefois, les dispositions législatives conditionnant le bénéfice de cette bonification à la justification de 27 années de services effectifs³ ont été **supprimées par erreur** par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) pour 2023.

¹ Loi n° 57-444 du 8 avril 1957 instituant un régime particulier de retraites en faveur des personnels actifs de police, article 1^{er}.

² Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10.

³ Loi n° 57-444 du 8 avril 1957 instituant un régime particulier de retraites en faveur des personnels actifs de police, ancien article 2.

B. Le PLFSS pour 2024 prévoit donc le rétablissement de cette condition de durée de services effectifs

Le présent article, issu d'un amendement du rapporteur de la branche vieillesse de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale retenu par le Gouvernement dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à **rétablir le conditionnement à 27 années de services effectifs** en qualité d'agent des services actifs de police le bénéfice de la bonification du cinquième, sauf pour les fonctionnaires radiés des cadres pour invalidité ou par limite d'âge, auxquels cette condition ne serait toujours pas applicable (2° du I).

Il serait procédé, en conséquence, à une mise en cohérence rédactionnelle (1° du I).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

II - La position de la commission : une rectification légitime

La mesure proposée n'appelle pas de commentaire particulier de la commission, qui juge effectivement souhaitable de conditionner le bénéfice de la bonification du cinquième à une durée minimale de services, comme c'est le cas pour les autres professions relevant des catégories actives.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 40 sexies (nouveau)

Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à permettre la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de la pension des sapeurs-pompiers professionnels n'exerçant plus ces fonctions lors de leur départ en retraite.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif inséré par le Gouvernement : la suppression de la clause d'achèvement de la carrière pour la liquidation de la « prime de feu »

A. L'indemnité de feu n'est prise en compte pour le calcul de la pension des sapeurs-pompiers professionnels qu'en cas d'achèvement de la carrière sur ces fonctions

1. L'âge de départ en retraite anticipée des sapeurs-pompiers professionnels est progressivement relevé à 59 ans

Les fonctionnaires ayant accompli **au moins 17 ans de services** dans des emplois classés dans la **catégorie active**, qui présentent un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles, comme celui de sapeur-pompier professionnel, sont éligibles à un départ en retraite à compter d'un âge anticipé. Fixé à 57 ans jusqu'alors, cet âge a été relevé en 2023 pour atteindre **59 ans à compter de la génération 1973¹**.

Calendrier de montée en charge du relèvement de l'âge de départ en retraite anticipée applicable aux sapeurs-pompiers professionnels

Génération	Avant réforme	Après réforme
01/01/1966 au 31/08/1966	57 ans	57 ans
01/09/1966 au 31/12/1966	57 ans	57,25 ans
1967	57 ans	57,5 ans
1968	57 ans	57,75 ans
1969	57 ans	58 ans

¹ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10 ; article L. 24 du code des pensions civiles et militaires ; décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 25.

Génération	Avant réforme	Après réforme
1970	57 ans	58,25 ans
01/01/1971 au 31/08/1971	57 ans	58,5 ans
01/09/1971 au 31/12/1971	57 ans	58,5 ans
1972	57 ans	58,75 ans
1973	57 ans	59 ans

Source : Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10

2. Les sapeurs-pompiers professionnels bénéficient de divers dispositifs de compensation de la pénibilité de leur métier, dont l'indemnité de feu

a) La bonification du cinquième a été étendue aux anciens sapeurs-pompiers professionnels

Les sapeurs-pompiers professionnels ayant accompli 17 années de services en cette qualité et 27 années en tant que fonctionnaire bénéficient d'une bonification du cinquième du temps de service accompli, qui consiste en une augmentation de la durée des services liquidables d'une annuité supplémentaire par période de cinq années de services effectifs, dans la limite de cinq annuités¹.

Depuis 2023, la « clause d'achèvement » de la carrière ayant été supprimée², cette bonification est également **ouverte aux anciens sapeurs-pompiers** qui n'occupent plus ces fonctions au moment de leur départ en retraite.

b) L'indemnité de feu ne peut être liquidée que par les sapeurs-pompiers professionnels exerçant cette activité lors de leur départ en retraite

D'autre part, depuis le 1^{er} janvier 1991, les sapeurs-pompiers professionnels, affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), bénéficient de la prise en compte, pour le calcul de leur pension de retraite, d'une indemnité de feu³, en reconnaissance des risques que comporte leur profession.

¹ Loi n° 83-1179 du 29 décembre 1983 de finances pour 1984, article 125 ; décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 15.

² Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 10.

³ Loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes, article 17.

L'indemnité de feu

Avant 2020, le montant de l'indemnité de feu était égal à 19 % du traitement soumis à retenue pour pension¹. Depuis, **ce taux a été porté à 25 %**², permettant d'augmenter la rémunération nette des sapeurs-pompiers professionnels de **cent euros par mois en moyenne**.

L'indemnité de feu est assujettie aux retenues et contributions supportées au titre des pensions par ses bénéficiaires et les collectivités employeurs. De plus, afin de financer **l'intégration de l'indemnité de feu dans la pension de retraite** des sapeurs-pompiers professionnels qui n'avaient pas versé de cotisations à cet effet depuis le début de leur carrière, les bénéficiaires de l'indemnité de feu étaient, jusqu'en 2022, assujettis à une **retenue supplémentaire** sur la somme de leur traitement indiciaire et de l'indemnité de feu (« surcotisation salariale »), dont le taux était fixé à 1,8 %.

La prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de la pension de retraite des sapeurs-pompiers professionnels devait, à l'origine, être réalisée progressivement du 1^{er} janvier 1991 au 1^{er} janvier 2003. Bien que n'étant plus justifiée à compter de cette date, la surcotisation salariale n'a été supprimée qu'au 1^{er} janvier 2022³.

D'autre part, jusqu'en 2021, les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) étaient redevables d'une contribution supplémentaire sur la somme du traitement indiciaire et de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels bénéficiaires de cette dernière (« surcotisation patronale »)⁴, au taux de 3,6 %, supprimée depuis lors⁵ afin de compenser aux collectivités territoriales le coût de la revalorisation de l'indemnité de feu.

Le bénéfice de la majoration de pension résultant de cette indemnité est subordonné à l'accomplissement d'une durée de services effectifs de dix-sept années en qualité de sapeur-pompier professionnel et est différée jusqu'à l'âge de 57 ans. Toutefois, ces conditions ne sont pas applicables aux sapeurs-pompiers professionnels radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et les ayants cause de sapeurs-pompiers professionnels décédés avant leur admission à la retraite.

¹ Décret n° 90-850 du 25 septembre 1990 portant dispositions communes à l'ensemble des sapeurs-pompiers professionnels, article 6-3.

² Décret n° 2020-903 du 24 juillet 2020 portant revalorisation de l'indemnité de feu allouée aux sapeurs-pompiers professionnels, article 1^{er}.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, article 17.

⁴ Décret n° 2007-173 du 7 février 2007 relatif à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 5.

⁵ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 20, décret n° 2021-280 du 12 mars 2021 relatif aux ressources de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 1, et décret n° 2020-281 du 12 mars 2021 relatif aux taux des cotisations dues à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 1^{er}.

Pour les sapeurs-pompiers professionnels n'ayant pas effectué la totalité de leur carrière en cette qualité, la majoration de la pension de retraite, liquidée sur la base du dernier indice brut détenu au cours des six derniers mois en qualité de sapeur-pompier professionnel, est calculée proportionnellement à la durée des services accomplis en cette qualité¹.

Toutefois, contrairement à la bonification du cinquième du temps de service accompli, le droit en vigueur ne précise toujours pas clairement que les **anciens sapeurs-pompiers professionnels** qui n'exercent plus ces fonctions au moment de leur départ en retraite bénéficient eux aussi de la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de leur pension.

Les sapeurs-pompiers sont donc contraints à continuer d'exercer ces fonctions particulièrement pénibles **jusqu'à leur départ en retraite** pour pouvoir liquider leur indemnité de feu.

B. Le PLFSS pour 2024 permet donc la liquidation de l'indemnité de feu par les anciens sapeurs-pompiers professionnels

Le présent article, issu d'amendements identiques du Gouvernement et des groupes Renaissance, Horizons et Liot retenus par lui dans le texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à **ouvrir aux anciens sapeurs-pompiers professionnels le bénéfice de la majoration de pension résultant de la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de leur pension de retraite**, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux sapeurs-pompiers encore en exercice lors de leur départ en retraite (I).

La jouissance de cette majoration serait différée jusqu'à l'âge de 59 ans, sauf pour les fonctionnaires radiés des cadres ou mis à la retraite pour invalidité et les ayants cause des fonctionnaires décédés avant leur admission à la retraite.

De même, les sapeurs-pompiers et anciens sapeurs-pompiers bénéficiant d'un droit au départ anticipé au titre de la catégorie active et nés avant le 1^{er} janvier 1966 pourraient jouir de cette majoration dès l'âge de 57 ans. Cet âge évoluerait au rythme du report de l'âge de départ anticipé résultant de la réforme des retraites de 2023 pour ceux nés entre le 1^{er} janvier 1966 et le 31 décembre 1972 (II).

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale.

¹ Décret n° 2003-1306 du 26 décembre 2003 relatif au régime de retraite des fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, article 18.

II - La position de la commission : la nécessaire prise en compte de la pénibilité du métier de sapeur-pompier

La commission est favorable à la mesure proposée, qui contribuera à la prévention de l'usure professionnelle en favorisant l'orientation des sapeurs-pompiers **vers des métiers moins pénibles en fin de carrière.**

Elle a adopté un **amendement n° 328** de la rapporteure générale permettant de mettre en cohérence l'évolution de l'âge d'entrée en jouissance de la majoration de pension résultant de la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de la pension de retraite avec celle de l'âge de départ anticipé applicable aux sapeurs-pompiers, ainsi qu'un **amendement rédactionnel n° 327.**

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article additionnel après l'article 40 sexies

Renforcement du contrôle de l'existence des bénéficiaires de pensions de retraite résidant à l'étranger

Cet article vise à rendre obligatoire, à compter de 2027, la fourniture par des moyens biométriques de la preuve de l'existence des bénéficiaires de pensions de retraite servies par des régimes français résidant à l'étranger.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I - Le contrôle de l'existence des retraités résidant à l'étranger est un outil majeur de lutte contre la fraude sociale

A. Les certificats d'existence constituent un outil d'information sur le décès des bénéficiaires de pensions de retraite résidant à l'étranger

1. Près de 4 milliards d'euros de pensions sont versés chaque année par les régimes obligatoires français à des retraités résidant à l'étranger

D'après la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)¹, sur les 14,9 millions de retraités que comptait le régime général à fin 2021, **1,1 million de personnes (7,4 %) résidaient à l'étranger.** Il s'agit de retraités français expatriés, d'étrangers ayant travaillé en France et étant retournés dans leur pays d'origine et de veuves ou de veufs de retraités français ou étrangers ayant travaillé en France.

¹ Cnav, Chiffres clés sur les retraités du régime général résidant ou nés à l'étranger au 31 décembre 2021, 3 mars 2022.

89 % de ces assurés résident en Europe (47 %) et en Afrique (42 %).
Les principaux pays concernés sont l'Algérie, le Portugal, l'Espagne, l'Italie et le Maroc.

Effectifs, pensions mensuelles moyennes et masses annuelles pour les pays comptant le plus de retraités du régime général au 31 décembre 2021

	Effectifs	Pension mensuelle moyenne	Masse annuelle
Algérie	347 919	249 €	1,041 Mds
Allemagne	46 873	159 €	0,089 Mds
Belgique	52 721	286 €	0,181 Mds
Canada	16 201	239 €	0,046 Mds
Espagne	161 076	267 €	0,517 Mds
Italie	69 207	199 €	0,166 Mds
Maroc	60 920	348 €	0,255 Mds
Portugal	165 356	393 €	0,780 Mds
Suisse	20 846	285 €	0,071 Mds
Tunisie	37 254	276 €	0,123 Mds
France	13 776 532	793 €	131,094 Mds
Ensemble	14 884 558	755 €	134,875 Mds

Source : Système National Statistiques Prestataires (SNSP TSTI)

Champ : Retraités percevant une retraite de base au régime général au 31.12.2021 (y compris les anciens travailleurs indépendants).

Notes :

- La résidence en France correspond à la métropole et aux territoires des CGSS.
- Les masses financières sont obtenues par multiplication par 12 des pensions versées en décembre 2021.
- La pension globale moyenne correspond au montant total versé au retraité. Elle regroupe l'ensemble des avantages de droit direct et de droit dérivé servis : montant de base après application des règles de minimum (minimum contributif ou minimum des pensions de réversion) et maximum (écrêtement du plafond de la Sécurité sociale) avec les compléments de pensions éventuels. Montant brut avant prélèvements sociaux et hors régimes complémentaires.

Source : *Cnav*, Chiffres clés sur les retraités du régime général résidant ou nés à l'étranger au 31 décembre 2021, 3 mars 2022

Au total, 3,8 milliards d'euros de pensions leur ont été versés en 2021, dont près de 2 milliards aux retraités installés en Europe et 1,5 milliard à ceux qui résident en Afrique.

Répartition et distribution des retraités et des masses annuelles par continent de résidence au 31 décembre 2021

	Effectifs	Part	Pension mensuelle moyenne	Masse annuelle	Part des pensions
Afrique	465 394	42 %	269 €	1,500 Mds	40 %
Amériques	32 449	3 %	301 €	0,117 Mds	3 %
Asie	31 908	3 %	414 €	0,158 Mds	4 %
Europe	50 553	5 %	262 €	0,159 Mds	4 %
NV	1 307	0 %	324 €	0,005 Mds	0 %
Océanie	3 778	0 %	242 €	0,011 Mds	0 %
Union E. (hors France)	517 417	47 %	291 €	1,806 Mds	48 %
TOTAL ETRANGER	1 102 806	7 %	284 €	3,756 Mds	3 %
ENSEMBLE	14 896 523		755 €	134,875 Mds	

Source : Système National Statistiques Prestataires (SNSP TSTI)

Champ : Retraités percevant une retraite de base au régime général au 31.12.2021 (y compris les anciens travailleurs indépendants).

Notes :

- Les masses financières sont obtenues par multiplication par 12 des pensions versées en décembre 2021.
- La pension globale moyenne correspond au montant total versé au retraité. Elle regroupe l'ensemble des avantages de droit direct et de droit dérivé servis : montant de base après application des règles de minimum (minimum contributif ou minimum des pensions de réversion) et maximum (écrêtement du plafond de la Sécurité sociale) avec les compléments de pensions éventuels. Montant brut avant prélèvements sociaux et hors régimes complémentaires.

Source : Cnav, Chiffres clés sur les retraités du régime général résidant ou nés à l'étranger au 31 décembre 2021, 3 mars 2022

2. Les retraités résidant à l'étranger doivent justifier chaque année de leur existence

Faute de données d'état-civil fiables permettant un renseignement automatique du système national de gestion des identifiants (SNGI) opéré par la Cnav et exploité par les autres organismes de protection sociale, le bénéficiaire d'une pension de retraite servie par un régime de retraite obligatoire français résidant à l'étranger – ainsi qu'en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna – **doit justifier chaque année de son existence auprès de la caisse de retraite assurant le service de sa pension**¹.

Les régimes obligatoires de retraite mutualisent la gestion de la preuve de l'existence et les modalités de son contrôle dans le cadre du groupement d'intérêt public (GIP) Union Retraite². Celui-ci désigne parmi ses membres l'organisme chargé de la gestion mutualisée de la preuve de l'existence – actuellement l'Agirc-Arrco, ce dernier pouvant seul demander au bénéficiaire de fournir, au plus une fois par an, un certificat d'existence³.

Le GIP définit également les orientations applicables en matière de lutte contre la fraude et de maîtrise des risques afférents aux opérations de contrôle de la preuve de l'existence et désigne parmi ses membres celui qui en est chargé ; il s'agit aujourd'hui de la Cnav à titre principal et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), et de l'Agirc-Arrco pour les assurés qui ne relèvent pas du régime général.

¹ Article L. 161-24 du code de la sécurité sociale.

² Article L. 161-24-3 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 161-2-27 du code de la sécurité sociale.

En pratique, le retraité dispose de deux mois pour faire compléter le certificat d'existence¹. S'il n'y procède pas, le versement de la pension est suspendu à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date indiquée pour la réception du certificat d'existence². La décision de maintien ou de suspension du versement de la pension prise par l'organisme chargé de la gestion mutualisée de la preuve de l'existence s'impose aux membres du GIP pour les pensions qu'ils servent au bénéficiaire.

Au surplus, le membre du GIP ayant connaissance par tout moyen autre que le certificat d'existence du décès d'un bénéficiaire d'une pension de retraite doit en informer sans délai les autres membres³.

Chaque année, le ministère de l'Europe et des affaires étrangères et la direction de la sécurité sociale établissent la liste des autorités habilitées à remplir des certificats d'existence en fonction des capacités de traitement par le réseau consulaire français et du degré de confiance dans les autorités locales pour l'exercice de cette fonction. Dans certains pays⁴, seules les administrations locales émettent des certificats. En revanche, dans d'autres pays⁵, les consulats français assurent encore cette mission.

Il convient, du reste, de noter que, pour certains pays européens (Allemagne, Italie, Espagne et Benelux), la Cnav a mis en place des échanges automatiques de données d'état-civil. Les retraités résidant dans ces pays n'ont donc pas formellement à adresser un certificat d'existence au GIP. D'après l'Agirc-Arrco, 47 % des bénéficiaires de pensions résidant hors de France seraient concernés par ces échanges d'état-civil.

Enfin, la Cnav dispose, dans certains pays et en particulier en Afrique du Nord, de **collaborateurs habilités à convoquer les bénéficiaires** de pensions pour vérifier leur identité sur pièces et sur place. Elle s'appuie également sur des **partenariats avec certains réseaux d'agences bancaires**, qui procèdent eux aussi à des convocations.

¹ Ce délai n'étant pas réglementaire, les caisses de retraite peuvent décider, dans le cadre du GIP, de le modifier.

² Articles L. 161-24-2 et D. 161-2-27 du code de la sécurité sociale.

³ Article D. 161-2-28 du code de la sécurité sociale.

⁴ Au Canada ou en Argentine, par exemple.

⁵ En Chine ou en Arabie saoudite, par exemple.

B. Les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 permettant le recours à la biométrie dans le cadre du contrôle de l'existence des retraités résidant à l'étranger ne sont toujours pas applicables

Dans un double souci de lutte contre la fraude aux prestations sociales et de simplification des démarches des retraités résidant à l'étranger, le législateur a prévu, en 2020¹, que la preuve de l'existence puisse être apportée par l'utilisation de **dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques** adapté à cette preuve².

Il s'agirait, en pratique, pour les retraités concernés, d'apporter la preuve de leur existence **en envoyant une photographie** qui sera comparée à celle qui figure sur leur titre d'identité.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil), devait, d'une part, préciser les moyens pouvant être utilisés à cette fin et **les garanties apportées aux personnes** dans l'utilisation de ces dispositifs et l'exercice de leurs droits et, d'autre part, prévoir les conditions d'utilisation par les personnes concernées des outils numériques leur permettant d'effectuer cette démarche.

Or, au moment de l'examen du projet de loi de financement rectificative (PLFRSS) pour 2023 portant réforme des retraites, ce décret, dont la publication était initialement prévue pour l'été 2021, n'avait **toujours pas été pris**.

En 2022, le Gouvernement justifiait ce retard par la conduite, en 2021, d'une expérimentation visant à assurer la conformité du dispositif aux attentes des retraités concernés et à la réglementation relative à la protection des données personnes. Il était alors indiqué qu'un projet de décret avait été soumis à la Cnil et que celle-ci devait rendre son avis en mai 2022. La publication du décret devait dès lors intervenir à l'été 2022, permettant la désignation par le GIP d'un sous-traitant au cours du second semestre et la mise en œuvre effectif des dispositions législatives en question début 2023, mais a été **de nouveau repoussée**.

Dans le cadre de la réforme des retraites, le législateur a fixé au 1^{er} septembre 2023 le délai limite accordé au Gouvernement pour la publication du décret³. Celui-ci a finalement été publié **en juillet 2023**⁴.

¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, article 104.

² Article L. 161-24-1 du code de la sécurité sociale.

³ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, article 28.

⁴ Décret n° 2023-688 du 23 juillet 2023 autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel pour le contrôle de l'existence des bénéficiaires d'une pension de vieillesse résidant à l'étranger.

Les modalités de mise en œuvre du contrôle par des moyens biométriques de l'existence des bénéficiaires de pensions de retraite résidant à l'étranger

Le décret du 23 juillet 2023 prévoit que les bénéficiaires d'une pension de retraite résidant à l'étranger, en Nouvelle-Calédonie et à Wallis-et-Futuna soient informés, lors du contrôle annuel de leur existence, des différents moyens mis à leur disposition pour justifier de celle-ci auprès de leur caisse de retraite, et notamment de la possibilité de recourir à la biométrie¹.

Un traitement de données à caractère personnel dénommé « Contrôle dématérialisé de l'existence » permet à ces assurés de justifier de leur existence. Il utilise un système de **reconnaissance faciale statique et dynamique** et repose sur une application installée sur un terminal mobile de communications électroniques adapté à la captation de données biométriques, vérifiant l'authenticité du titre d'identité présenté, la concordance entre les prises de vue photographique et vidéographique du visage de la personne et la photographie extraite ou figurant sur ce titre d'identité, ainsi que l'existence effective de la personne².

Le GIP Union Retraite est responsable de ce dispositif³, qui traite plusieurs catégories de données personnelles, à savoir :

- les données d'identité et de contact du bénéficiaire, le numéro et le résultat de la procédure de justification d'existence, ainsi que le numéro d'inscription au répertoire (NIR) des personnes physiques (ou « numéro de sécurité sociale ») ;

- les données électroniques extraites du titre d'identité du bénéficiaire, y compris la photographie de son visage, et les données figurant sur ce titre ;

- les prises de vue photographique et vidéographique du titre d'identité du bénéficiaire faites au moyen du terminal mobile de communications électroniques ;

- les prises de vue photographique et vidéographique du bénéficiaire faites au moyen du terminal mobile de communications électroniques ;

- et les gabarits biométriques nécessaires à la comparaison entre la photographie issue du titre d'identité du bénéficiaire et les prises de vue de son visage⁴.

À l'exception de celles qui relèvent de cette dernière catégorie, **ces données sont conservées dans la limite de 60 jours** à compter de leur enregistrement dans le traitement⁵.

¹ Article R. 161-19-4 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 161-19-5 du code de la sécurité sociale.

³ Article R. 161-19-6 du code de la sécurité sociale.

⁴ Article R. 161-19-7 du code de la sécurité sociale.

⁵ Article R. 161-19-8 du code de la sécurité sociale.

Si le responsable du traitement ou son sous-traitant retient cette modalité de contrôle, ses personnels ont accès, à raison de leurs attributions et pour le besoin exclusif des missions qui leur sont confiées, aux données conservées, dans la limite de 96 heures à compter de leur enregistrement dans le traitement, afin de procéder à un contrôle manuel lorsque le résultat de la justification de l'existence est négatif.

En outre, les personnels de l'un des membres du GIP, individuellement désignés et spécialement habilités par leur directeur, ont accès, à raison de leurs attributions et pour le besoin exclusif des missions qui leur sont confiées, aux données conservées, dans la limite de leur durée de conservation, afin d'assurer les opérations de contrôle de la gestion de la preuve d'existence réalisées dans le cadre mutualisé.

À l'issue de leur durée de conservation, les données personnelles sont archivées dans la limite de 5 ans à compter de leur enregistrement, sauf en cas de contentieux. Dans ce dernier cas, cette durée est prolongée jusqu'à l'intervention d'une décision de justice devenue définitive. Les personnels de l'un des membres du GIP, individuellement désignés et spécialement habilités par leur directeur, ont accès, à raison de leurs attributions et pour le besoin exclusif des missions qui leur sont confiées, aux données archivées, dans la limite de leur durée d'archivage, afin d'assurer les opérations de contrôle et de lutte contre la fraude réalisées dans le cadre mutualisé¹.

Les droits d'accès et de rectification des données, les droits à l'effacement des données et à la limitation du traitement ainsi que le droit d'opposition au traitement des données s'exercent auprès du GIP².

L'Agirc-Arrco a indiqué au rapporteur de la branche vieillesse que l'opérateur avait été désigné et que **la généralisation du dispositif devrait intervenir au printemps de 2024**. Pour l'utiliser, les retraités concernés devront être équipés d'un *smartphone* et d'un titre d'identité biométrique³.

II - Partout où cela sera possible, le recours à la biométrie doit être rendu obligatoire pour mettre un terme à la fraude aux pensions de retraite à l'étranger

Compte tenu des efforts demandés aux travailleurs dans le cadre de la réforme des retraites, il serait inenvisageable ne pas consacrer à la lutte contre la fraude aux prestations sociales tous les moyens qui lui sont nécessaires.

¹ Article R. 161-19-9 du code de la sécurité sociale.

² Article R. 161-19-10 du code de la sécurité sociale.

³ L'Algérie, principal pays concerné, dispose d'un titre d'identité biométrique.

Or le contrôle biométrique de l'existence des retraités installés à l'étranger resterait **une option à la discrétion du bénéficiaire**, qui demeurerait libre de choisir de remplir un certificat d'existence. Il s'agit donc davantage d'une **mesure de simplification** pour les retraités résidant hors de France que d'un véritable moyen de lutte contre la fraude.

Par conséquent, la commission a adopté **un amendement n° 329** du rapporteur de la branche vieillesse visant à **rendre obligatoire la justification de l'existence par le biais de la biométrie (1° à 3° du I)** à compter du **1^{er} janvier 2027 (II)**.

Ce délai devrait notamment permettre d'adapter les dispositions réglementaires encadrant le dispositif, de finaliser le développement du support technique nécessaire à la mise en œuvre de cette obligation, de communiquer auprès des assurés et de s'assurer de l'accessibilité du dispositif à tous les intéressés, notamment, pour ceux qui ne disposeraient pas d'un *smartphone*, par le biais, entre autres, **des consulats et des collaborateurs et partenaires des organismes débiteurs**.

Dans les pays dépourvus de titres d'identité biométriques, les modalités de contrôle de l'existence des retraités seraient **déterminées par décret (4° du I)**. En fonction du degré de confiance dans les autorités locales, la preuve de l'existence pourrait être apportée soit par l'envoi d'un certificat d'existence, soit dans le cadre d'une **convocation annuelle dans un consulat ou auprès de collaborateurs ou de partenaires des organismes débiteurs**, par exemple dans une agence bancaire.

La commission vous demande d'adopter cet article additionnel dans la rédaction qu'elle vous soumet par l'amendement n° 329.

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

Article 41

Dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux

Cet article fixe les dotations de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, ainsi que la contribution de la CNSA aux agences régionales de santé.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté visant à prévoir la fixation par la loi des dotations aux opérateurs du champ de la santé et à inscrire ce montant pour 2024.

I - Le dispositif proposé

A. Une dotation au FMIS de moins de 1 milliard d'euros pour 2024

1. Un fonds créé en 2020 dans le cadre du volet investissements du Ségur de la santé

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

À la suite des conclusions du Ségur de la santé en 2020, l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a transformé le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en un nouveau fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, avec une vocation d'investissement plus transversale entre les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Les ressources du fonds sont principalement constituées de dotations de l'assurance maladie et de la branche autonomie.

Le fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations, les délégations de crédits étant opérées par le ministère des solidarités et de la santé.

Comme présenté lors de l'examen du PLFSS pour 2021, le FMIS doit porter 3,9 milliards d'euros parmi les 6 milliards d'euros du plan de relance de l'investissement. Trois grands axes ont été retenus par le Gouvernement en 2020 :

- **les projets hospitaliers prioritaires et projets ville-hôpital** : 2,5 milliards d'euros engagés sur 5 ans ;

- **le rattrapage du retard sur le numérique en santé** : 1,4 milliard d'euros sur 3 ans ;

- **la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux** : 2,1 milliards d'euros sur 5 ans.

2. Dotations pour 2024 et perspectives d'utilisation des crédits

Les I et II du présent article prévoient les dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé pour 2024 avec :

- une **dotation de 894 millions d'euros des régimes d'assurance maladie (I)** ;

- une **dotation de 90 millions d'euros de la CNSA (II)**.

La dotation 2024 atteint ainsi un **montant total de 984 millions d'euros** pour 2024, soit une **baisse sensible (- 14,4 %)** par à la dotation 2023 révisée à l'article 3 à 1 149 millions d'euros.

B. La fixation du montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS

Le III fixe à **190 millions d'euros** le montant de la contribution de la branche autonomie aux ARS au titre de leurs actions en direction des personnes âgées et des personnes handicapées.

Cette contribution permet de financer plusieurs dispositifs d'appui aux dispositifs de soutien de l'autonomie : les groupements d'entraide mutuelle (GEM), les maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (Maia), les centres régionaux d'études et d'actions d'information (Creia), ou encore l'habitat inclusif.

Si ce montant est en hausse par rapport au montant initialement fixé par la LFSS pour 2023 (+ 6,4 %), il convient d'observer que **le fonds d'urgence de 100 millions d'euros** dédié aux établissements et services médico-sociaux en difficulté **ne serait pas reconduit en 2024¹**.

¹ Cf. commentaire de l'article 3.

C. Une dotation de 160 millions d'euros à l'Oniam

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam)

L'Oniam est un établissement public à caractère administratif de l'État créé par la loi du 4 mars 2002 et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé d'organiser des dispositifs de règlement amiable, mais aussi de gérer les différents contentieux en matière d'indemnisation des victimes de dommages imputables à :

- des accidents médicaux, affections iatrogènes ou infections nosocomiales ;
- des accidents survenus dans le cadre de la recherche biomédicale ;
- des accidents dus à des dommages résultant de mesures sanitaires d'urgence ;
- des accidents dus à la prise de benfluorex (Mediator) ou de valproate de sodium (Dépakine) ;
- des contaminations d'origine sanguine par le VIH, le virus de l'hépatite C, celui de l'hépatite B, le virus T-lymphotropique humain ou encore des contaminations par la maladie de Creutzfeldt-Jakob par la voie de traitement par l'hormone de croissance extractive.

Les missions de l'Oniam **sont financées pour partie par l'assurance maladie (indemnisation des accidents médicaux, des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV) et pour partie par l'État** (les accidents médicaux résultant de la vaccination obligatoire et les dommages consécutifs à des mesures sanitaires d'urgence, à la prise du Benfluorex ainsi qu'à la prise de valproate de sodium).

• Le IV fixe la **dotation des régimes d'assurance maladie à l'Oniam à 160,2 millions d'euros pour 2024**, soit une hausse de 15,7 % par rapport à l'année 2023.

Les prévisions de dépenses d'indemnisation pour 2023 dans le périmètre de l'assurance maladie (accidents médicaux, contaminations transfusionnelles VIH, VHC, VHB et HTLV) et des missions relevant du programme 204 de l'État (VO/MSU/benfluorex/valproate de sodium) **sont estimées à 188,3 millions d'euros**. Le ministère indique que ces prévisions sont conformes aux prévisions budgétaires initiales, le début de l'année 2023 permettant selon lui de « *renouer avec une activité proche de celle de 2019 sur la même période* ».

Dépenses d'indemnisation de l'Oniam

	2018	2019	2020	2021	2022
Dépenses d'indemnisation en millions d'euros	153,8	161	134	180	162
Évolution	+ 15,04 %	+ 5,23 %	- 16,77 %	+ 33,34 %	+ 10 %

Source : Réponses au questionnaire de la rapporteure préparatoire au PLFSS

• Selon le ministère, sur la base des mêmes tendances qu'en 2023, **avec une stabilisation du nombre de nouveaux dossiers en CCI et une augmentation du coût d'un dossier, la prévision de dépenses pour 2024 devrait être légèrement à la hausse.**

Dans l'annexe 2 au PLFSS, le Gouvernement précise cette année encore que **le tendancier à la hausse, constaté depuis plusieurs années, devrait se poursuivre.** En effet, *« malgré la stabilisation attendue du nombre de nouveaux dossiers entrant en CCI, le montant des dépenses d'indemnisation augmente, sous l'effet d'une part du relèvement progressif du montant moyen d'une offre amiable impacté par la révision de la table de capitalisation, et d'autre part de la poursuite de l'accroissement des contentieux directs conduisant à des condamnations de l'Oniam dont les montants sont en hausse, en capital comme en versements de rentes ».*

Pour 2024, sur la base des mêmes tendances qu'en 2022, avec une stabilisation du nombre de nouveaux dossiers en CCI, **la prévision de dépenses s'établit à 284 millions d'euros**, dont 212 millions d'euros de dépenses d'indemnisation.

D. Des précisions apportées pour l'ensemble des crédits de l'assurance maladie versés aux opérateurs

Depuis la révision opérée par la loi organique du 14 mars 2022, les annexes au PLFSS doivent désormais, aux termes de l'article **L.O. 111-4-1**, **présenter les comptes prévisionnels**, justifiant l'évolution des recettes et des dépenses et détaillant l'impact, au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures, des mesures contenues dans le projet de loi de financement de l'année sur les comptes des organismes financés par des régimes obligatoires de base.

Doit en outre être **détaillé, le cas échéant, le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour l'année en cours et de la dotation prévisionnelle** des régimes obligatoires d'assurance maladie pour l'année à venir qui sont affectées à ces organismes.

**Prévisions de dotations de l'assurance maladie
à certains établissements publics, hors dotations exceptionnelles**

Établissement	Dotation 2023	Dotation 2024
Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux	135,32	160,2
Agence de la biomédecine	52,18	53,44
Établissement français du sang	54,7	100
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	10	11,49
Centre national de gestion	27,63	43,63
École des hautes études en santé publique	45,2	45,2
Agence nationale d'appui à la performance	17,21	19,06
Agence du numérique en santé	67,48	114,18
Agence nationale de santé publique (Santé publique France)	211,96	200,11
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	140,28	142,62
Haute Autorité de santé	53,9	71,9

**Éléments sur la trajectoire des dotations versées aux agences sanitaires
par l'assurance maladie**

Certaines dotations connaissent une évolution particulièrement dynamique en 2024 : celle attribuée au CNG progresse ainsi de 58 %, celle versée à la Haute Autorité de santé de 33 % et celle allouée à l'Anap de 11 %. Sur la branche AT-MP, la dotation au fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante progresse également de plus de 50 %.

Au-delà de l'effet haussier de l'inflation sur les dotations, ces hausses s'expliquent par la fin du pilotage des dotations par le prélèvement sur le fonds de roulement des agences concernées.

En effet, dans un objectif de gestion publique efficiente, le montant de subvention versé à ces organismes avait, depuis la fin des années 2010, été **fixé à un niveau volontairement insuffisant afin de permettre d'apurer des fonds de roulement jugés excessifs du fait d'exercices antérieurs excédentaires**. Les organismes concernés ont donc été amenés à mobiliser les réserves accumulées lors de ces exercices excédentaires pour couvrir une partie de leurs dépenses.

Le fonds de roulement du Fiva, de la HAS, du CNG et de l'Anap étant désormais proche des seuils prudentiels, il n'est plus possible de le prélever. Cela se traduit par un ajustement à la hausse du niveau des dotations, sans lien avec l'activité réelle des agences concernées.

L'établissement français du sang voit, quant à lui, sa subvention quasiment doubler par rapport à 2023 du fait d'une réforme de son mode de financement, intégrant à l'avenir une subvention pérenne de la branche maladie¹.

• Outre le FMIS et l'Oniam, dont les dotations sont fixées par le présent article, il convient une fois encore de souligner les montants non négligeables versés à différents opérateurs par l'assurance maladie sans être fixés par le législateur :

- **Santé publique France**, pour un montant de l'ordre de plus de 200 millions d'euros ;

- **l'agence du numérique en santé**, pour près de 115 millions d'euros ;

- les **autorités sanitaires** que sont la Haute Autorité de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament ou l'Agence de la biomédecine, représentant en cumulé près de 270 millions d'euros.

Plafonds d'emplois des établissements publics financés par l'assurance maladie

Établissement	ETPT sous plafond 2023	ETPT sous plafond 2024
Office national d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux	119	121
Agence de la biomédecine	248	249
Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	115	117
Centre national de gestion	112	118
École des hautes études en santé publique	289	289
Agence nationale d'appui à la performance	94	95
Agence du numérique en santé	202	207

¹ Cette réforme est évoquée plus en détail dans le commentaire de l'article 31 du présent rapport.

Établissement	ETPT sous plafond 2023	ETPT sous plafond 2024
Agence nationale de santé publique (Santé publique France)	590	590
Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	943	950
Haute Autorité de santé	438	443

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a été retenu sans modification dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution et est désormais **considéré comme adopté par l'Assemblée nationale**.

III - La position de la commission

A. Une vigilance quant à la soutenabilité des missions des opérateurs publics du champ de la santé

La rapporteure souligne une nouvelle fois **l'amélioration de l'information mise à disposition** des commissions des affaires sociales quant aux moyens financiers et humains des opérateurs publics du secteur de la santé. Celle-ci, qui résulte d'une volonté du législateur organique dans le cadre de la révision de la LOLFSS, répond à une nécessité démocratique et à un besoin réel de **vérification par le Parlement de l'adéquation des moyens accordés avec les missions données aux différents établissements**.

Cependant, force est de constater que l'annexe 2 se borne souvent à des éléments d'exécution et, **encore trop peu, à une analyse prospective de l'évolution des dépenses**. Le PLFSS est pourtant le véhicule chargé de sanctionner la justification de ces dépenses prévisionnelles.

L'obligation organique¹ faite au Gouvernement de **présenter, pour l'année en cours et les trois années suivantes, les comptes prévisionnels** des agences financées par la sécurité sociale n'est **toujours pas respectée dans le PLFSS pour 2024**, au détriment de **l'information du Parlement et de la visibilité offerte aux agences** sur leur trajectoire de recettes. Ce manquement regrettable avait déjà été identifié par la mission d'information précitée et faisait l'objet de ses propositions nos 2 et 7.

¹ Article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

Pire, les données contenues dans l'annexe 2 au PLFSS pour 2024 apparaissent même appauvries par rapport aux exercices précédents : les comptes prévisionnels ne sont pas fournis pour 2024¹, ni pour 2023 dans le cas du FMIS.

En outre, l'annexe 2 du PLFSS ne fait **aucune mention des dotations exceptionnelles** accordées à Santé publique France, qui représentent pourtant un **montant de 405 millions d'euros en 2023**.

- Par ailleurs, cette année encore, la rapporteure souligne la nécessité de **suivre l'évolution des moyens des opérateurs sur plusieurs années**.

- Elle constate à nouveau la relative **modération des moyens de certaines agences qui ont pourtant vu leurs missions être renforcées**. C'est ainsi le cas de la Haute Autorité de santé, de l'Agence de la biomédecine ou encore de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

En ce sens, la rapporteure fait siennes les observations de la mission d'évaluation menée par la rapporteure générale Élisabeth Doineau et notre collègue sénatrice Annie Le Houerou sur les organismes et fonds financés par les régimes obligatoires de base² selon lesquelles le fait que « ***certaines agences doivent assurer des missions élargies à moyens constants*** » puisse « *susciter des situations de sous-financement* ». Elle regrette, comme les rapporteures de la mission précitée, que « *le financement des nouvelles missions attribuées aux agences [...] ne présente pas de caractère systématique* ».

- La question des moyens financiers accordés aux agences sanitaires se double d'une problématique non moins centrale concernant **les moyens humains qui leur sont alloués**.

Si la rapporteure note les évolutions positives observées sur le plafond d'emplois de certaines agences soumises à d'importantes tensions en matière de ressources humaines à l'image de l'ANSM et la HAS, **celles-ci sont encore largement insuffisantes et les créations de postes devront donc se poursuivre** sur les prochains exercices afin d'offrir aux opérateurs concernés les **conditions idoines pour remplir leurs missions**. En ce sens, la rapporteure souscrit à l'analyse de la mission d'information précitée selon laquelle « *la prise en compte des besoins en effectifs de certaines agences demeure parfois insuffisante* ».

¹ À l'exception du cas de l'ANDPC.

² Élisabeth Doineau, Annie Le Houerou, Dotations de la sécurité sociale : sortir de la logique du financement à l'aveugle, Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) - Rapport d'information n° 877 (2022-2023), déposé le 12 juillet 2023.

**Évolution des dotations versées par l'assurance maladie
(hors financements exceptionnels)**

(en millions d'euros)

Opérateurs	2020	2021	2022	2023	2024
ABM	39,31	44,58	47,58	52,18	53,44
ANSM	115,82	118,32	132,72	140,28	142,62
ANSP (SPF)	150,16	156,16	161,46	67,48	114,18
ATIH	9,63	10	10	10	11,49
CNG	27,97	27,63	27,63	27,63	43,63
EHESP	42,23	43,33	45,2	45,2	45,2
HAS	55,9	55,9	53,9	53,9	71,9

Source : Réponse au questionnaire de la rapporteure préparatoire au PLFSS

Dans un contexte de contrainte forte sur les dépenses sociales, il convient de cependant bien **veiller à la soutenabilité des missions nouvelles données aux autorités sanitaires et aux capacités des principales autorités et agences sanitaires à assurer leur mission, notamment de sécurité sanitaire, dans des conditions satisfaisantes de qualité, de transparence et de délais.**

À ce titre, le travail précité réalisé au titre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat apporte un **éclairage utile sur les dynamiques propres aux ressources des organismes et fonds financés par l'assurance maladie (Offrob).**

- Enfin, la rapporteure **prend acte de la non-reconduction du fonds de soutien aux établissements et services médico-sociaux** en difficulté, qui peut interroger au regard de l'excédent de la branche autonomie en 2024. Elle rappelle la nécessité de mesures structurelles afin d'éviter d'avoir à prendre en cours d'année de telles mesures d'urgence.

B. Un renforcement du pilotage des opérateurs par une inscription dans la loi de leur dotation par l'assurance maladie

- La commission estime **plus sincère de fixer par la loi la dotation à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France)** et prévoir la possibilité d'une dotation exceptionnelle. Le dépassement de celle-ci imposerait un retour devant le Parlement. C'est le sens de **l'amendement n° 330 adopté par la commission.**

La même démarche a été également retenue par cet amendement **pour les trois principales autorités sanitaires** que sont l'agence de biomédecine, l'agence nationale de sécurité du médicament et la Haute Autorité de santé.

Enfin, la rapporteure rappelle qu'aux termes de la nouvelle rédaction de **la loi organique** relative aux lois de financement de la sécurité sociale concernant les dotations aux organismes, **en cas de relèvement des dotations**, par dotation exceptionnelle notamment, **une information immédiate des commissions des affaires sociales est attendue pour justifier ces dépenses non prévues.**

Article L.O. 111-9-2-2 du code de la sécurité sociale

Lorsque, en cours d'exercice, le montant de la dotation mentionnée au b du 2° de l'article L.O.111-4-1 affectée à un organisme fait l'objet d'une augmentation de plus de 10 %, les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale en sont informées sans délai.

• Dans leur rapport d'information précité, les rapporteures ont insisté sur **le dévoiement des principes budgétaires pratiqué par le Gouvernement au moyen des règles souples applicables à la sécurité sociale.**

Ainsi constatent-elles que les dépenses des opérateurs, qui ne relèvent pas d'une logique assurantielle, sont *« bien, au contraire, de dépenses arbitrables voire pilotables, de la même nature que les subventions pour charge de service public versées par l'État à ses opérateurs. Ce caractère arbitral est d'autant plus prononcé pour les opérateurs dont la structure de dépenses est marquée par l'importance des dépenses de personnel et de fonctionnement, à l'image de l'EHESP »*.

Surtout, les rapporteures estiment qu' *« il apparaît souhaitable, au vu des enjeux financiers concernés, de développer la portée de l'autorisation parlementaire »*, appelant notamment à inscrire explicitement en LFSS le montant prévisionnel de dotation à chacun des organismes et fonds financés par les régimes obligatoires de base.

Suivant les recommandations formulées par les rapporteures et renouvelant la position déjà adoptée les années passées, l'amendement n° 330 adopté par la commission vise, comme la commission l'avait déjà souhaité l'an dernier, à prévoir la **fixation annuelle par la loi des dotations aux opérateurs financés exclusivement par l'assurance maladie.**

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 42

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Cet article fixe le montant de l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

En dépit de réserves relatives à la soutenabilité des dépenses d'assurance maladie sur le moyen terme, la commission vous demande d'adopter cet article sans modification et ainsi de fixer l'objectif de dépenses à 251,9 milliards d'euros pour 2024.

I - Le dispositif proposé

Conformément à l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour 2024.

• L'article 42 fixe les **objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 251,9 milliards d'euros pour 2024.**

Comme prévu par la loi organique du 14 mars 2022¹, l'objectif de dépenses couvre désormais **le champ de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale**, la fixation de l'objectif propre au régime général n'étant plus attendue à partir de cette année².

Cette année encore, il convient à titre liminaire de rappeler le **changement substantiel de périmètre opéré en LFSS pour 2021 avec la création de la branche autonomie désormais chargée des dépenses de prestations dont la branche maladie assurait auparavant le financement.**

La création de la branche s'est également accompagnée en recettes d'un transfert d'une part du produit de la contribution sociale généralisée (CSG).

Dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

(en milliards d'euros)

	Prévision 2023 initiale (LFSS pour 2023)	Prévision 2023 rectifiée (PLFSS 2024)	Prévision pour 2024 (PLFSS 2024)
Régimes obligatoires de base	238,3	243,7	251,9

¹ Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

² Cette évolution est particulièrement logique pour la branche maladie, alors que l'écart entre le régime général et l'ensemble des Robss ne représentait dans la prévision pour 2022 qu'1,5 milliard d'euros sur près de 230 milliards d'euros de dépenses, soit 0,65 %.

Les dépenses de la branche maladie **augmenteraient ainsi en 2024 par rapport à la prévision actualisée pour 2023** au sein de ce PLFSS, à hauteur de **3,4 %**.

Dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

(en milliards d'euros)

	Prévision 2023 initiale (LFSS pour 2023)	Prévision 2023 rectifiée (PLFSS 2024)	Prévision pour 2024 (PLFSS 2024)
Recettes	231,2	234,1	242,7
Dépenses	238,3	243,7	251,9
Solde	- 7,1	- 9,5	- 9,3

Au-delà des dépenses de la branche, son déficit se maintiendrait à plus de 9 milliards d'euros. **Anticipé à - 9,3 milliards d'euros, le solde ne s'améliorerait ainsi que de 200 millions d'euros par rapport à 2023.**

Surtout, le déficit prévu pour l'année 2024 est largement supérieur à celui projeté par la LFSS pour 2023, qui prévoyait un déficit de 5,3 milliards d'euros.

Structure des recettes de la branche

Un mouvement ancien d'évolution du panier de recettes de la branche maladie a conduit à une **réduction structurelle de la part des cotisations**.

Plusieurs évolutions récentes ont modifié la structure des ressources, notamment :

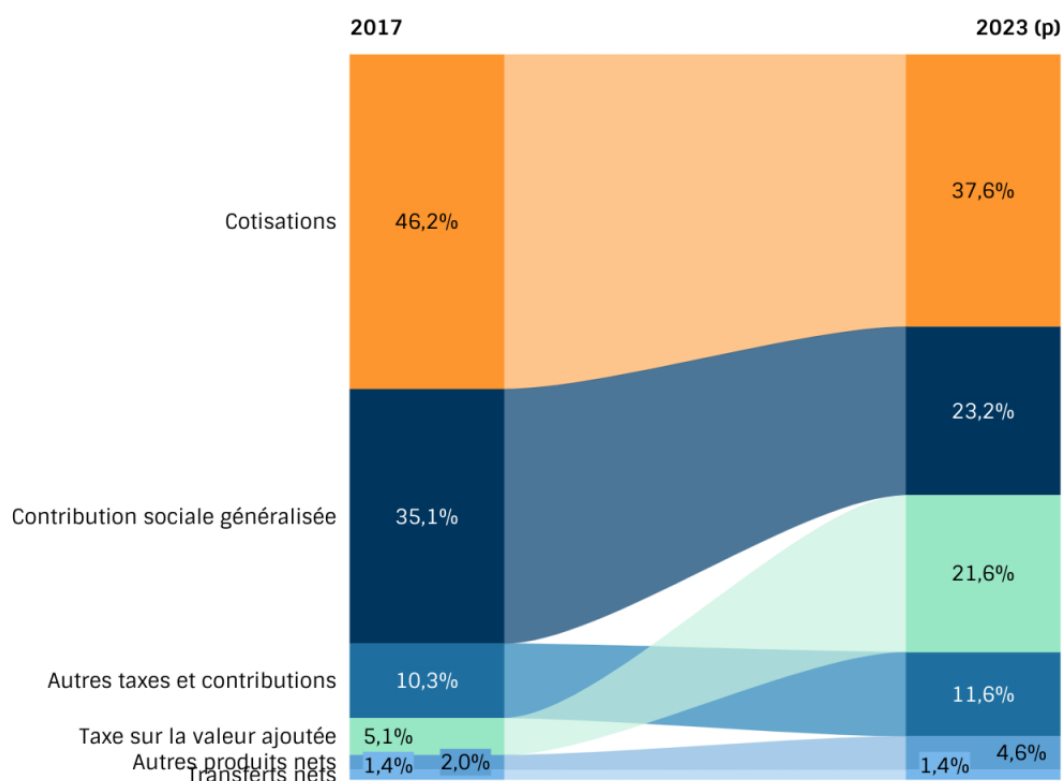
- la **cotisation maladie-maternité-invalidité-décès est à la charge exclusive de l'employeur**, la part salariale ayant été supprimée en 2018 ;

- parallèlement, **la part de taxe sur la valeur ajoutée affectée a augmenté fortement** ;

- une **part de la contribution sociale généralisée** affectée à l'assurance maladie a été transférée en 2021 à la nouvelle branche autonomie.

Les cotisations, qui représentaient encore près de la moitié des recettes de la branche en 2017, représentent aujourd'hui seulement plus d'un tiers. **La contribution sociale généralisée, qui avait atteint près de 46 % des ressources de la branche maladie en 2018, n'en représente aujourd'hui que moins du quart.**

Évolution de la structure des recettes de la branche maladie entre 2017 et 2023



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après des données CCSS

En dehors des dépenses d'assurance maladie, deux postes de dépenses de la branche se distinguent.

- Les dépenses d'invalidité poursuivraient une progression soutenue en 2024 et atteindraient près de **9,4 milliards d'euros**. Après avoir augmenté de 5,8 % en 2023, elles devraient **progresser de 5,2 %** l'an prochain. **Le volume des pensions demeure dynamique** même si un léger ralentissement est attendu pour 2024 (+ 1,3 % contre + 1,8 % en 2023).

Les pensions d'invalidité

(en millions d'euros)

	2022	2023 (p)	2024 (p)
Montants nets	8 443	8 906	9 365
Progression en valeur	5,8 %	5,5 %	5,2 %
dont revalorisation	3,4 %	3,6 %	3,9 %
dont effet volume	1,4 %	1,6 %	1,3 %
dont effet mesure		0,9 %	0,1 %

Source : DSS/SDEPF/6A. Champ : tous régimes

• Les dépenses **d'indemnités journalières au titre des congés maternité, paternité** ou d'accueil du jeune enfant **progresseraient dans leur ensemble de 3,5 % sur 2024**. Cette dynamique à la hausse résulte d'un léger rebond de la natalité et d'une évolution soutenue du salaire moyen. Elles atteindraient **plus de 4 milliards d'euros**.

**Les indemnités journalières pour congés maternité, paternité
et pour accueil de l'enfant**

(en millions d'euros)

	2022	%	2023 (p)	%	2024 (p)	%
Total indemnités journalières	3 876	8,5	3 916	1,1	4 053	3,5
IJ maternité	3 293	1,7	3 335	1,3	3 450	3,4
IJ paternité d'accueil de l'enfant	582	74,9	581	-0,2	602	3,7

Source : DSS/SDEPF/6A

L'ensemble des dépenses de la branche hors Ondam représenteraient en 2024 un montant de **23,7 milliards d'euros, en progression de 4,3 %**. Cette dynamique est particulièrement liée à l'inflation et ses conséquences sur le niveau du Smic, des salaires et des prestations.

**L'objectif de dépenses de la branche maladie est à distinguer
de l'Ondam fixé à l'article 43 :**

- les deux reposent sur des concepts de nature distincte : l'Ondam retient une approche économique, interrégimes et interbranches, alors que les dépenses des régimes relèvent d'une approche comptable ;

- leurs champs ne se recoupent pas intégralement : l'Ondam intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte certaines prestations d'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité et paternité (indemnités journalières) ou des prestations invalidité-décès, ainsi que de certaines dépenses de prévention.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article a été retenu sans modification dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution et est désormais **considéré comme adopté par l'Assemblée nationale**.

III – La position de la commission

La rapporteure souligne la poursuite cette année d'une **progression sensible des dépenses d'assurance maladie**. À la forte augmentation des dépenses en raison de la crise sanitaire succède désormais une dynamique liée à l'inflation.

• Surtout, la **trajectoire financière pluriannuelle présentée par le Gouvernement apparaît particulièrement dégradée**. Selon les prévisions présentées en annexe A au PLFSS, le **déficit de la branche demeurerait en moyenne à 9,6 milliards d'euros par an jusqu'en 2027**.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche maladie

(en milliards d'euros)

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Recettes	221,2	234,1	242,7	249,4	257	264,4
Dépenses	242,2	243,7	251,9	259,4	266,7	274
Solde	- 21	- 9,5	- 9,3	- 10	- 9,7	- 9,6

Source : Données PLFSS pour 2024, annexe A

Alors que le PLFSS 2023 présentait une très forte embellie de la trajectoire financière de la branche maladie à l'horizon 2026 par rapport à la prévision du PLFSS 2022, l'annexe A montre aujourd'hui **une situation financière lourdement et durablement déficitaire**.

Pour rappel, l'écart entre les projections des PLFSS 2022 puis 2023 était substantiel puisqu'à **l'horizon 2025, le déficit de la branche était alors ramené de 13,7 milliards d'euros à « seulement » 4,4 milliards d'euros**, soit une amélioration de 9,3 milliards d'euros. La commission avait alors considéré le redressement rapide annoncé par le Gouvernement comme fortement douteux et peu justifié. **Force est de constater que le PLFSS 2024 renverse cette prévision**, le déficit prévu à la même date s'élevant à 10 milliards d'euros.

Pire, alors que le déficit semblait en voie de résorption à 3 milliards d'euros en 2026, la prévision du présent PLFSS prévoit désormais une **« stabilisation » du déficit à l'horizon 2027, à hauteur de 9,6 milliards d'euros**.

Cette trajectoire déficitaire comprend pourtant des redressements financiers issus de la LFSS 2023, avec la baisse sensible projetée des dépenses de crise ainsi que le transfert du coût des indemnités journalières liées au congé maternité post-natal¹, lequel s'élevait à 2 milliards d'euros dès 2023.

¹ Pour rappel, le Sénat, à l'initiative de la commission, s'était opposé à ce transfert.

Évolution des perspectives de solde de la branche maladie

(en milliards d'euros)



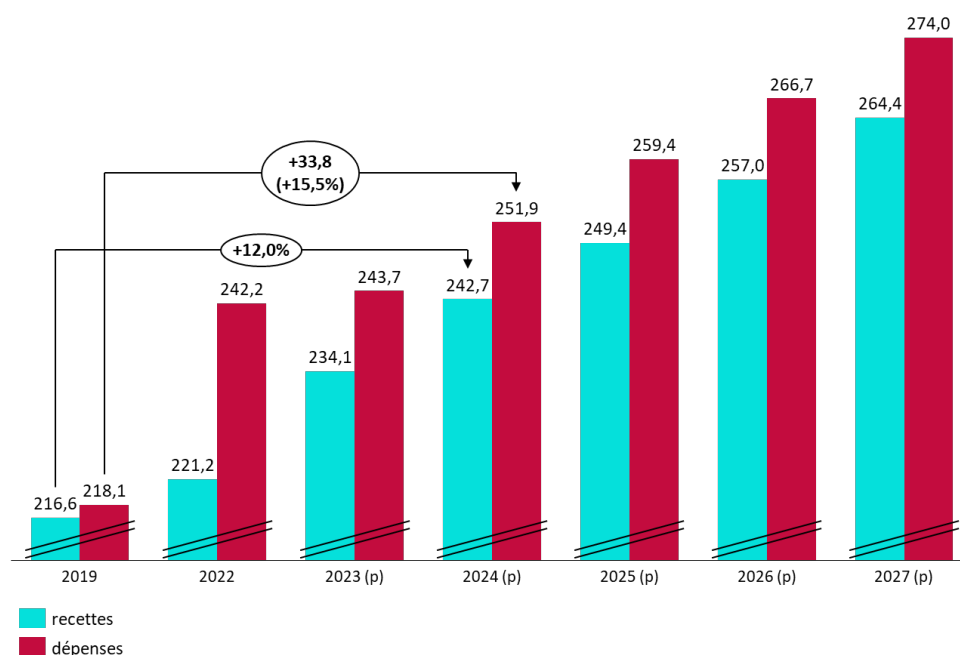
Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données LFSS et PLFSS

Alors que la branche affichait en 2019 un déficit de 1,5 milliard d'euros, cette dégradation brutale et prolongée du solde a été provoquée par la crise sanitaire sans rétablissement depuis.

Il convient de noter que la période a également été celle de mesures nouvelles en matière de revalorisations portées par le « Ségur de la santé » qui, pour nécessaires, ne sont manifestement pas financées. Ainsi, le Ségur représentait un montant de 10 milliards d'euros annuels, soit le déficit de la branche.

Évolution des perspectives de recettes et de dépenses de la branche maladie

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les données LFSS et PLFSS

Alors que la sécurité sociale se conçoit historiquement comme devant être à l'équilibre, **cette trajectoire financière pose de manière incontournable la question de la soutenabilité financière de la branche maladie.**

Surtout, il apparaît extrêmement **difficile d'imaginer un rétablissement rapide du solde de la branche maladie, sauf à considérer des recettes nouvelles substantielles ou des coupes importantes dans les dépenses.**

- La rapporteure regrette à ce titre l'absence dans l'annexe A de précisions quant aux perspectives du Gouvernement concernant l'évolution des recettes et des dépenses de la branche pour les années à venir.

Le caractère elliptique du document révèle malheureusement **l'incapacité du Gouvernement à formuler une stratégie de rétablissement des comptes de l'assurance maladie, laissant se constituer une dette sociale galopante.**

La commission, qui estime la **trajectoire financière de l'assurance maladie particulièrement préoccupante**, avec des prévisions pluriannuelles affichant des **déficits majeurs et persistants**, constate que cette situation ne ne trouve pas de réponse en matière de pilotage.

Aussi, c'est sous ces réserves substantielles que la commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Article 43
Ondam et sous-Ondam

Cet article fixe pour 2024 le montant de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le montant des sous-objectifs qui le composent.

Considérant la trajectoire présentée par le Gouvernement insincère et insuffisamment crédible au regard de la situation du système de santé, la commission propose de supprimer cet article et ainsi rejeter l'Ondam proposé à 254,9 milliards d'euros pour 2024.

I - Le dispositif proposé

A. L'Ondam 2024 fixé à près de 255 milliards d'euros

Conformément à l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale, cet article fixe l'objectif de national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année à venir.

• L'article 43 fixe **l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 254,9 milliards d'euros pour 2024** avec une ventilation entre sous-objectifs déterminée comme suit :

(en milliards d'euros)

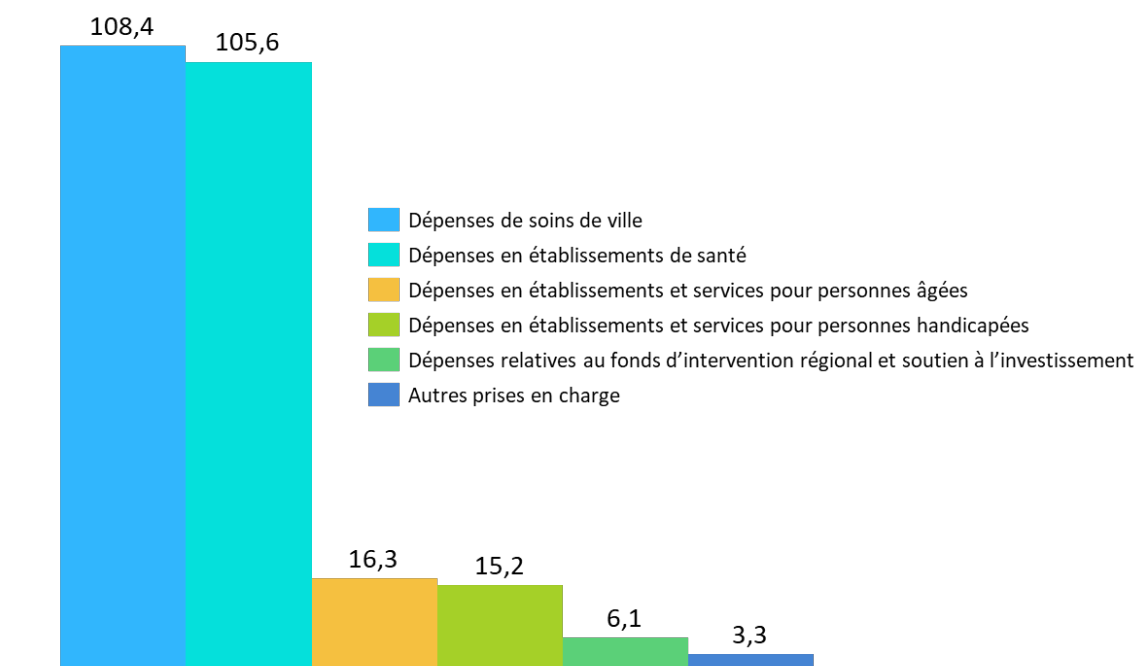
Sous-objectif	Objectif de dépenses	Évolution par rapport à 2023
Dépenses de soins de ville	108,4	3,5 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6	3,2 %
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3	4,6 %
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2	3,4 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,1	4,7 %
Autres prises en charge	3,3	4,6 %
Total	254,9	3,2 %

Note : Le taux d'évolution est apprécié hors dépenses relatives à la crise sanitaire. L'évolution de l'Ondam 2024, toutes dépenses intégrées, est, par rapport à 2023, de 2,9 %.

Source : PLFSS 2024 et annexe 5

Objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2024

(en milliards d'euros)



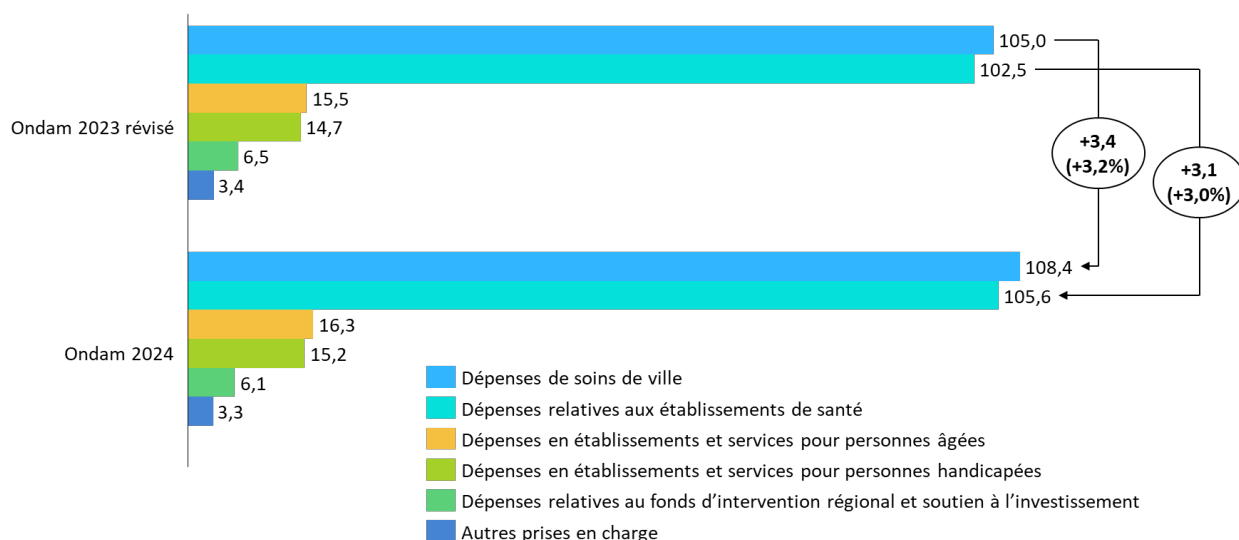
Source : Commission des affaires sociales, d'après les données du PLFSS 2024

• Les dépenses dans le champ de l'Ondam sont ainsi en augmentation de 3,2 % hors coûts de crise. Par rapport au montant révisé pour 2023, la hausse serait de 2,9 %.

Les deux principaux sous-objectifs, relatifs aux soins de ville et aux établissements de santé, progressent respectivement de 3,5 % et 3,2 %.

Comparaison des prévisions pour les Ondam 2023 révisé et 2024

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales, d'après les données du PLFSS 2023

B. Une construction appuyée principalement sur la dynamique inflationniste

1. Des changements de périmètre réduits

L'annexe 5 présente quelques changements pour 2024 dans la construction de l'Ondam, avec :

- un transfert du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif relatif aux établissements et services pour personnes âgées au titre de la réouverture du tarif global en Ehpad permettant une dotation intégrant les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical jusqu'alors financées sur le sous-objectif soins de ville ;

- un mouvement régularisant entre les sous-objectifs soins de ville et FIR la prise en charge des revalorisations prévues à l'avenant à la convention des transporteurs sanitaires privés ;

- un transfert lié au projet Glucocen dans le cadre du plan « France Médecine Génomique ».

Enfin, l'intégration au FIR des financements dédiés aux centres régionaux de coordination des dépistages des cancers à partir de 2024 produit un élargissement du périmètre de l'Ondam, à hauteur de 25 millions d'euros.

Synthèse des évolutions de périmètre

	Soins de ville	Etablissements de santé	Etablissements pour personnes âgées	Etablissements pour personnes handicapées	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	Autres prises en charges	Total
Tarif global	-50		50				0
Transports avenant 11	90				-90		0
Projet Glucocen		-4				4	0
Total transfert entre s/o	40	-4	50	0	-90	4	0
Centres régionaux de coordination et dépistage des cancers					25		25
Total	40	-4	50	0	-65	4	25

Source : Annexe 5 au PLFSS

Construction de la base 2023 à champ constant

Montants en Md€	2023 en LFRSS 2023	2023 en PLFSS 2024	Changements de périmètres/transfert	2023 à champ 2024
Soins de ville	104,0	105,0	0,040	105,1
Etablissements de santé	101,3	102,5	-0,004	102,5
Etablissements et services médico-sociaux	30,0	30,2	0,050	30,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3	15,5	0,050	15,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6	14,7	0,000	14,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	6,5	-0,065	6,4
Autres prises en charges	3,4	3,4	0,004	3,4
Total	244,8	247,6	0,025	247,7

Source : Annexe 5 au PLFSS

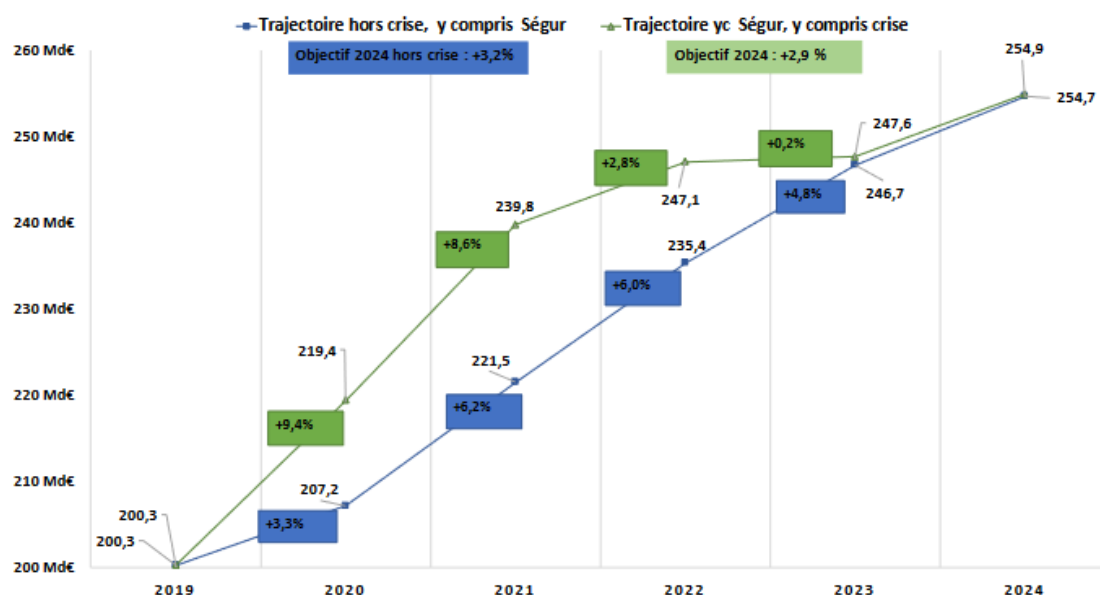
2. Des hypothèses de construction intégrant l'inflation et réduisant l'impact de la crise sanitaire

Le Gouvernement indique en outre dans l'annexe 5 que l'Ondam hors crise et hors effets de l'inflation serait en progression de 2,5 %, soit une progression légèrement plus dynamique que sur la décennie 2010-2019 avec une moyenne annuelle de 2,3 %.

- Le Gouvernement estime¹ à 4,6 % l'évolution spontanée qui serait celle de l'Ondam pour 2024, sans mesure de correction.

Principe de construction de l'Ondam 2024

Graphique 9 • Principe de construction de l'ONDAM 2024



Source : Annexe 5 au PLFSS

La progression se décompose ainsi, selon les précisions apportées en annexe 5, comme suit :

- une **évolution spontanée**, avant prise en compte de l'inflation et des mesures nouvelles, à hauteur de **2,8 points** ;
- l'impact du **contexte inflationniste** sur les achats des établissements de santé et médico-sociaux, pour **0,4 point** ;
- des **dépenses supplémentaires** au titre de la vie conventionnelle en ville, de la trajectoire en matière de soutien aux industries de santé et des mesures nouvelles, pour **1,4 point** ;
- des mesures de soutien à l'attractivité des métiers en établissement, pour **0,2 point** ;

¹ Annexes A et 5.

- un contrecoup négatif de mesures du Ségur, avec l'échéance de crédits d'investissements, pour - 0,1 point ;

- les **mesures de régulation et d'économie, pour - 1,4 point.**

• **En ramenant à 3,2 % « seulement » la progression de l'Ondam pour 2024, sur une base 2023 rehaussée, le Gouvernement revendique un effort de 3,5 milliards d'euros d'économies, sur les soins de ville, les produits de santé et les établissements sanitaires et médico-sociaux.**

Pour 2024, le Gouvernement intègre à la prévision de l'Ondam **une « provision » au titre des dépenses de crise réduite à 0,2 milliard d'euros.** Cette proposition se divise à parts égales entre la dotation à Santé publique France en vue d'honorer les contrats de livraisons de vaccins et, pour les soins de ville, le financement d'éventuels surcoûts persistants en matière de dépistage, d'indemnités journalières ou de rémunération d'effecteurs de vaccination.

Le Gouvernement fait ainsi l'hypothèse « *d'une circulation devenue endémique de la covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire* ».

B. Des dynamiques de dépenses en ville comme à l'hôpital

• **Les dépenses de soins de ville évolueraient de 3,5 % en 2024.**

Cette évolution entend tenir compte notamment des **revalorisations conventionnelles engagées**, en particulier la mise en œuvre du règlement arbitral à la convention médicale et différents avenants aux conventions en vue de compenser les conséquences de l'inflation. **L'impact de ces revalorisations est estimé à 1,6 milliard d'euros.**

La progression des dépenses est notamment portée par une augmentation :

- de 2,3 % **des dépenses correspondant aux honoraires médicaux et dentaires**, soit 600 millions d'euros, avec une progression plus forte concernant les **spécialistes** et les **sages-femmes** ;

- de 3,4 % des **dépenses relatives aux honoraires paramédicaux** ;

- de 2,7 % des dépenses de biologie médicale et de 2 % concernant les transports sanitaires ;

- de **5,2 % des indemnités journalières** dans le contexte inflationniste persistant.

Les **dépenses nettes de produits de santé augmenteraient de 6,3 %**, du fait notamment de l'arrivée de nouveaux traitements.

Enfin, la montée en charge des **forfaits de télésurveillance** provoque une forte progression des autres dépenses.

L'évolution tendancielle spontanée, évaluée à 4,3 %, serait modérée par des **mesures de régulation d'un montant total de 2,5 milliards d'euros**, portant principalement sur les **produits de santé**, des **transferts de dépenses** – au moyen de la modification du ticket modérateur pour les soins dentaires par exemple – et des mesures de « **responsabilisation des assurés** », **non détaillées**.

- **Les dépenses relatives aux établissements de santé progresseraient de 3,2 % en 2024.**

Cette hausse, **identique à celle de l'Ondam global**, est, comme le souligne le Gouvernement, supérieure à la moyenne de la décennie 2010-2019 où ce sous-objectif était modéré à une progression annuelle de 2,0 %.

Parmi les financements nouveaux, le Gouvernement souligne que :

- **0,4 milliard d'euros sont liés aux mesures salariales** de juin 2023 dans le public et leur transposition dans le privé ;

- **0,4 milliard d'euros sont consacrés au financement des mesures d'attractivité à l'hôpital** avec une meilleure rémunération des gardes, du travail de nuit et des astreintes ;

- **2,5 milliards d'euros sont annoncés au titre du financement de l'évolution spontanée des charges des établissements dans un contexte persistant d'inflation ;**

- **0,9 milliard d'euros sont prévus en vue de financer des actions prioritaires de santé publique** ainsi que des mesures de revalorisations catégorielles ou d'attractivité.

L'annexe 5 indique que **la construction du sous-objectif « établissements de santé » intègre un quantum d'économies de 0,6 milliard d'euros** hors baisse de prix concernant la liste en sus. Celles-ci reposent sur l'amélioration de la pertinence des prises en charge, notamment du fait du virage ambulatoire, mais aussi par exemple de l'optimisation des achats.

- **Les dépenses relatives aux produits de santé augmenteraient de 4,6 %**, nettes des remises et de la clause de sauvegarde.

Le Gouvernement revendique une hausse supérieure à celle retenue lors du conseil stratégique des industries de santé, à 2,4 % par an entre 2022 et 2024.

- **Les sous-objectifs médico-sociaux progresseraient de 4,0 %, soit plus rapidement que l’Ondam.**

Le Gouvernement revendique ici la traduction de ses engagements en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap et le financement des mesures liées notamment au virage domiciliaire, à la hausse du taux d’encadrement ou à l’installation de places ou solutions nouvelles.

- **Les crédits liés au FIR et à l’investissement baisseraient de 4,7 %.**

Le Gouvernement indique un contrecoup des dépenses au titre du Ségur mais aussi du caractère éphémère du fonds d’urgence à destination des établissements médico-sociaux. En outre, cette trajectoire serait liée à l’échéancier des projets d’investissements « Copermo ».

Enfin, le sous-objectif « **autres prises en charge** » augmente sensiblement, du fait de l’augmentation du recours aux soins des Français de l’étranger et du financement de nouvelles mesures assurées par des opérateurs financés par l’assurance maladie.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l’Assemblée nationale

Cet article a été retenu assorti d’une modification rédactionnelle dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en application de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l’Assemblée nationale, ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une dynamique de l’Ondam soutenue du fait de l’inflation

À près de 255 milliards d’euros pour 2024, l’Ondam poursuit une **dynamique de progression soutenue**, malgré une résorption annoncée des dépenses liées à l’épidémie de covid-19.

Le comité d’alerte soulignait dans son avis d’octobre « *que la construction de l’évolution tendancielle de l’Ondam pour 2024 repose sur **plusieurs hypothèses fortes parmi lesquelles la poursuite d’une circulation endémique de la covid-19, un ralentissement de l’inflation et un retour de l’activité des acteurs de soins à des rythmes comparables à ceux qui prévalaient avant la crise après une phase de rattrapage qui se limiterait à la fin 2022 et à 2023*** ».

- Il convient de noter que la **hausse des dépenses durant la crise sanitaire n’a pas été suivie d’un mouvement de reflux** malgré des surcoûts covid devenus résiduels : la crise sanitaire a produit un « saut des dépenses ».

Trajectoire de l'Ondam au regard des hypothèses du PLFSS 2024

	2022	2023 (p)	2024 (p)	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)
Ondam hors dépenses de crise mais y compris Ségur	6,0 %	4,8 %	3,2 %	3 %	2,9 %	2,9 %

Source : Annexe A

Surtout, alors que la crise sanitaire a laissé la place à un contexte inflationniste, la **tendance haussière des dépenses semble durable et aucunement maîtrisée**.

Durable, car le Gouvernement affiche **une progression annuelle de l'Ondam supérieure jusqu'en 2027 à la moyenne des années 2010-2019**.

Non maîtrisée, car le Gouvernement **n'en justifie nullement la construction**. La rapporteure ne peut ainsi que regretter que l'annexe A, élément central de la logique de pluriannualité portée par le PLFSS, **n'évoque pas les sous-jacents permettant d'estimer les taux de progression annoncée**.

Surtout, la commission déplore que **cette trajectoire ne fasse l'objet d'aucune documentation étayée**, la présentation étant assez elliptique au sein de la pourtant longue annexe 6.

B. Une trajectoire très exigeante qui suppose des économies pourtant non présentées

1. Un niveau d'Ondam qui signifie en réalité une maîtrise ambitieuse des dépenses

- La trajectoire présentée pour l'Ondam à l'article 43 et au sein de l'annexe A sont conformes aux dispositions contenues dans le projet de loi de programmation des finances publiques pour 2023-2027¹ encore en cours de navette.

Ainsi, le montant pour 2024 à l'article 43 **correspond au plafond fixé dans le projet de loi de programmation**² et, en y appliquant les taux de l'annexe A, la trajectoire semble également cohérente.

¹ Projet de loi n° 272 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 (AN, XVI^e législature).

² Le Gouvernement a signalé à la rapporteure une erreur dans la prévision de l'article 17.

Trajectoire de l'Ondam au regard des hypothèses du PLFSS 2024

(en milliards d'euros courants)

	2022 exécuté	2023 révisé	2024	2025	2026	2027
Projet de LPFP		247,6	254*	262,5	270,1	278,0
Ondam projeté à partir de 2025**	247,1	247,6	254,7**	262,34	269,95	277,78

* Pour 2025 à 2027, le calcul réalisé applique à partir du montant 2024 des taux inscrits à l'annexe A.

** Le Gouvernement a signalé une erreur à l'article 17, le montant de 254 milliards d'euros devant être remplacé par 254,9 milliards d'euros. En outre, pour 2024, le montant retenu exclut la provision de 0,2 milliard d'euros au titre de la crise sanitaire.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après données PLFSS

Trajectoire de l'Ondam au regard du projet de loi de programmation

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Ondam 2024	Projection 2025	Projection 2026	Projection 2027
Dépenses de soins de ville	108,4	111,7	114,7	117,8
Dépenses relatives aux établissements de santé	105,6	108,3	111,3	114,4
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées	16,3	17,1	17,9	18,6
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,7	16,2	16,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1	6,3	6,5	6,7
Autres prises en charge	3,3	3,5	3,6	3,8
Total	254,9	262,5	270,1	278,0

Note : Pour 2025 à 2027, application à partir du montant 2024 des taux inscrits à l'article 17 du projet de loi de programmation pour 2023-2027.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après données PLFSS

Si l'on peut *a priori* se satisfaire d'une prévision présentée dans ce PLFSS cohérente avec la programmation en discussion, il convient de souligner que **cette trajectoire suppose des efforts importants.**

En effet, l'évolution spontanée des dépenses de santé, estimée de manière consensuelle à plus de 4 % par an, est bien supérieure aux taux d'évolution retenus, évolution spontanée à laquelle s'ajoutent dans le contexte actuel les effets de l'inflation.

- Ainsi le Gouvernement ramène-t-il par exemple pour 2024 l'évolution spontanée de 4,6 % à 3,2 %.

2. Une opacité des efforts attendus

Cet effort de maîtrise pourrait être louable si, encore une fois, il était justifié. Or on ne peut que regretter une opacité certaine sur les **3,5 milliards d'économies revendiqués**, soit tout de même **1,4 % de l'Ondam** proposé.

- En outre, cet effort théorique est **affiché alors même que les négociations conventionnelles sont par construction coûteuses et, à ce stade, ne sont absolument pas chiffrées.**

Au sein de l'effort revendiqué par le Gouvernement, le comité d'alerte constatait lui-même en octobre « *des mesures de transfert et de responsabilisation, dont 0,8 milliard d'euros restent à définir au-delà de l'effet (- 0,4 milliard d'euros) de la modification du ticket modérateur sur les soins dentaires mis en œuvre au dernier trimestre 2023* ».

- Force est de constater malheureusement que, au cours même de la discussion budgétaire, le flou entourant les sous-jacents de la trajectoire de l'Ondam persistent.

La question des franchises et participations forfaitaires, dont le doublement serait envisagé par le Gouvernement et qui représenterait **0,8 milliard d'euros**, en est un exemple frappant. Pudiquement désignée dans l'annexe comme « responsabilisation » des patients, sans être inscrite dans le texte, elle a été évitée lors des auditions menées par la rapporteure.

En outre, malgré une **demande formelle et renouvelée des rapporteures d'avoir communication des chiffrages et hypothèses du Gouvernement** sur ce sujet, la commission ne peut que regretter une absence de réponse. Elle rappelle à ce titre que le Gouvernement contrevient ici à la loi organique, aux termes de laquelle¹ « *tous les renseignements et documents d'ordre financier et administratif [que les rapporteurs] demandent, y compris tout rapport établi par les organismes et services chargés du contrôle de l'administration, [...], doivent leur être fournis.* »

En audition, la direction de la sécurité sociale a évoqué des marges diverses qui, faute d'une mesure financière sur les franchises et participations forfaitaires, seraient activées, notamment sur les enveloppes pilotables comme les établissements de santé, ou d'autres participations des assurés.

¹ Article L.O. 111-9 du code de la sécurité sociale.

3. Une couverture des besoins hospitaliers très discutable

Enfin, la rapporteure signale une **préoccupation particulière concernant la situation des établissements de santé**.

En effet, les établissements publics comme privés ont interpellé le Gouvernement à plusieurs reprises à la rentrée 2024 concernant **le déficit massif des hôpitaux publics mais aussi la situation déficitaire de nombreux établissements privés**.

- Selon l'annexe 6, **le déficit des hôpitaux publics atteindrait près de 980 millions d'euros pour l'année 2022, quand 60 % des Ehpad publics sont en déficit**.

Si les hôpitaux publics souffrent encore d'un **rétablissement inachevé de l'activité**, les hôpitaux privés ont, eux, dépassé le niveau de 2019. Le principal sujet, partagé, est aujourd'hui **la couverture des charges liées à l'inflation**, au premier rang desquelles **les coûts importants de l'énergie**.

Par ailleurs, les mesures gouvernementales de **revalorisations ou de primes visant à couvrir l'inflation pour les personnels des établissements** seraient, selon eux, insuffisamment prises en compte voire non considérées pour leur transposition dans le privé comme le souligne justement la Fédération de l'hospitalisation privée.

Surtout, la **trajectoire présentée pour 2024 apparaît particulièrement fragile quand les fédérations d'établissements de santé considèrent un rebasage nécessaire de l'Ondam 2023** par rapport à la prévision actualisée dans ce PLFSS.

Interrogée sur la couverture des charges dynamiques des établissements de santé, la direction générale de l'offre de soins a répondu : *« Les ressources supplémentaires mobilisées en 2024 au sein de l'Ondam ES permettront de prolonger le soutien déjà apporté en 2023. Elles permettront de faire face par ailleurs à l'évolution tendancielle des charges et notamment celle liée à l'inflation, avec plus de 500 millions d'euros supplémentaires dédiés. Le financement en année pleine des revalorisations salariales annoncées cet été sera également assuré pour un montant de 1,7 milliard d'euros en 2024. »*

Pourtant, la Fédération hospitalière de France *« estime que le taux d'évolution de 3,2 % prévu pour l'Ondam hospitalier 2024 est largement insuffisant pour répondre aux besoins, et cela pourrait avoir des conséquences majeures sur la situation financière des hôpitaux publics, leur capacité d'autofinancement, et leur capacité à investir »*, considérant que *« la hausse de 3,2 % l'Ondam hospitalier 2024 permet de financer uniquement et imparfaitement des mesures exceptionnelles, laissant présager un plan d'économie majeur, bien supérieur aux 500 millions d'euros affichés par le Gouvernement »*.

Cette situation est particulièrement préoccupante et appelle à la vigilance. D'une part sur **la capacité de l'hôpital à répondre, dans ce contexte, aux besoins de santé** de la population et à la nécessaire transformation qu'il doit conduire. D'autre part **sur la possibilité, sur cette base extrêmement fragile, de mener une réforme du financement** comme celle proposée à l'article 23 - la commission appelant justement pour cette raison à un report à 2028.

• Enfin, cette situation financière et la construction de l'Ondam **interrogent profondément les choix qui sont faits en matière de financement du système public hospitalier** et sur la cohérence des mesures de soutien.

En effet, le soutien de 19 milliards d'euros au service de l'investissement avec le Ségur de la santé comprenait un montant de 13 milliards d'euros entendant couvrir l'équivalent d'un tiers de la dette hospitalière en 2019. Or, **après avoir transféré 13 milliards d'euros de dette hospitalière à la Cades, le Gouvernement n'apparaît pas en mesure d'empêcher un déficit record de 1 milliard d'euros des établissements de santé, obérant leur capacité d'investissement et laissant se reconstituer une dette coûteuse.**

C. Un outil de pilotage à rénover de manière urgente

La commission constate qu'alors que l'Ondam atteindra en 2024 près de 255 milliards d'euros, **le Gouvernement ne propose cette année encore pas de redécoupage plus fin des sous-objectifs.**

La rapporteure souligne une nouvelle fois qu'aucune appréciation réelle des dépenses n'est possible quand **les deux principaux sous-objectifs représentent désormais plus de 100 milliards d'euros chacun.**

En outre, alors que l'unité de vote est celle de l'Ondam, des arbitrages internes entre les dépenses ne sont par ailleurs pas permis.

Juger globalement d'un agrégat de 255 milliards d'euros, soit plus de la moitié du budget de l'État, n'est pas tenable.

Comme elle l'avait appelé de ses vœux dans le cadre de la révision de la loi organique relative aux lois de finances, **la commission demande au Gouvernement de redéfinir l'Ondam et ses sous-objectifs**, le monopole de sa présentation revenant à celui-ci¹.

Pour rappel, la commission a, notamment au cours de la révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale en 2022, proposé de **distinguer les dépenses relevant d'assurances sociales et de remboursements de soins, de celles relevant de dotations et crédits arbitrables.** Il apparaît par exemple indispensable, concernant les établissements de santé, que puissent être mieux identifiés et **dissociés les crédits consacrés aux missions d'intérêt général et à l'investissement.**

¹ 3° de l'article L.O. 111-3-5 du code la sécurité sociale.

Concernant sa construction, la commission insiste sur la nécessité **d'assurer la sincérité de cet agrégat en cessant de le minorer au gré des années, de recettes exceptionnelles** ou d'économies attendues. Elle souhaite en outre mieux **identifier les dynamiques propres à certains postes de dépenses**, comme les produits de santé, et **préciser des enveloppes plus raisonnables par finalité de dépenses**.

Enfin, la commission rappelle que l'Ondam est **une « norme de dépenses » censée être un outil de pilotage**. Or, cette année encore, l'Ondam ne permet ni de réguler la dynamique des dépenses de soins de ville, ni d'apporter un cadre de dépenses utile à la performance des établissements de santé.

Interpellé sur ce sujet, le ministre de la santé et de la prévention a d'ailleurs estimé¹ lui-même qu'« *il faut désormais que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) redevienne un cap à tenir pour le ministère de la santé et de la prévention, puisqu'il s'agit de la seule autorisation parlementaire dont il dispose* ».

C'est précisément parce qu'elle considère l'Ondam comme une autorisation parlementaire que la commission appelle chaque année le Gouvernement à **préciser son découpage, mieux justifier ses prévisions et effectivement qualifier la finalité des dépenses**. Il appartient au Gouvernement de passer des paroles aux actes.

L'effort public de financement du système de soins doit trouver un outil durable et efficace pour son pilotage.

• **La commission constate des lacunes significatives dans la construction de l'Ondam qui ne lui permettent pas aujourd'hui de considérer le montant proposé comme sincère et ainsi soutenir son adoption.**

Le Gouvernement se trouve manifestement **incapable de justifier devant le Parlement le montant de près de 255 milliards d'euros de dépenses publiques et présenter des hypothèses cohérentes et crédibles** pouvant sous-tendre cette trajectoire au regard des charges effectives du système de santé.

Le seul outil de pilotage des dépenses d'assurance maladie, et donc in fine du système de soins, n'assume aujourd'hui plus sa mission.

C'est pourquoi la commission propose, avec l'amendement n° 331, de supprimer cet article.

¹ Audition d'Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention par la commission des affaires sociales du Sénat, 26 octobre 2023.

Article additionnel après l'article 43
**Qualification de la rupture de l'équilibre voté
concernant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie**

Cet article vise à préciser que la rupture des équilibres votés au sens de la LOLFSS peut être caractérisée par un dépassement de l'Ondam de 1 % en cours d'exécution.

La commission propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

I - Une volonté d'application des « clauses de retour devant le Parlement » issues de la révision de la loi organique en 2022

À l'occasion de la révision de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS)¹, la commission des affaires sociales du Sénat avait souhaité **renforcer les obligations faites au Gouvernement en matière d'information du Parlement et de pilotage infra-annuel des dépenses.**

Alors que la commission a fortement déploré en 2020 l'absence de projet de loi de financement rectificative alors même que la sécurité sociale subissait un choc financier considérable tant en recettes qu'en dépenses, le Sénat, à l'initiative de la commission et de la rapporteure générale, avait inscrit au sein de la proposition de loi organique différentes « **clauses de retour devant le Parlement** ».

Celles-ci visaient à inciter le Gouvernement à déposer un collectif social en cas de besoin manifeste comme cela était le cas en 2020. À tout le moins, elles entendaient contraindre le Gouvernement à **rendre régulièrement compte aux commissions des affaires sociales de l'état des finances de la sécurité sociale en cas de dérapage en cours d'exécution** par rapport à la trajectoire votée en loi de financement de l'année.

Article L.O. 111-9-2-1 du code de la sécurité sociale

Lorsque, en cours d'exercice, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale déterminées en loi de financement de la sécurité sociale sont remises en cause, le Gouvernement adresse sans délai aux commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale un rapport présentant :

1° les raisons de la dégradation de la situation financière de la sécurité sociale ;

¹ Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

2° les modifications projetées des tableaux d'équilibre établis dans la précédente loi de financement ainsi que la révision projetée, le cas échéant, des objectifs de dépenses par branche et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

3° les mesures envisagées de redressement des comptes de la sécurité sociale pour l'année en cours.

En l'absence de dépôt d'un projet de loi de financement de l'année ou rectificative, un rapport actualisé est transmis chaque trimestre.

La commission saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale de chaque assemblée fait connaître son avis au Premier ministre sur les modifications et mesures mentionnées aux 2° et 3°.

II - Une nécessaire précision de la caractérisation du déclenchement concernant l'Ondam

A. Une information très lacunaire et un pilotage infra-annuel déconnecté face aux dépassements répétés

Dans le cas des dépenses d'assurance maladie, force est de constater qu'**aucun pilotage n'est réalisé depuis le début de la crise covid.**

Les dépenses d'urgence de 2020, qu'elles relèvent des besoins des hôpitaux face à la crise ou des achats stratégiques de Santé publique France, n'ont pas été soumises à des autorisations budgétaires nouvelles du Parlement, alors même que **les surcoûts bruts liés à la crise sanitaire ont représenté 18,3 milliards d'euros**, ni n'ont fait l'objet d'une information ad hoc des commissions des affaires sociales.

Surtout, depuis 2020, l'Ondam voté et même l'Ondam révisé ont systématiquement été dépassés. Or, l'information au Parlement sur ces dépassements n'est le fait, hors PLFSS, que des avis du « comité d'alerte » de l'Ondam, à partir d'avril, ou de la commission des comptes de la sécurité sociale, à partir de juin.

Pire, un dépassement annoncé dès le printemps n'est pas de nature à susciter de la part du Gouvernement la remise d'une information actualisée sur la trajectoire des dépenses d'assurance maladie. Cet état de fait **interroge sérieusement le rôle du comité d'alerte et souligne encore l'écart conséquent entre le budget de l'État et les dépenses de la sécurité sociale dans l'appréciation de l'information légitimement due au Parlement.**

Ainsi, **en 2023 encore**, la commission ne peut malheureusement que constater que **des mesures prises en cours d'années n'ont pas trouvé à être soumises au Parlement en temps utile, et ce malgré leur caractère coûteux.**

L'Ondam 2023 révisé à l'article 2 du présent PLFSS majore ainsi de **2,8 milliards d'euros** la prévision faite au mois de mars, du fait notamment de **mesures décidées par le Gouvernement au mois de juin, sans qu'une révision n'ait alors été même annoncée et chiffrée**¹.

- **La seule régularisation en PLFSS pour l'année suivante n'est pas satisfaisante, et le défaut d'information des commissions des affaires sociales au cours de l'année n'est plus démocratiquement tenable.**

B. Un déclenchement proposé sur un seuil raisonnable

Comme elle avait souhaité le faire lors de l'examen du PLFSS 2023², la commission entend renforcer le suivi infra-annuel propre à l'Ondam, alors que **l'objectif national des dépenses d'assurance maladie constitue l'un des déterminants financiers principaux** des lois de financement de la sécurité sociale.

Alors que cet agrégat de dépenses représentera en 2023 **près de 255 milliards d'euros**, un dépassement se doit d'être signalé et, surtout, justifié auprès des commissions chargées du suivi du PLFSS.

- À l'initiative de la rapporteure générale et de la rapporteure, la commission a ainsi adopté un **amendement n° 332** visant à **considérer qu'un dépassement anticipé à plus de 1 % du montant voté constituerait une remise en cause des conditions de l'équilibre général voté au sens de l'article L.O. 111-9-2 du code de la sécurité sociale.**

À titre de comparaison, le comité d'alerte est censé alerter en temps normal à partir de 0,3 % d'écart à la trajectoire.

- La commission souligne qu'**un écart de cet ordre représenterait en 2024 plus de 2,5 milliards d'euros et une aggravation de plus de 25 % du déficit de la branche maladie**, soit un niveau plus que légitime de justification de dépenses non prévues.

Il ne s'agit ainsi ici aucunement de « bloquer » des dépenses de santé nécessaires au financement des établissements ou au remboursement des soins de la population, mais de **faire constater par les commissions parlementaires une trajectoire nouvelle et documentée, sur laquelle elles émettraient un avis.**

La commission propose d'adopter cet article additionnel dans la rédaction de l'amendement n° 332.

¹ Cf. *commentaire de l'article 2.*

² PLFSS 2023, *amendement n° 115 portant article additionnel après l'article 47.*

Article 43 bis (nouveau)

Prorogation en 2024 de la neutralisation du dispositif d'alerte de l'Ondam si le risque de dépassement provient de la crise sanitaire

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à suspendre, dans le cas d'un risque de dépassement de l'Ondam en raison de dépenses liées à l'épidémie de covid-19, la formulation par l'assurance maladie de mesures de redressement que le comité d'alerte doit évaluer.

La commission propose de supprimer cet article et préserver la pleine compétence du comité d'alerte, même en cas de reprise épidémique.

I - Le dispositif proposé

A. Un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie visant à assurer le respect de l'Ondam

L'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit l'existence d'un Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie dont la mission est d'alerter le Gouvernement, le Parlement mais aussi les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), lorsqu'il constate que l'évolution des dépenses d'assurance maladie est incompatible avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté.

Ce comité rend différents avis en cours d'exercice :

- au plus tard le 15 avril, sur l'analyse des anticipations de réalisation pour l'exercice passé ;

- au plus tard le 1^{er} juin et en tant que de besoin, sur l'exercice en cours ;

- au plus tard le 15 octobre, sur l'élaboration de l'Ondam envisagé pour l'année à venir et, également, sur l'année en cours.

B. Une suspension proposée de certaines dispositions relatives au comité d'alerte de l'Ondam

Le cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 précité prévoit une procédure spécifique lorsque le comité estime qu'il existe « un risque sérieux » que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'Ondam de 0,5 %¹.

¹ L'article L. 114-4-1 mentionne un seuil qui « ne peut excéder 1 % » ; l'article D. 114-4-0-17 du même code fixe ce seuil à 0,5 %.

Dans ce cas, le comité notifie le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales et l'Unocam.

Les **trois dernières phrases du cinquième alinéa** prévoient alors que **les caisses nationales d'assurance maladie proposent des mesures de redressement sur l'impact financier, sur lesquelles le comité doit se prononcer**. Le comité rend également un avis sur l'impact des mesures que l'État entend éventuellement prendre. Des mesures de redressement doivent également être formulées par l'Unocam.

À la fin de l'année 2020, l'article 98 de la loi de financement pour 2021 avait prévu, à l'initiative du Gouvernement, la suspension de l'application de ces dispositions pour l'année en cours.

Pour les deux exercices suivants, l'article 115 de la loi de financement pour 2022 et l'article 108 de la loi de financement pour 2023 avaient prévu une nouvelle suspension, cette fois restreinte, précisant **qu'il ne serait pas fait application de ces trois dernières phrases en 2024 dans le cas où le dépassement de l'Ondam voté serait imputable aux dépenses liées à la crise sanitaire**.

Aussi, à l'initiative du Gouvernement, le présent article 43 *bis* **reconduit pour 2024 cette neutralisation** du mécanisme visant à proposer des mesures de redressement de l'impact financier **en cas de dépassement résultant de l'épidémie de covid-19**.

II - La position de la commission

A. Un rôle du comité d'alerte réduit à l'information et défaillant concernant le dérapage de l'Ondam en 2023

Pour **la quatrième année consécutive**, le Gouvernement entend ici « neutraliser » le comité d'alerte de l'Ondam. Or, comme la rapporteure l'avait déjà souligné l'an passé, on peut s'interroger sur le rôle aujourd'hui assumé par le comité d'alerte.

On peut en effet constater que sur l'année 2023, l'écart de 2,8 milliards d'euros à la prévision que le Gouvernement demande de rectifier à l'article 2 du présent texte n'est nullement dû à la crise sanitaire¹. Or, **cet écart, en définitive plus de deux fois supérieur au seuil de 0,5 % (soit 1,224 milliard d'euros) n'a pas conduit le comité à « alerter » en cours d'exercice**.

¹ Voir commentaire de l'article 2. La provision au titre des dépenses liées à l'épidémie covid-19 serait en 2023 sous-exécutée.

Le comité, bien que soulignant dans son avis du 7 juin 2023 les incertitudes concernant la situation dégradée des établissements de santé ou encore les dynamiques constatées en matière d'indemnités journalières, de produits de santé ou de transports sanitaires, n'a ainsi alors pas estimé de risque sérieux de dépassement.

Il signalait cependant que *« si des mesures nouvelles ayant un effet significatif en 2023 étaient décidées à l'issue des consultations en cours sur le pouvoir d'achat, les tensions d'ores et déjà identifiées pour respecter l'Ondam fixé par la LFRSS pour 2023 en rendraient le financement difficile sans réévaluation de l'objectif par une loi de financement rectificative ou la partie rectificative de la LFSS pour 2024 »*.

Pourtant, malgré cet avertissement prémonitoire, le comité n'a pas trouvé à signaler l'impact des mesures de revalorisations annoncées une semaine plus tard par le Gouvernement, attendant son avis de rentrée pour la constater. Cette lacune n'est néanmoins pas le fait d'une contrainte juridique, quand le code de la sécurité sociale prévoit bien que **le comité rend un avis « en tant que de besoin »**, au-delà de l'avis rendu chaque année au plus tard le 1^{er} juin. Le besoin pouvait sembler cette année caractérisé.

Or, faute de signalement du risque sérieux de dépassement, pas de mise en œuvre de la procédure de retour à la trajectoire. Surtout, une fois le PLFSS présenté et l'annonce de la révision faite, il n'est plus temps pour le comité de proposer des mesures pour l'année en cours.

Un écart de 1,1 % à la trajectoire, ne résultant pas de l'épidémie de covid-19, n'a donc pas entraîné d'application des dispositions du code de la sécurité sociale.

Ainsi, le comité a, en 2023, cruellement fait montre des limites de sa mission. **En somme, le comité informe, met à disposition d'utiles actualisations de la trajectoire de l'Ondam que le Gouvernement peine à communiquer au Parlement, mais il n'alerte pas.**

B. D'éventuels écarts à la trajectoire qui doivent le cas échéant être constatés par le Parlement

Concernant la question du dépassement de l'Ondam et des procédures à déclencher le cas échéant, la rapporteure souligne cette année encore que **la commission des affaires sociales n'a cessé depuis 2020 de demander dans de telles situations le dépôt d'un projet de loi de financement rectificative** permettant au Parlement d'analyser les raisons du dépassement et de constater la nécessité des dépenses supplémentaires.

Un écart de la trajectoire de l'Ondam de plus de 0,5 % représenterait concrètement plus de 1,27 milliard d'euros en 2024.

Un tel dépassement justifierait une information du Parlement des propositions de l'assurance maladie de retour à la trajectoire, qu'il relève de l'épidémie de covid-19 ou non. Il ne s'agit nullement de restreindre l'accès des patients aux soins, il s'agit d'une mesure de pilotage de la dépense publique.

La rapporteure souligne ainsi le caractère incongru de cette mesure quand le comité, dans son avis du 13 octobre 2023, estimait : *« Alors que s'amorce une nouvelle phase au sortir de la crise sanitaire, le comité souligne l'exigence qui s'attache à la définition, à la traduction dans les textes et à la mise en œuvre effective de ces mesures de régulation, sauf à considérer l'Ondam comme relevant d'une budgétisation glissante qu'il suffirait d'amender par des hausses successives dans la partie rectificative des lois de financement suivantes. »*

Or, malgré l'appel du ministre de la santé et de la prévention devant la commission à refaire de l'Ondam un instrument de pilotage et une norme de dépenses tenue¹, on peut aujourd'hui se demander si, en cas de dépassement, le Gouvernement entend effectivement solliciter des mesures de maîtrise des dépenses auprès des caisses.

C'est pourquoi la commission estime la disposition proposée incohérente avec les hypothèses de circulation endémique de la covid-19 d'une part, et excessive dans sa prolongation d'autre part.

En conséquence, la commission propose (amendement n° 333) de supprimer cet article.

¹ Audition d'Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, 26 octobre 2023.

Article 44

Dotation au Fiva, au Fcaata, transfert lié à la compensation de la sous-déclaration des AT-MP et au dispositif de retraite anticipée pour incapacité et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Cet article fixe, pour l'année 2024, les niveaux des transferts financiers de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP, à la branche vieillesse des régimes général et des salariés agricoles en compensation des dépenses supplémentaires générées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité, ainsi que les dépenses liées à la validation de trimestres par le compte professionnel de prévention (C2P).

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I – Le dispositif proposé : la fixation pour 2023 des transferts et dotations à la charge de la branche AT-MP

A. Les dotations de la branche AT-MP du régime général aux fonds amiante

1. La dotation de la branche AT-MP du régime général au Fiva augmente de plus de 50 % en 2024

Le I de l'article 44 fixe à 335 millions d'euros la dotation de la branche AT-MP du régime général au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), contre 220 millions d'euros en 2023, 2022 et 2021.

Le Fiva est un établissement public administratif créé par l'article 53 de la LFSS pour 2001¹, dont la vocation est d'assurer la réparation intégrale de l'ensemble des préjudices subis par les victimes de l'amiante sur le territoire français et par leurs ayants-droits.

Le Fiva finance essentiellement des **dépenses d'indemnisation**, qui constituent, en 2022, 97 % des charges du fonds² sur des crédits issus à 71 % d'une dotation de la branche AT-MP du régime général. Cette contribution relève d'une base législative et est mentionnée au VII de l'article 53 de la LFSS pour 2001 précitée. Les autres sources de revenus proviennent principalement des **actions engagées au titre de la faute inexcusable de l'employeur et d'une subvention de l'État**.

¹ Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

² En incluant les provisions pour les offres d'indemnisation demeurant en attente d'acceptation par leur destinataire.

Du fait du tarissement du nombre de nouvelles demandes, l'activité du Fiva s'est considérablement **réduite** : le nombre de nouvelles victimes à indemniser a chuté de 5 202 en 2013 à 2 500 en prévisionnel pour 2023, et les dépenses d'indemnisations afférentes ont connu une trajectoire similaire quoique légèrement infléchie, passant de 469 millions d'euros en 2013 à 265 millions d'euros en 2022.

Toutefois, les charges du fonds devraient connaître une **croissance soutenue en 2023, puis en 2024**.

En 2023, le fonds fait face aux conséquences financières du **revirement de jurisprudence de la Cour de cassation sur le caractère dual des rentes AT-MP¹** et, depuis le 1^{er} octobre, à la **revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux**. Par conséquent, les charges d'indemnisation réalisées en 2023 devraient **excéder de 16,3 millions d'euros leur montant prévisionnel en budget primitif** et atteindre 302,3 millions d'euros.

En 2024, l'effet année pleine de la revalorisation de 10,5 % du barème d'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux et l'indexation de ce barème à compter du 1^{er} avril 2024 sur la base du taux de revalorisation appliqué à la rente indemnisant l'incapacité fonctionnelle devraient **continuer d'exercer une pression haussière sur les charges d'indemnisation**, qui atteindraient 352 millions d'euros, tandis que le budget total en charges devrait atteindre 420 millions d'euros, soit près de 50 millions d'euros de plus qu'en 2023.

Dans ce contexte, une **révision à la hausse de la dotation de la branche AT-MP du régime général** semble **nécessaire**, d'autant plus que les derniers exercices ont été marqués par une politique dite de « prélèvement sur fonds de roulement », consistant à mobiliser les excédents passés du fonds en lui attribuant une dotation volontairement insuffisante à la couverture de ses frais. Compte tenu du retour, fin 2023, du fonds de roulement du Fiva à un niveau de 2,3 mois de dépenses d'indemnisation, proche du seuil prudentiel fixé à deux mois, la politique de prélèvement sur fonds de roulement est arrivée à son terme, appelant une hausse de la dotation en conséquence.

Il est toutefois remarquable que **le montant de 335 millions d'euros, inscrit à l'article 44 du PLFSS pour 2024, ne coïncide pas avec celui indiqué en annexe 9 à ce même PLFSS, qui mentionne une dotation de 330 millions d'euros**.

2. La dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata vise à équilibrer le résultat net cumulé du fonds

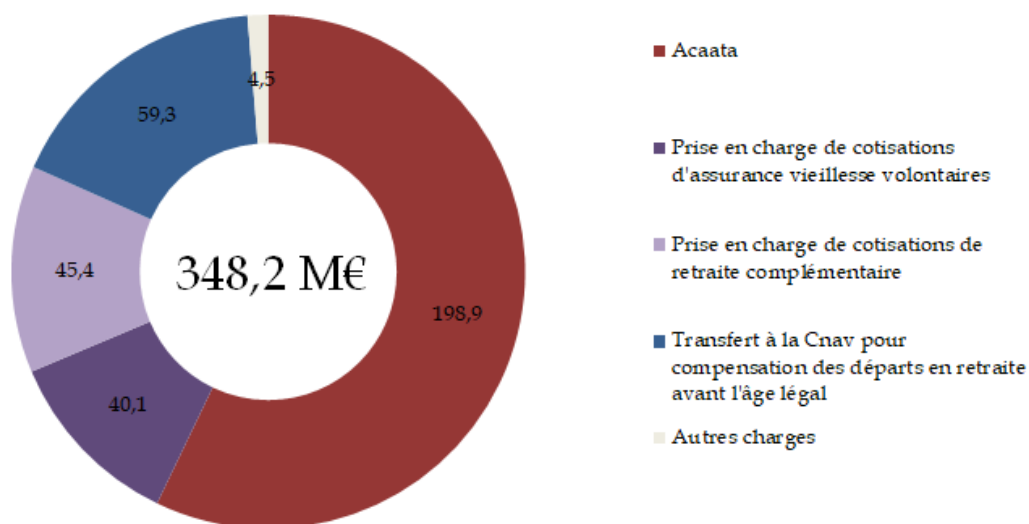
¹ Cass., Ass. Plen., 20 janvier 2023, n° 20-23673 et 21-23947. Cet arrêt est analysé plus en détail au sein du commentaire de l'article 39.

Le II fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à 355 millions d'euros en 2024 contre 337 millions d'euros en 2023, soit une hausse de 5,3 %.

Le Fcaata est un fonds dépourvu de personnalité juridique, géré par la Caisse des dépôts depuis sa création à l'article 41 de la loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

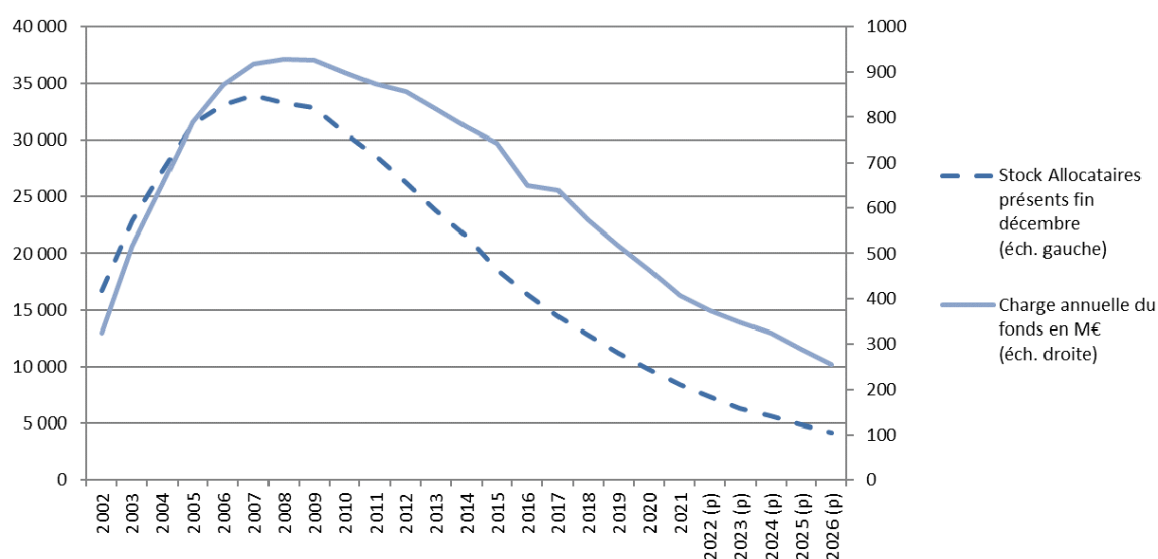
Ce fonds a vocation à financer les **dispositifs dérogatoires de retraite applicables aux travailleurs de l'amiante**, qui bénéficient d'une **retraite à taux plein à 60 ans** s'ils ont atteint le nombre de trimestres requis, et à 65 ans au plus tard, et d'un **dispositif de préretraite** permettant une cessation d'activité dès l'âge de 50 ans, dans certains cas. Le fonds **compense à la Cnav les dépenses supplémentaires** occasionnées par l'âge légal dérogatoire, et verse aux travailleurs concernés l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata), qui se substitue aux revenus du travail pour permettre leur départ en préretraite. Enfin, il prend en charge des **cotisations volontaires d'assurance vieillesse** de base et complémentaire.

Le fonds prévoit, selon l'annexe 2 du PLFSS pour 2024, des charges de 348,2 millions d'euros pour 2024, concentrées sur le versement de l'Acaata (198,9 millions d'euros) et le transfert à la Cnav (59,3 millions d'euros).



L'activité du fonds tend à **se réduire** du fait du **tarissement du flux de nouveaux allocataires potentiels** : à fin décembre 2023, 6 374 personnes seraient bénéficiaires de l'Acaata, contre 7 300 personnes en 2022 et près de 33 000 en 2009. Cela a résulté en un redimensionnement à la baisse du budget du fonds, moins sollicité. Le budget prévisionnel 2024 affiche, à cet égard, des charges inférieures de 6,1 millions d'euros, soit 1,7 %, à celles du budget 2023.

Évolution du stock d'allocataires de l'Acaata et des dépenses associées



Source : Fcaata

Pour financer les dépenses du fonds, l'article 41 de la LFSS pour 1999 précitée dispose en son III que les ressources du Fcaata sont « constituées d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles dont le montant est fixé chaque année par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale, du budget et de l'agriculture ».

Face à la diminution tendancielle des charges du fonds, cette contribution a connu une **trajectoire structurellement décroissante** : proche de 900 millions d'euros entre 2009 et 2013, elle ne représentait plus que 327,1 millions d'euros en 2022, puis 337,1 millions d'euros en 2023. La contribution est très majoritairement à la **charge de la branche AT-MP du régime général**, celle du régime agricole n'ayant financé que 0,1 million d'euros au titre de l'année 2022 et 2023.

Le montant de la dotation accordé chaque année par la branche AT-MP du budget général est déterminé en fonction des prévisions de résultat net cumulé du fonds depuis sa création : la dotation au titre de l'année $n+1$ est calculée pour que le résultat net cumulé du fonds à la fin de l'année $n+1$ soit nul.

Par conséquent, si, sur longue période, le niveau de la dotation de la branche AT-MP du régime général au Fcaata suit l'évolution des charges du fonds, il reste que **l'évolution interannuelle de la dotation peut augmenter sans que cela ne découle d'une hausse de l'activité réelle du fonds**, pour peu que les charges de l'année en cours aient été sous-estimées dans l'établissement du budget précédent.

Ainsi, la sous-estimation de 6 millions d'euros des besoins du fonds en LFSS pour 2023 du fait d'une surexécution de l'Acaata conduit, malgré la baisse de l'activité réelle du fonds entre 2023 et 2024, à augmenter la dotation accordée par la branche AT-MP du régime général de 337,0 millions d'euros à 355,0 millions d'euros, comme le dispose le II de l'article 44 du PLFSS pour 2024.

Grâce à cette contribution, le fonds devrait réaliser un excédent de 6,7 millions d'euros en 2024 et ainsi équilibrer son résultat cumulé. L'année 2024 permettrait donc de combler le déficit cumulé attendu fin 2023, de 6,7 millions d'euros. Par conséquent, il est attendu que la dotation au titre des années 2025 et suivantes **reprenne sa trajectoire baissière**, en cohérence avec l'activité réelle du fonds.

B. Les transferts de la branche AT-MP vers d'autres branches du même régime

1. Le transfert de la branche AT-MP du régime général à la branche maladie du régime général reste stable, à 1,2 milliard d'euros

Un phénomène de **sous-déclaration des AT-MP**, bien documenté par divers rapports, conduit les assurés à **solliciter une prise en charge de leur affection au titre du risque maladie**, bien que les prestations en nature et en espèces y soient moins protectrices qu'en AT-MP.

Ce phénomène de sous-déclaration connaît des origines plurifactorielles, incluant notamment le **défaut de détection des pathologies d'origine professionnelle** du fait d'une insuffisante sensibilisation des professionnels de santé aux enjeux d'AT-MP, mais aussi la **méconnaissance par les assurés de leurs droits, la lourdeur des procédures déclaratives ou encore la crainte de répercussions** à la suite de la déclaration d'une affection comme AT-MP.

La conséquence de la sous-déclaration est, pour le risque maladie, une **prise en charge indue de pathologies d'origine professionnelle**, qui pèse principalement sur les comptes de la branche maladie du régime général.

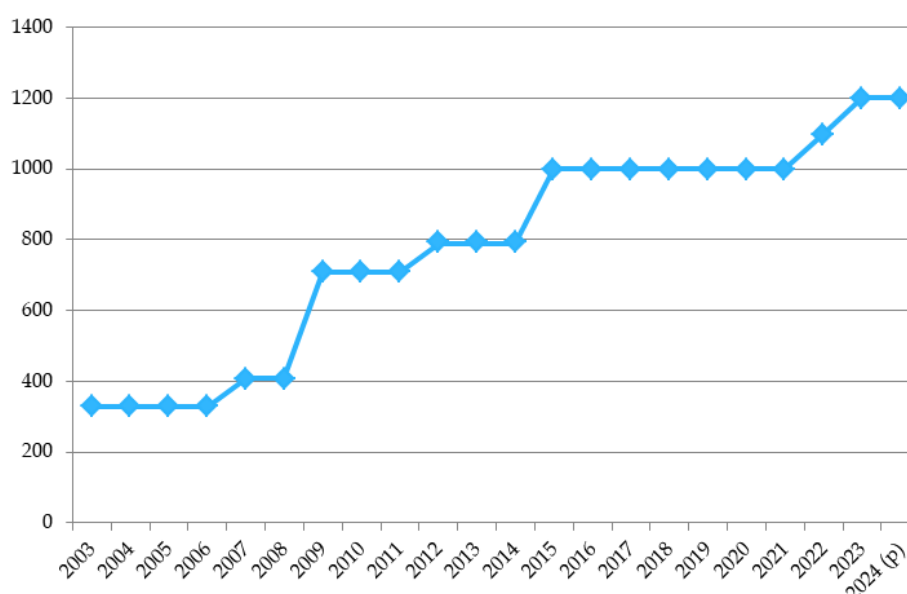
En compensation de ces sommes, l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit depuis 1997 que la branche AT-MP du régime général est **redevable d'un « versement annuel » à la branche maladie du même régime.**

Le montant de ce versement annuel a toujours connu une trajectoire ascendante : il a notamment augmenté de moitié depuis le retour aux excédents de la branche AT-MP en 2013, dans un contexte marqué par un déficit persistant de la branche maladie.

La méthode de fixation du transfert a fait l'objet d'un changement de doctrine depuis 2021. Après deux années de montée en charge en 2022 puis 2023, le montant du transfert est désormais fixé à 1,2 milliard d'euros – soit la borne basse de l'estimation réalisée par le dernier rapport de la commission chargée d'évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail.

Une commission, présidée par un magistrat à la Cour des comptes, remet en effet tous les trois ans, au Gouvernement et au Parlement, un **rapport** évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles². Le dernier rapport en date, rendu en juin 2021, donnait une fourchette entre 1 230 et 2 110 millions d'euros pour estimer le coût réel de la sous-déclaration pour la branche maladie, un total significativement supérieur à la précédente évaluation qui faisait état d'un montant compris entre 815 et 1 530 millions d'euros.

Montant des versements de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration (en millions d'euros)



¹ Ce transfert a été instauré par la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

² Article L. 176-2 du code de la sécurité sociale.

En application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, le III de l'article 44 fixe à 1,2 milliard d'euros le versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP pour l'année 2024, un montant stable par rapport à 2023.

2. La prise en charge par la branche AT-MP de dépenses liées aux départs en retraite anticipés connaît une nette hausse dans le sillage des évolutions portées par la réforme des retraites

La branche AT-MP du régime général finance **deux dispositifs de préventions de la pénibilité** par une majoration du taux de cotisation applicable¹ aux employeurs appelée majoration « M4 », dont le taux était fixée à 0,02 % en 2023. Il s'agit du dispositif de **départ en retraite anticipée** pour les assurés justifiant d'un taux d'incapacité permanente dépassant 10 %, et du **compte professionnel de prévention (C2P)**.

Le **régime des salariés agricoles finance également ces deux dispositifs** pour ses assurés en reflétant leurs coûts dans le calcul du taux de cotisation applicable, aux termes de l'article L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime.

Créé par la loi du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites², le dispositif de retraite anticipée pour incapacité mentionné à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale permet à l'assuré victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle à l'origine d'un taux d'incapacité permanente supérieur à un plancher de **prendre leur retraite avant d'avoir atteint l'âge légal de 64 ans** mentionné à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale. Il existe deux âges dérogatoires, en fonction du taux d'incapacité de l'assuré, mentionnés à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale :

- l'âge est fixé à **60 ans** pour les assurés dont le taux d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail « ayant entraîné des lésions identiques à celles indemnisées au titre d'une maladie professionnelle »³ dépasse un plancher fixé par décret à 20 % par l'article D. 351-1-9 du code de la sécurité sociale ;

- l'âge est fixé à **deux ans en dessous de l'âge légal**, soit 62 ans, pour les assurés dont le taux d'incapacité permanente à la suite d'une maladie professionnelle ou un accident du travail⁴ dépasse un seuil fixé par décret à 10 % par l'article D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale. Seuls sont éligibles les assurés ayant été exposés **au moins 17 ans** à un ou plusieurs facteurs de risques professionnels en lien direct avec leur affection⁵.

¹ Aux termes de l'article L. 242-5 du code de la sécurité sociale.

² Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

³ Article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

⁴ Sans cumul possible entre affections, contrairement à ce qui prévaut pour l'âge dérogatoire à 60 ans.

⁵ Articles L. 351-1-4 et D. 351-1-10 du code de la sécurité sociale.

Avant la LFRSS pour 2023, ces assurés bénéficiaient du même âge dérogatoire que ceux mentionnés à l'alinéa précédent.

Aux termes de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, les dépenses supplémentaires occasionnées à la branche vieillesse du fait des dispositifs de départ en retraite anticipée pour incapacité sont couverts par une contribution de la branche AT-MP.

Pour 2024, l'exposé des motifs de l'article 44 du PLFSS estime à 95,7 millions d'euros le montant total des dépenses au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente pour le régime général, et à 9,1 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles. Pour le régime général, cela constitue, après une année 2023 marquée par une forte baisse des dépenses prévues à 68 millions d'euros, un retour à des dépenses comparables à celles prévues pour 2022, alors de 93,6 millions d'euros.

Le compte professionnel de prévention (C2P), issu de la transformation du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P)¹ par l'ordonnance du 22 septembre 2017², est un dispositif ouvrant des droits aux salariés exposés à certains facteurs de risques professionnels, encadré par le chapitre III du titre VI du livre I^{er} du code du travail. À concurrence de nombre de trimestres d'exposition au risque et, depuis la LFRSS pour 2023, du nombre de facteurs de risques³ auxquels le salarié est exposé à chaque trimestre⁴, le salarié cumule des points sur son C2P, déplafonné depuis la LFRSS pour 2023⁵.

Il peut ensuite utiliser ces points pour financer une formation, bénéficier d'un passage à mi-temps avec maintien de salaire ou valider des trimestres de majoration de durée d'assurance vieillesse et ainsi partir plus tôt à la retraite. En modifiant l'article R. 4163-11 du code du travail, le décret du 10 août 2023 relatif au Fipu et au C2P⁶ pris en application de la LFRSS pour 2023 a revalorisé le point du C2P pour certains usages, notamment l'accès aux formations⁷ et au mi-temps avec maintien de salaire⁸.

¹ Lequel avait été créé par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites.

² Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

³ Article L. 4163-5 du code du travail.

⁴ Auparavant, le salarié ne cumulait pas plus de points pour son C2P s'il était exposé à plus de deux facteurs de risques.

⁵ Le C2P était auparavant plafonné à 100 points sur l'ensemble de la carrière.

⁶ Décret n° 2023-759 du 10 août 2023 relatif au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle et au compte professionnel de prévention.

⁷ Un point sur le C2P ouvrait auparavant droit à 375 euros sur le compte personnel de formation, contre 500 euros depuis le 1^{er} septembre 2023.

⁸ Dix points sur le C2P ouvraient auparavant droit à trois mois de mi-temps avec maintien de salaire, contre quatre depuis le 1^{er} septembre 2023.

Aux termes de l'article L. 4116-21 du code du travail, il revient aux **organismes nationaux de la branche AT-MP du régime général et du régime agricoles** de financer, « *chacune pour ce qui la concerne* », les **dépenses engendrées par le C2P**.

L'exposé des motifs de l'article 44 estime à **96 millions d'euros** les dépenses au titre du C2P pour le régime général en 2024, contre 60,3 millions d'euros en 2023, et à 0,5 million d'euros pour le régime des salariés agricoles. La hausse des dépenses prévisionnelles peut notamment s'expliquer par la **revalorisation du point de C2P** par le décret du 10 août précité, ainsi que par **l'abaissement des seuils d'exposition** ouvrant droit à la constitution de points sur le C2P¹.

Le IV de l'article 44 fixe, pour 2024, à **191,7 millions d'euros** les montants des dépenses engagées au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité et du C2P pour la branche AT-MP du régime général, et à **9,6 millions d'euros** pour celle du régime des salariés agricoles. Ces montants correspondent à la somme des dépenses évoquées par l'exposé des motifs au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité et au titre du C2P.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, sans modification.

III - La position de la commission

• La commission estime que **l'augmentation des dotations publiques au Fiva est nécessaire** compte tenu de la trajectoire de dépenses anticipée du fonds. Elle a toutefois deux principales réserves. D'une part, la commission note que **l'effort de financement supplémentaire est imputé uniquement à la branche AT-MP** du régime général, la **subvention de l'État** demeurant **anecdotique** dans les comptes du fonds et constante dans le temps, à 7,7 millions d'euros. **L'État étant responsable au premier chef du scandale de l'amiante, il n'est pas compréhensible qu'il ne participe pas**, lui aussi, à l'augmentation de la dotation au Fiva.

En outre, la commission sera attentive aux résultats financiers du Fiva pour l'année 2024 : le fonds se distinguant par des **sous-exécutions chroniques**, il conviendra d'évaluer alors la proportionnalité de l'augmentation de la dotation aux besoins du Fiva.

¹ On peut notamment citer l'abaissement du seuil du facteur de risques « Travail de nuit » de 120 à 100 nuits par an, et celui du facteur « Travail en équipes successives alternantes » de 50 à 30 nuits par an.

- En revanche, la commission s'inscrit en faux avec le montant du **transfert prévisionnel de la branche AT-MP vers la branche maladie du régime général**. La croissance continue de ce transfert depuis son instauration revient à **nier l'implication des acteurs concernés** et les efforts substantiels fournis pour **limiter la sous-déclaration**. La commission a adopté un **amendement n° 334** pour **limiter à 1,0 milliard d'euros le montant du transfert**, soit le montant annuel avant 2022, considérant que **la branche AT-MP n'a pas vocation, parce qu'elle est excédentaire, à financer les déficits structurels d'autres branches**.

- La commission salue l'existence, conformément aux dispositions organiques en vigueur, de données prévisionnelles jusqu'en 2026, sur les comptes et la dotation perçue par le Fiva et le Fcaata. Sur le champ des agences sanitaires relevant d'un financement par la branche maladie, **elle appelle toutefois le Gouvernement à respecter l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, désormais en vigueur depuis deux ans, et à développer l'information du Parlement**.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

Article 45

Objectif de dépenses de la branche AT-MP

Cet article fixe à 16,0 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche AT-MP pour 2024.

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement qu'elle a adopté.

I - Le dispositif proposé

A. L'année 2022, marquée par un excédent de 1,7 milliard d'euros, a confirmé la bonne santé financière de la branche AT-MP

En 2022, la branche AT-MP a, **pour la neuvième fois en dix exercices**, dégagé un **solde excédentaire**, à hauteur de **1,7 milliard d'euros**. Cela confirme ainsi le caractère conjoncturel du déficit de 0,1 milliard d'euros observé en 2020¹ du fait de la chute brutale des recettes (- 8,1 %) imputable à la contraction de la masse salariale.

Après un exercice 2021 conclu avec un excédent de 1,3 milliard d'euros sur le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), porté par le rebond de 12,8 % des recettes de la branche, la branche AT-MP a dégagé un **solde excédentaire encore supérieur en 2022**, à hauteur de **1,7 milliard d'euros** sur le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss), dont **1,6 milliard d'euros** sur le champ du **régime général**.

1. En 2022, les recettes de la branche AT-MP ont atteint 16,2 milliards d'euros sur le champ des Robss, dont 14,6 milliards d'euros pour le régime général

Les recettes de la branche AT-MP ont **poursuivi leur croissance dynamique en 2022**, avec un **rebond de 7,3 %** sur le champ des Robss et du régime général. Elles atteignent désormais 16,2 milliards d'euros sur le champ des Robss, dont 14,6 milliards d'euros pour le seul régime général.

Cette évolution s'explique par la hausse, en réponse à l'inflation et à un usage réduit des dispositifs de chômage partiel, de 8,7 % de la **masse salariale du secteur privé**, sur laquelle sont assises les cotisations sociales responsables de **97 % des recettes** du régime général.

¹ Sur le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

2. En 2022, les dépenses de la branche AT-MP ont atteint 14,5 milliards d'euros sur le champ des Robss, dont 13,0 milliards d'euros pour le régime général

Les dépenses de la branche AT-MP ont connu une **hausse moindre que celles des recettes, mesurée à 4,3 % en 2022** sur le champ des Robss (4,5 % pour le régime général) et son notifiées à 14,5 milliards d'euros en 2022 sur le champ des Robss, dont 13,0 milliards d'euros sur le régime général. Cette évolution a été portée, au sein du régime général, par la **forte dynamique des prestations en espèces**, avec une hausse de 7,4 % du montant des indemnités journalières versées, et par une plus forte **contribution de la branche AT-MP** au titre de la sous-déclaration, passée de 1 milliard d'euros à 1,1 milliard d'euros.

B. La branche AT-MP, portée par des recettes dynamiques, devrait dégager un excédent record de 1,9 milliard d'euros en 2023 sur le champ des Robss

Malgré des **dépenses dynamiques, en hausse de 5,5 % en 2023**, la branche AT-MP devrait connaître en 2023 un **excédent historiquement haut de 1,9 milliard d'euros sur le champ des Robss**. Celui-ci s'explique par une progression des recettes plus rapide que celle des dépenses. **Le taux de couverture des dépenses par les recettes atteindrait, par conséquent, un niveau record de 112 %.**

1. En 2023, les recettes de la branche AT-MP atteindraient 17,2 milliards d'euros sur le champ des Robss, un total en hausse de 6,2 % par rapport à 2022

Sur les 17,2 milliards d'euros de recettes prévisionnelles de la branche AT-MP au titre de 2023, 15,6 milliards d'euros sont affectées au régime général.

Parmi elles, 15,0 milliards d'euros, soit **96 % du total, proviennent de cotisations versées par les employeurs**, dont le taux dépendait à 73,6 % de la sinistralité des entreprises ou de leur secteur d'activité en 2022. En hausse de 6,5 % en 2023, la dynamique du montant des cotisations versées par l'employeur est responsable de 90 % de l'évolution positive des recettes.

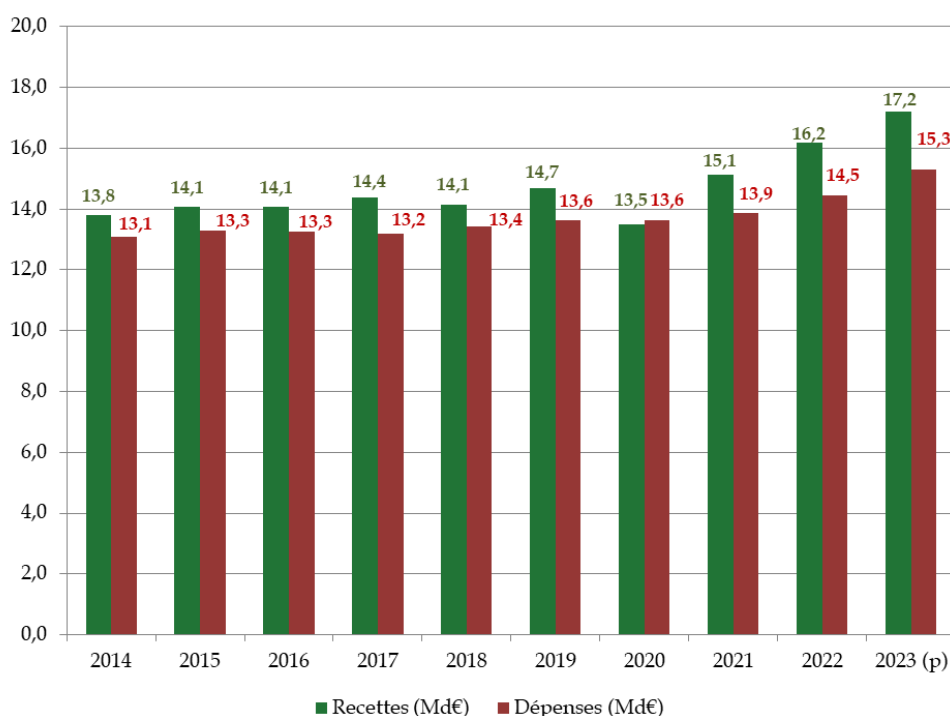
Celles-ci évoluent de manière similaire à la masse salariale dans le secteur privé (+ 6,3 %), sur laquelle elles sont assises. La masse salariale dans le privé est, quant à elle, portée tant par **l'évolution positive de l'emploi** avec la création de 112 000 postes au premier semestre 2023, que par **les salaires**, notamment gonflés par la hausse de 2,22 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) au 1^{er} mai 2023. La prévision du PLFSS pour 2024 ressort en hausse de 200 millions d'euros par rapport à celle inscrite en LFRSS pour 2023 (17,0 milliards d'euros).

Des cotisations prises en charge par l'État, pour 139 millions d'euros, abondent également les recettes du régime général de la branche AT-MP,

tandis que des charges à hauteur de 175 millions d'euros liées au non-recouvrement grèvent les recettes à due concurrence.

Les autres sources de recettes de la branche AT-MP ont cru de 22 % en 2023, et atteignent désormais 566 millions d'euros. Celles-ci se composent à plus de 90 % de deux sources : des **recours contre tiers** en recul de 17 %, pour **341 millions d'euros**, et des **produits financiers**, nuls en 2022, pour **173 millions d'euros**.

Trajectoire de recettes et dépenses de la branche AT-MP depuis 2014



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données PLFSS pour 2024 et PLACSS pour 2022

2. En 2023, les dépenses de la branche AT-MP devraient avoisiner 15,3 milliards d'euros sur le champ des Robss, soit 5,5 % de plus qu'en 2022

Tout comme les recettes, les **dépenses de la branche AT-MP sont concentrées dans le régime général**, représentant **13,8 milliards d'euros de charges**, un total qui a cru plus rapidement que dans les autres régimes obligatoires de base avec **6,5 % de hausse**. Les **régimes agricoles**, que ce soit celui des **salariés (670 millions d'euros, + 2,2 %)** ou des **exploitants (306 millions d'euros, - 4,9 %)** affichent, parmi les autres régimes obligatoires de base, les dépenses les plus importantes, suivis de celui des **fonctionnaires territoriaux et hospitaliers (213 millions d'euros, + 4,9 %)** et du **régime minier (179 millions d'euros, - 5,2 %)**.

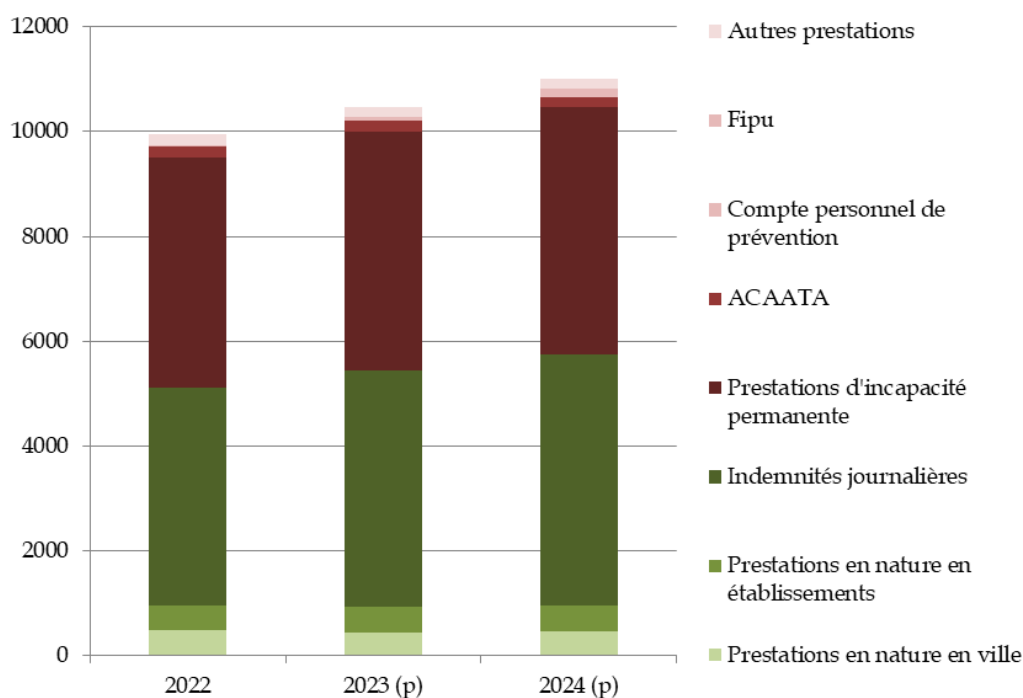
Les dépenses du régime général peuvent être décomposées entre des prestations sociales, certaines étant dans le champ de l'Ondam, et d'autres en dehors, des transferts, et d'autres charges :

- les **prestations sociales**, marquées par une croissance dynamique de **5,2 %**, représentent plus des **trois quarts des dépenses du régime général** et atteignent **10,5 milliards d'euros en 2023**. Ces dépenses sont réparties assez équitablement entre prestations relevant du champ de l'Ondam et n'en relevant pas :

- **les prestations du champ de l'Ondam atteignent 5,4 milliards d'euros** et sont constituées de **prestations en nature en ville (431 millions d'euros) ou en établissement (493 millions d'euros)** et de prestations en espèces via le versement **d'indemnités journalières** visant à compenser l'incapacité temporaire (**4,5 milliards d'euros**). Avec une croissance de **6,7 %** en 2023, **intégralement portée par des indemnités journalières** affectées par la hausse de **5,4 %** des salaires, ces dépenses augmentent **plus vite que les prestations hors Ondam**. L'exercice 2023 est également marqué par un **net retrait des prestations en nature exécutées en ville**, notifiées à **- 12 %**, signe de la moindre empreinte de la covid-19 en 2023 ;

- **les prestations hors du champ de l'Ondam passeraient au-dessus de la barre des 5 milliards d'euros** et connaîtraient une évolution moins dynamique, attendue à **3,5 %**. Les prestations **d'incapacité permanente**, qu'elles soient sous forme de **rentes viagères ou d'indemnités en capital**, sont notifiées à **4,6 milliards d'euros**, soit **91 %** du sous-total. Leur évolution positive de **3,3 %**, portée par **l'effet année pleine de la revalorisation des rentes de 4 %** au 1^{er} juillet 2022 et par la **nouvelle revalorisation de 1,5 %** au 1^{er} avril 2023, explique donc en grande partie la trajectoire des prestations hors Ondam. Les **allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata)** poursuivent leur recul structurel compte-tenu du tarissement de flux de nouveaux bénéficiaires et atteignent, pour 2023, **203 millions d'euros** ; tandis que les actions de prévention financées par le **compte personnel de prévention (C2P)** et le **fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (Fipu)**, respectivement élargies et créé par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, représenteraient **43 millions d'euros et 30 millions d'euros** de dépenses pour le régime général en 2023 ;

Évolution des prestations versées par le régime général de la branche AT-MP depuis 2022

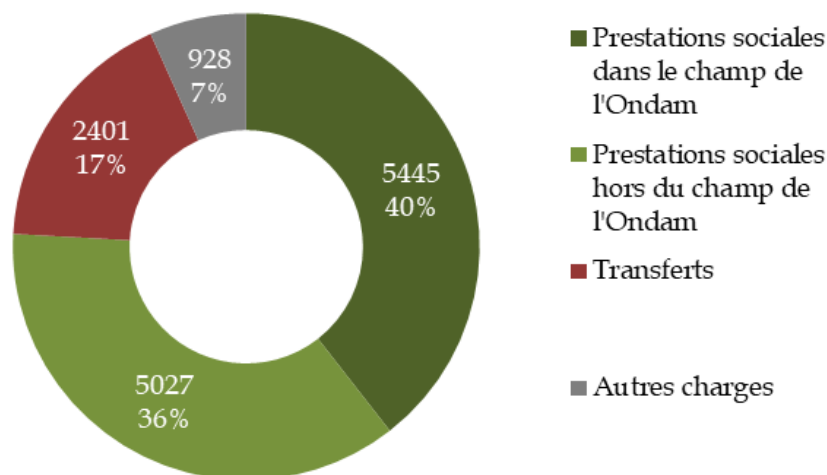


Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données du rapport de septembre 2023 de la CCSS

- les transferts représentent, en 2023, des charges de 2,4 milliards d'euros pour le régime général de la branche AT-MP, un total en hausse de 16,9 % principalement lié à la montée en charge du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP, passé de 1 milliard d'euros en 2021 à 1,1 milliard d'euros en 2022 puis 1,2 milliard d'euros en 2023. Le régime général de la branche AT-MP finance également d'autres transferts, que ce soit avec d'autres régimes obligatoires de base (356 millions d'euros) à l'image du régime minier, à d'autres branches (160 millions d'euros pour la branche vieillesse) ou à divers fonds (244 millions d'euros, dont 220 millions d'euros pour le Fiva) ;²

- les autres charges du régime général de la branche AT-MP atteignent 928 millions d'euros en 2023 et sont quasi-intégralement composées de charges de gestion courante pour 925 millions d'euros, soit un total en léger retrait malgré l'inflation.

Répartition des dépenses du régime général de la branche AT-MP en 2023



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données du rapport de septembre 2023 de la CCSS

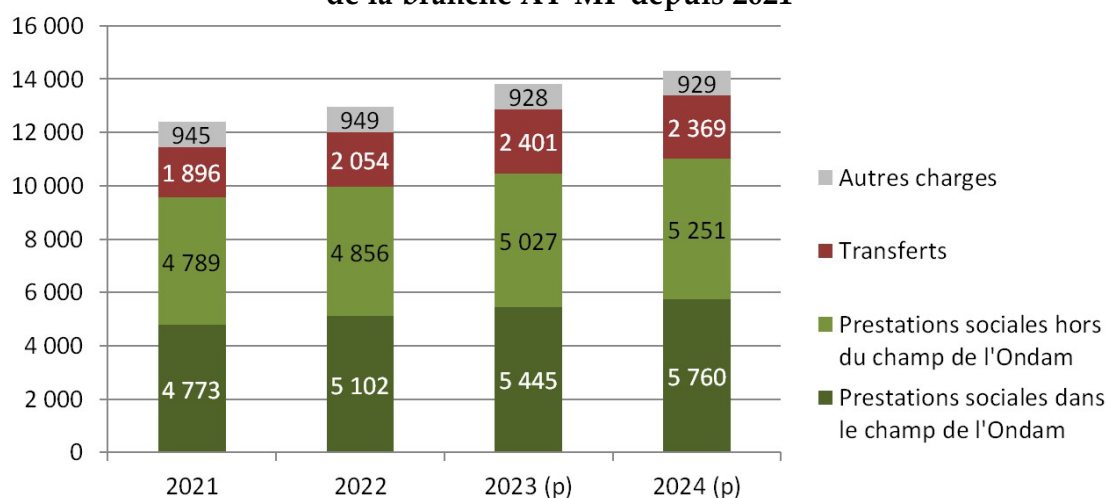
La prévision du PLFSS pour 2024 ressort en nette hausse par rapport à celle inscrite en LFRSS pour 2023 : les dépenses de la branche AT-MP étaient alors estimées à 14,8 milliards d'euros sur le champ des Robss.

3. L'excédent de la branche AT-MP devrait être réduit de moitié et atteindre 1,2 milliard d'euros en 2024 du fait d'une réduction des recettes

Du fait d'une **baisse du taux de cotisations afin de neutraliser le coût pour les employeurs d'une hausse symétrique au profit de la branche vieillesse**, initialement fixée à 0,1 point mais finalement rehaussée à 0,12 point afin de pallier le coût des amendements dépensiers adoptés sur la LFRSS pour 2023 et de garantir l'équilibre de la branche vieillesse à horizon 2030, **le niveau des recettes de la branche AT-MP reculerait de 0,6 % en 2024** malgré la hausse de 3,9 % de la masse salariale du secteur privé. Par conséquent, le PLFSS pour 2024 affiche des **prévisions de recettes à 17,1 milliards d'euros** pour la branche AT-MP sur le champ des Robss.

Sous l'effet de la **dynamique des indemnités journalières** suivant celle des salaires, de la **revalorisation attendue des rentes**, de la **montée en charge des dispositifs de prévention** prévue en LFRSS pour 2023 et de la **hausse du transfert au Fiva**, l'article 45 du PLFSS pour 2024 présente, conformément à l'article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale, un **objectif de dépenses de la branche AT-MP sur le champ des Robss à 16,0 milliards d'euros**, qui constituerait, s'il était tenu, une **hausse de 4,6 %** par rapport à 2023.

Évolution des principales catégories de dépenses du régime général de la branche AT-MP depuis 2021



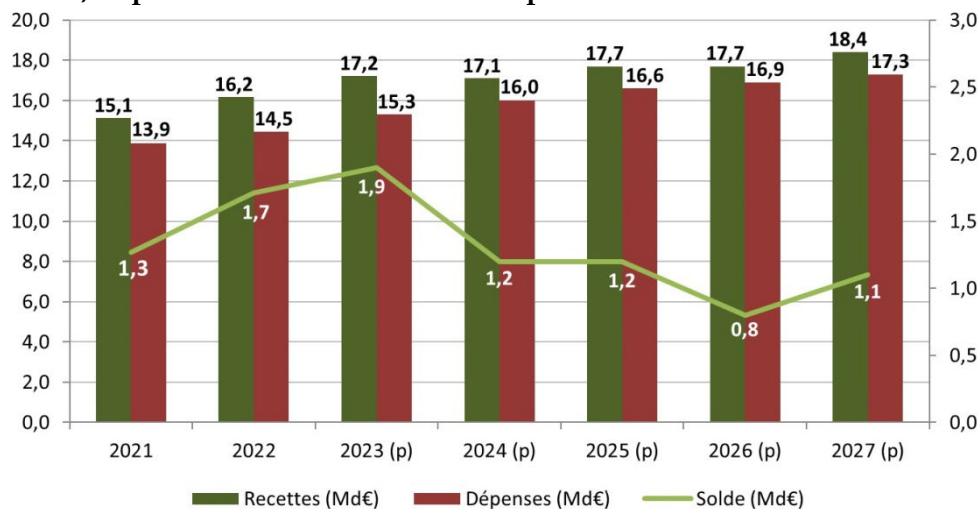
Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données du rapport de septembre 2023 de la CCSS

Malgré l'effet ciseaux entre des recettes en repli et des dépenses qui confirmeraient leur trajectoire ascendante, **la branche AT-MP maintiendrait une situation excédentaire en 2024**, avec un solde de **1,2 milliard d'euros** sur le champ des Robss, en retrait de 700 millions d'euros par rapport à 2023.

C. Les perspectives pluriannuelles des comptes de la branche

La branche AT-MP maintiendrait une situation excédentaire pour tous les exercices jusqu'en 2027. Après une consolidation du solde à 1,2 milliard d'euros en 2025, l'excédent de la branche AT-MP se dégraderait à 0,8 milliard d'euros en 2026 malgré une croissance timide des dépenses (+ 1,8 %) du fait de la stabilité des recettes, amputées par un nouveau transfert de cotisations à la branche vieillesse. En 2027, la branche profiterait d'une croissance de la masse salariale du secteur privé de 3,4 % pour consolider son excédent au-dessus du milliard d'euros (1,1 milliard d'euros) grâce au dynamisme des recettes.

Recettes, dépenses et soldes observés et prévisionnels de la branche AT-MP



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données PLFSS pour 2024 et PLACSS pour 2022

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

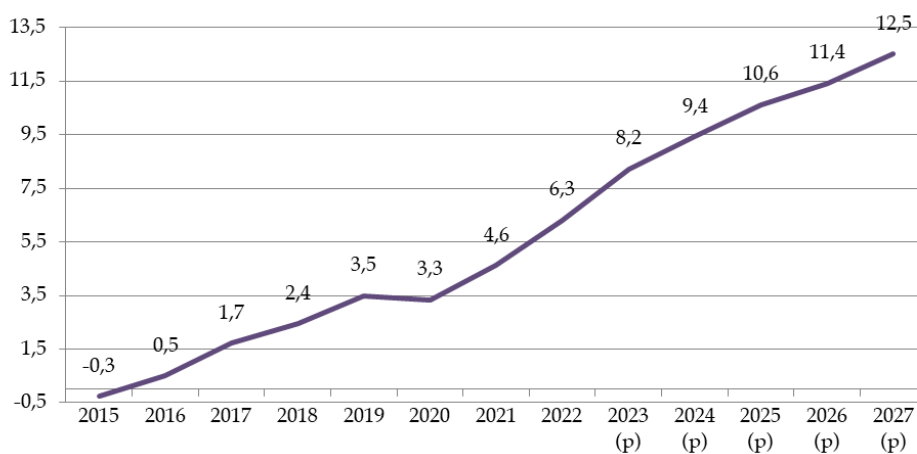
Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale, sans modification.

III - La position de la commission

Le caractère structurel des excédents de la branche AT-MP démontre la déconnexion à long terme entre les recettes de la branche et ses besoins de financement. Dans ce contexte, les produits de la branche, financés quasi-intégralement par les employeurs, ne sauraient à être siphonnés par la multiplication des transferts au bénéfice d'autres branches à la situation financière plus dégradée. Ces recettes, perçues en vue de la seule couverture des risques professionnels des assurés, ont davantage vocation à financer des mesures de prévention et de lutte contre la sous-déclaration plus ambitieuses, à permettre une indemnisation plus juste de certains préjudices – la rapporteure salue, à cet égard, la reconnaissance récente des cancers de l'ovaire et du larynx comme maladies professionnelles liées à l'amiante – ou à diminuer progressivement si la contribution des employeurs est excessive eu égard aux besoins de la branche.

Les excédents de la branche AT-MP depuis 2013 ont permis non seulement d'apurer la dette constituée par la branche lors de la crise économique de 2008, mais désormais de constituer des excédents accumulés prévisionnels de 8,2 milliards d'euros en 2023, puis 12,5 milliards d'euros en 2027. Autant de contributions réclamées à l'employeur sans qu'elles ne servent leur vocation originelle : lutter contre les risques professionnels et indemniser les victimes.

Excédents cumulés de la branche AT-MP depuis 2015



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après données LFSS pour 2016, PLACSS pour 2022 et PLFSS pour 2024

La commission propose d'adopter cet article modifié par l'amendement rédactionnel n° 335, qu'elle a adopté afin de corriger l'oubli d'un mot dans le texte transmis.

Article 46

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Cet article tend à fixer l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2024 à 293,7 milliards d'euros.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Un objectif de dépenses de 293,7 milliards d'euros en 2024

Le présent article, disposition obligatoire des LFSS de l'année, fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse à 293,7 milliards d'euros en 2024, ce qui représenterait **une augmentation de 6,8 % par rapport à la prévision révisée pour 2023**.

Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023, les droits propres augmenteraient de 6,9 %. Cette augmentation se répartirait entre 1,1 point pour l'augmentation du nombre de pensionnés, 0,6 point pour l'augmentation de la valeur de la pension moyenne et, surtout, **5,2 points pour la revalorisation consécutive à la forte inflation prévue en 2023**.

En effet, schématiquement, les dépenses de retraites sont indexées sur l'inflation en moyenne annuelle de l'année précédente¹. L'inflation prévue pour 2023 sur la période de référence est de 5,2 %², ce qui correspond donc à l'hypothèse de revalorisation retenue.

Selon l'annexe 3 au présent PLFSS, les mesures du présent PLFSS affectant les dépenses de la branche vieillesse seraient négligeables. Elles se limiteraient à l'adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon (article 40), pour un coût de 500 000 euros en 2024.

B. Le début d'une période de forte dégradation du solde de la branche vieillesse

1. Un déficit qui atteindrait 14 milliards d'euros en 2027, du fait de la tendance spontanée du solde de la branche vieillesse à se dégrader et de la forte inflation en début de période

Le graphique ci-après replace dans son contexte l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2024, de 293,7 milliards d'euros.

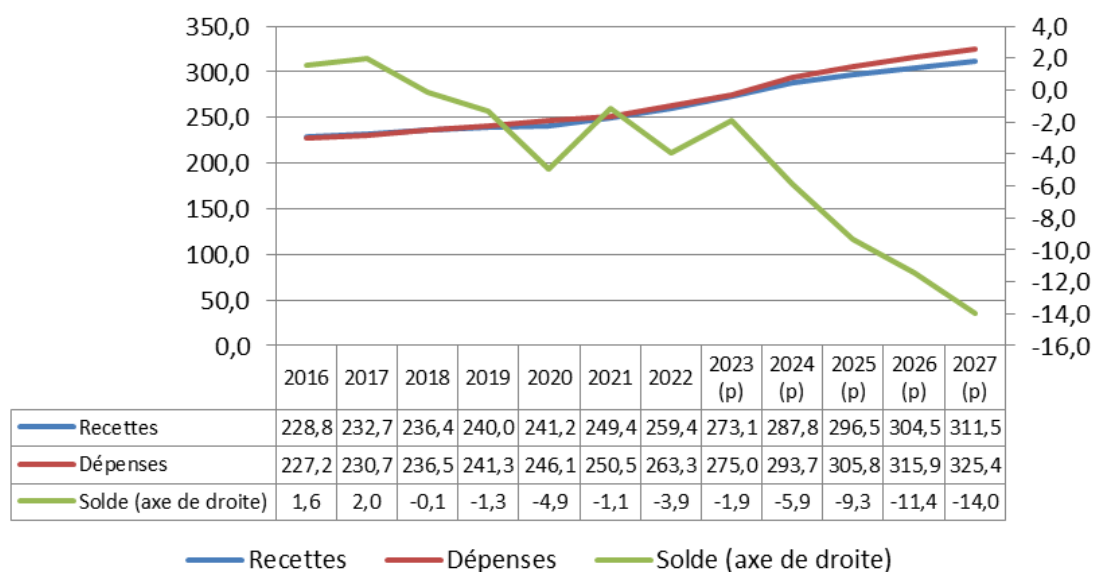
¹ Plus précisément, selon l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, dans le cas des retraites la revalorisation a lieu le 1^{er} janvier, sur la base de l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation (hors tabac) entre les deux périodes de septembre à octobre précédentes.

² Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023.

Comme on peut le constater, après une première augmentation en 2020 du **déficit de la branche vieillesse**, celui-ci, qui avait fluctué autour de 3 milliards d'euros jusqu'en 2023, se dégraderait rapidement à partir de 2024 pour atteindre **14 milliards d'euros en 2027**.

Programmation de recettes, de dépenses et de solde du présent PLFSS pour la branche vieillesse

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS 2018 à 2023 et le présent PLFSS

Cette augmentation du déficit à partir de 2024 viendrait du fait que la croissance des dépenses serait supérieure en moyenne de 1 point à celle des recettes. Les dépenses de retraite étant d'environ 300 milliards d'euros par an, il en résulterait une augmentation du déficit d'environ 3 milliards d'euros par an.

2. Un déficit revu à la baisse de 4,3 milliards d'euros pour 2026 par rapport à la LFSS 2023 (et une amélioration du solde de 6,3 milliards d'euros en 2027 du fait de la réforme des retraites)

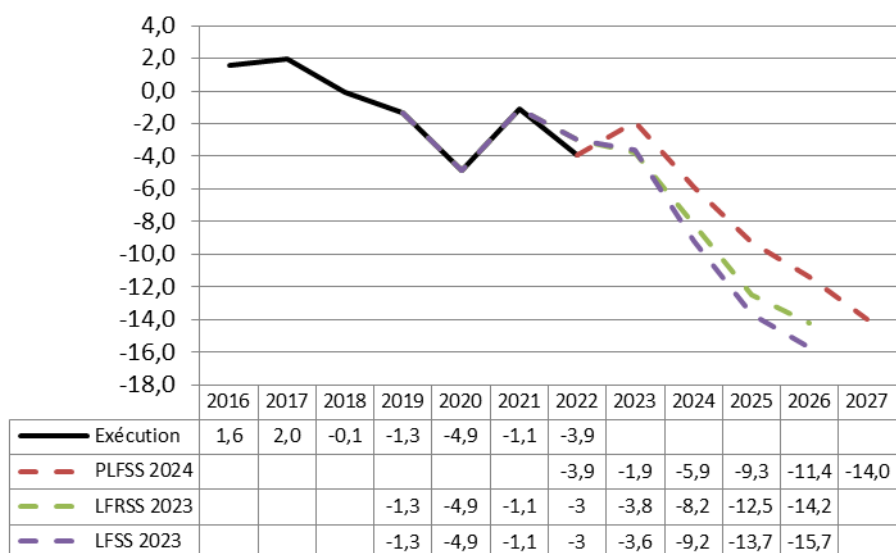
La LFRSS 2023, qui réformait les retraites, n'a paradoxalement que marginalement réduit le déficit prévisionnel par rapport à la LFSS 2023. En effet, la trajectoire de la LFSS 2023 prenait déjà en compte une réforme des retraites¹. C'est le présent PLFSS qui marque une nette réduction du déficit, revu à la baisse de 4,3 milliards d'euros en 2026, comme le montre le graphique ci-après, du fait d'une trajectoire de recettes plus favorable. Par ailleurs, le coût de la hausse du minimum contributif prenait le pas à court terme sur les premières économies attendues par l'application des mesures d'âge à compter du 1^{er} septembre 2023.

¹ Selon l'annexe B à la LFSS 2023, la trajectoire « intègre (...) dans le champ des retraites, l'objectif d'une élévation progressive de l'âge effectif de départ en retraite ».

Selon l'annexe A au présent PLFSS, la réforme des retraites améliorerait le solde 2027 de la branche vieillesse des Robss de 6,3 milliards d'euros.

Programmation de solde de branche vieillesse par la LFSS 2023, la LFRSS 2023 et le présent PLFSS

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après les LFSS 2018 à 2023 et le présent PLFSS

On rappelle que les Robss et le FSV ne représentent pas la totalité du système de retraites, auquel il faut ajouter les régimes complémentaires, qui selon le Gouvernement seraient excédentaires de 8,2 milliards d'euros en 2023 et 7,4 milliards d'euros en 2024¹, cet excédent demeurant à peu près stable par la suite² selon le projet de loi de programmation des finances publiques.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission prend acte des prévisions de dépenses de la branche vieillesse pour l'exercice 2024.

¹ Source : Rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2024.

² Maintien à 0,3 point de PIB (environ 10 milliards d'euros).

Elle souligne le paradoxe d'une programmation conduisant à prévoir à moyen terme une forte dégradation du solde de la branche vieillesse, devant être compensée par une augmentation encore plus importante de l'excédent des régimes complémentaires. Comme cela a été souligné dans le tome I du présent rapport général, **cela implique de sortir rapidement de l'ambiguïté sur les modalités de financement du déficit des Robss**, alors que selon le droit actuel, **seulement 8,8 milliards d'euros de dette peuvent encore être transférés à la Cades**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 46 bis (nouveau)

Assouplissement de la prise du congé de paternité par les non-salariés agricoles

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à assouplir la prise par les non-salariés agricoles du congé paternité et d'accueil de l'enfant.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : donner plus de souplesse aux exploitants agricoles pour choisir leur période de congé obligatoire

A. Le droit en vigueur

L'article 73 de la LFSS pour 2021¹ a allongé la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant de onze à vingt-cinq jours et de dix-huit à trente-deux jours en cas de naissances multiples². **Ce congé se compose d'une première période obligatoire de quatre jours, immédiatement consécutive au congé de naissance de trois jours**. Durant cette période de sept jours, il est strictement défendu d'employer un salarié concerné³. Les autres jours du congé de paternité et d'accueil de l'enfant sont utilisés à la discrétion du bénéficiaire.

¹ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

² Les dispositions du droit du travail sont fixées à l'article L. 1225-35 du code du travail. L'indemnisation par la branche famille est prévue à l'article L. 161-6 du code de la sécurité sociale.

³ Article L. 1225-35-1 du code du travail.

Pour les non-salariés agricoles¹, l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime se borne à disposer que le père, le conjoint ou concubin de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité (Pacs) peut bénéficier d'une allocation de remplacement, à l'occasion de la naissance de l'enfant, à sa demande. Depuis la LFSS pour 2021, le droit à cette allocation est ouvert si les intéressés se font « *remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, cess[ent] leur activité professionnelle pendant une durée minimale, fixée par décret, à compter de la naissance et ne [reprennent pas] cette activité pendant la durée d'indemnisation* ».

Le pouvoir réglementaire, par le décret du 10 mai 2021², a aligné les conditions pour le bénéfice de l'allocation de remplacement sur les mêmes périodes que pour les assurés du régime général et les travailleurs indépendants, soit une période minimale de sept jours d'interruption du travail dès la naissance de l'enfant et un total de 25 jours indemnisés, portés à 32 en cas de naissance multiples³. La demande de congé de paternité doit être adressée à la caisse de mutualité sociale agricole (MSA) au moins un mois avant la date de la naissance de l'enfant et comporter les dates de la ou des périodes de bénéfice de l'allocation de remplacement⁴. Cette prestation est égale au coût du remplacement, hors contributions sociales (CSG et CRDS) qui demeurent à la charge du chef d'exploitation.

En outre, l'article 98 de la LFSS pour 2022 a prévu que les pères ou conjoints puissent bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires, lorsqu'ils ne peuvent pas se faire remplacer dans leurs activités professionnelles, faute de remplaçant, à l'instar du droit dont bénéficient les mères pour le congé maternité depuis 2019.

B. Le droit proposé : assouplir de nouveau le régime du congé paternité pour les non-salariés agricoles

Selon le Gouvernement, la règle introduite en 2021 « *associée aux difficultés de recrutement rencontrées par le monde agricole et à la complexité de la planification des remplacements (...), s'avère trop rigide, [pour les non-salariés agricoles], en particulier lorsque la naissance intervient avant la date initialement prévue du terme de la grossesse* ».

¹ Il s'agit, en vertu de l'article L. 722-10 du code rural et de la pêche maritime, des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, de leurs aides familiaux non-salariés et associés d'exploitation, leur conjoint collaborateur ou enfin de tout autre membre non-salarié de toute société consacrant son activité à une exploitation agricole.

² Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif à l'allongement et à l'obligation de prise d'une partie du congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

³ Article D. 732-27 du code rural et de la pêche maritime.

⁴ Article D. 732-29 du même code.

Le présent article propose de modifier l'article L. 732-12-1 précité afin de **permettre au non-salarié agricole de cesser son activité professionnelle pour bénéficier de l'allocation de remplacement « dans un délai maximal, fixés par décret, à compter de la date de naissance effective ou initialement prévue »**. Les pères exploitants agricoles auraient donc davantage de temps pour organiser leur remplacement et bénéficier d'un congé qui ne suivrait plus nécessairement la date de naissance de l'enfant. L'objet de l'amendement précise que le non-salarié agricole pourra choisir de recourir au congé soit dans les 15 jours suivant la date réelle de la naissance, soit à la date initialement prévue du terme de la grossesse.

II - La position de la commission : une mesure de flexibilité bienvenue

La commission s'étonne, en premier lieu, que le Gouvernement, qui avait déjà soumis au Parlement, par le PLFSS pour 2022, une adaptation de la réforme du congé de paternité, revienne si rapidement sur ces dispositions du code rural et de la pêche maritime.

En 2021, le Gouvernement¹ indiquait curieusement que l'allongement du congé de paternité faciliterait les remplacements des exploitants agricoles², **ce dont la commission avait douté lors de l'examen de la LFSS pour 2022**. Le présent article, qui vise à répondre aux difficultés des remplacements dans les exploitations agricoles, en apporte le démenti.

Au reste, la modification législative proposée par le présent article apparaît bienvenue à la commission dès lors qu'elle introduit de la souplesse au bénéfice des exploitants agricoles souhaitant recourir à leur congé de paternité.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Annexe 9 au PLFSS pour 2022, p. 386.

² En 2019, seuls 2 117 exploitants agricoles avaient en effet bénéficié d'une allocation de remplacement.

Article 46 ter (nouveau)
**Ajustement des réformes du complément de libre choix
du mode de garde (CMG)**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à apporter plusieurs modifications paramétriques à la réforme du CMG dit « emploi direct » adoptée en LFSS pour 2023. En outre, cet article propose de reporter de deux ans l'entrée en vigueur du tiers payant pour les bénéficiaires du CMG dit « structure ».

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

I - Le dispositif proposé : des adaptations paramétriques de précédentes réformes

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG)¹ permet de compenser le coût de la garde d'un enfant âgé de moins de six ans dont les parents ont une activité professionnelle minimale. Le CMG est versé par les organismes débiteurs des prestations familiales à plus de **845 000 familles** en 2020. Il se décompose en deux prestations. Le **CMG « emploi direct »** est versé à la famille employant un salarié à domicile ou une assistante maternelle. Le **CMG « structure »** est versé à la famille ayant recours à un prestataire de garde à domicile, une crèche familiale ou une micro-crèche.

Nombre de foyers bénéficiaires du CMG en 2020

	Nombre de foyers bénéficiaires
CMG assistante maternelle	715 000
CMG garde d'enfant à domicile	55 000
Total CMG « emploi direct »	770 000
CMG prestataire de garde à domicile	27 000
CMG microcrèche	51 000
Total CMG « structure »	81 000

Source : DSS, dossier statistique des prestations familiales, octobre 2022

¹ Prévus aux articles L. 531-5 à L. 531-9 du code de la sécurité sociale.

En 2021, les dépenses totales de CMG s'élevaient à 6,36 milliards d'euros à la charge de la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

Ventilation des dépenses de CMG en 2021

(en millions d'euros)

	Dépenses
Rémunération prise en charge	2 293
Cotisations prises en charge	3 117
Total CMG « emploi direct » - assistante maternelle	5 409
Rémunération prise en charge	127
Cotisations prises en charge	160
Total CMG « emploi direct » - garde à domicile	288
Total CMG « structure »	661

Source : DSS, dossier statistique des prestations familiales, octobre 2022

A. Le complément de libre choix de mode de garde « emploi direct », une réforme majeure adoptée en 2022 à laquelle il est proposé des ajustements

1. La réforme promulguée en 2022 en attente d'application

Aux termes de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le CMG « emploi direct » est lui-même composé de deux prestations distinctes : l'une dédommageant les cotisations et contributions sociales assises sur la rémunération versée à l'employé, l'autre solvabilisant la rémunération elle-même.

a) *Le CMG « cotisations et contributions sociales »*

La première aide correspondant aux cotisations sociales est égale :

- **pour l'emploi d'une assistante maternelle**, à la totalité des cotisations et contributions à la condition que la rémunération versée à l'assistante maternelle ne dépasse pas cinq fois la valeur horaire du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic), par jour et par enfant¹ ;

- **pour l'emploi direct d'une garde d'enfant à domicile**, à 50 % des cotisations versées dans la limite d'un plafond.

¹ Article D. 531-17 du code de la sécurité sociale.

Si la réforme de 2022 n'a pas modifié le calcul de cette première aide, elle a toutefois supprimé la condition tenant au montant de rémunération versée à l'assistante maternelle pour étendre un conditionnement à l'ensemble du CMG. L'article 86 de la LFSS pour 2023 prévoit donc que le CMG « emploi direct » soit versé à la condition que **la rémunération horaire de l'assistante maternelle ou de l'employé à domicile ne soit pas supérieure à un plafond fixé par décret**. Ce décret pourra fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est une assistante maternelle ou une salariée gardant l'enfant à domicile.

b) Le CMG « rémunération »

La seconde partie du CMG, solvabilisant la rémunération nette versée au salarié par la famille, a en revanche fait l'objet de nombreuses modifications. Dans sa version en vigueur jusqu'à l'application de la réforme, cette aide est modulée selon les ressources du ménage, le nombre d'enfants et selon que leur charge est assumée par une personne seule ou un couple. Le barème qui découle des dispositions légales et réglementaires est divisé selon trois tranches de revenus et selon le nombre d'enfants à charge. Enfin, quelles que soient les situations, la prise en charge par le CMG ne peut dépasser le plafond de 85 % de la rémunération versée à l'employé.

Le mode de calcul du CMG aboutit dès lors à des montants forfaitaires mensuels qui ne tiennent pas compte du nombre d'heures de garde auxquelles les familles ont recours. Les montants maximaux sont cependant majorés de 10 % lorsque la personne travaille et doit faire garder ses enfants à des horaires spécifiques¹.

Dans sa version actuelle, le CMG solvabilise imparfaitement les familles. Comme le rapport de la commission le notait², le CMG induit des restes à charge élevés pour les familles aux revenus modestes rendant quasiment impossible le recours à un mode de garde individuel. **La réforme de 2022 vise à rendre ces modes de garde plus accessibles en transformant le CMG en prestation linéaire selon les ressources de la famille et le nombre d'heures de garde ou d'accueil.** Le CMG réformé cherche donc à égaliser le taux d'effort financier entre les familles recourant à une assistante maternelle rémunérée au coût médian et celles recourant à une crèche collective financée par la prestation de service unique (PSU).

¹ De 22 heures à 6 heures en semaine ou dans une période intervenant un dimanche ou un jour férié, si ce nombre d'heures de garde à des horaires spécifiques excède 25 heures au cours d'un même mois.

² Commission des affaires sociales du Sénat, rapport n° 99 (2022-2023), tome II, commentaire de l'article 36.

Plus précisément, l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de l'article 86 de la LFSS pour 2023, définit la seconde aide du CMG en fonction d'un barème prenant en considération les nouveaux paramètres que sont :

- les ressources du ménage dans la limite d'un plancher et d'un plafond ;
- le nombre d'enfants à charge ;
- la charge d'un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale ;
- le mode d'accueil rémunéré à savoir le recours à une assistante maternelle ou l'emploi d'une garde d'enfant à domicile ;
- le nombre d'heures d'accueil ou de garde ;
- le cas échéant, les périodes d'accueil ou de garde ;
- le salaire net versé au salarié, auquel s'ajoute également, pour les assistantes maternelles, les indemnités et fournitures destinées à l'entretien de l'enfant.

Réforme introduite à l'article 86 de la LFSS pour 2023

Selon les informations qui avaient été communiquées en 2022 par la direction de la sécurité sociale (DSS) au rapporteur, le montant mensuel du CMG « rémunération » devait suivre la formule suivante, fixée par un décret non encore paru :

$$\text{Montant} = \text{coût horaire de la garde} \times \text{nombre d'heures de garde} \times \left(1 - \frac{R}{R_e}\right)$$

Dans cette formule :

- R correspond aux ressources annuelles du foyer - dans la limite d'un plancher égal au montant socle du revenu de solidarité active (RSA) pour un parent isolé avec un enfant soit 712,33 euros par mois - et d'un plafond - 6 000 euros en 2022 - identiques à ceux du barème des EAJE sous PSU ;

- Re correspond au niveau de ressources de référence permettant d'égaliser les taux d'effort avec les EAJE financés par la PSU.

Re et $\left(1 - \frac{R}{R_e}\right)$ permettent de définir le coefficient de prise en charge du coût de la garde en visant un taux d'effort horaire identique, applicable quel que soit le niveau de revenu de la famille dans la limite du plancher et du plafond de ressources pour une configuration familiale donnée, pour un niveau de coût horaire de garde médian observé.

Ainsi, dans le cas du recours à un assistant maternel agréé, pour le calcul du montant de CMG qui sera versé à un foyer pour un enfant accueilli, les taux d'effort horaires sont les mêmes que ceux en EAJE (exemple : 0,062 % pour un enfant à charge dans le foyer), si la famille rémunère son salarié au coût médian, soit 4,39 euros en 2021.

2. Les ajustements proposés au présent article

Inséré par un amendement gouvernemental, retenu dans le texte transmis au Sénat, le présent article comporte plusieurs modifications paramétriques de la réforme de l'an passé.

a) Prendre en compte les rémunérations élevées versées aux assistantes maternelles ou salariés à domicile

- En premier lieu, le présent article supprime – au a du 1° du I – la disposition¹, introduite en 2022, conditionnant le bénéfice du CMG à une rémunération horaire versée au salarié inférieure au plafond fixé par décret. Le Gouvernement, dans l'exposé sommaire de l'amendement, justifie son intention de revenir sur cette disposition de la réforme par la volonté de ne pas exclure certaines familles du droit au CMG. Le 1° du III propose la suppression de la même disposition, au sein de l'ordonnance n° 2021-1553 du 1^{er} décembre 2021², concernant la réforme à Mayotte³.

- En revanche, le présent article – aux b et c du 1° du I – vise à réintroduire un plafond pour la prise en compte :

- des cotisations et contributions sociales pour la première partie du CMG. Le niveau et les modalités de calcul du plafond seraient déterminés par décret ;

- de la rémunération versée au salarié. Le niveau et les modalités de calcul du plafond seraient également déterminés par décret, lequel pourra différencier les limites selon que la garde est assurée par une assistante maternelle ou un salarié à domicile.

Le dispositif permettrait donc aux familles versant une rémunération élevée à leur salarié de ne pas être exclues du CMG mais de tout de même percevoir une prestation plafonnée. Ces familles supporteraient donc un reste à charge plus élevé que les autres familles se conformant au plafond.

b) Supprimer la prise en compte de la période d'accueil ou de garde

- Au sein des paramètres du nouveau barème du CMG « rémunération », qui entreront en vigueur en 2025, le c du 1° du I propose de supprimer celui tenant aux périodes d'accueil ou de garde⁴. Ce critère législatif vise à tenir compte des horaires atypiques d'accueil ou de garde, par une majoration du CMG, comme les modalités de calcul de la prestation actuelle le permettent (voir *supra*).

¹ Au I de l'article L. 531-5 dans sa rédaction résultant de l'article 86 de la LFSS pour 2023.

² Ordonnance n° 2021-1553 du 1^{er} décembre 2021 relative à l'extension, à l'amélioration et à l'adaptation de certaines prestations de sécurité sociale à Mayotte.

³ Le CMG « emploi direct » n'est pas encore servi à Mayotte et entrera en vigueur, dans la version actuelle, selon les règles de calcul en vigueur, avant de bénéficier de la réforme du mode de calcul prévue en 2025.

⁴ Le présent article propose de supprimer le 5° du III de l'article L. 531-5 dans sa rédaction résultant de l'article 86 de la LFSS pour 2023.

Selon les informations transmises par la direction de la sécurité sociale (DSS) au rapporteur, les échanges techniques entre la DSS et les caisses de prestations familiales ont depuis révélé, d'une part, « *que la majoration horaire atypique était peu employée [...] cette majoration représent[ant] 0,17 % des bénéficiaires du CMG en 2022* ». D'autre part, cette majoration n'emporte pas de réelles conséquences sur la rémunération versée : « *Les horaires atypiques ont peu d'effet sur la rémunération des assistantes maternelles ou des gardes d'enfants à domicile puisque l'écart de salaire moyen ne s'élève qu'à 0,7 % entre un salarié effectuant des horaires atypiques et un qui n'en effectue pas. Pour les gardes d'enfant à domicile, cet écart est négatif (- 1,3 %) du fait des dispositions de la convention collective.* » Enfin, l'intégration d'une majoration englobante pose des difficultés alors que le CMG dans sa future version est « horaire ».

c) Décaler l'entrée en vigueur de la réforme

- Le 2° du III propose de reporter l'entrée en vigueur de la réforme du 1^{er} juillet 2025 au 1^{er} septembre de la même année. Il s'agit ainsi, selon le Gouvernement, de « *faire coïncider la date d'entrée en vigueur de la réforme du CMG avec le début de l'année scolaire [...] Le CMG rénové sera ainsi calculé sur le recours réel à un mode de garde individuel puisque les contrats de travail peuvent être renouvelés ou modifiés entre juillet et septembre afin de s'ajuster aux évolutions du besoin de garde des parents. Ce décalage facilitera également l'appropriation par les parents de ce nouveau dispositif ainsi que la relation entre Pajemploi et les usagers au moment de transition entre l'ancien et le nouveau système.* »

- En conséquence, le *a* du 3° apporte une précision rédactionnelle quant à la période de référence retenue pour l'application du dispositif de compensation des ménages désavantagés par la réforme.

- Enfin, le *b* du III précise que le complément différentiel, dû à ces ménages perdants, sera soumis à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

d) Coordonner la réforme à venir et le dispositif de la PreParE

L'article L. 531-9 du code de la sécurité sociale prévoit les conditions de cumul du CMG et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE). Un parent bénéficiaire de la PreParE à taux plein - et donc interrompant complètement son activité professionnelle - ne peut pas bénéficier du CMG, sauf s'il est en période de reprise d'activité¹.

¹ Dérogation prévue au VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale. Sur cette base légale, l'article D. 531-16 du même code prévoit que le versement de la PreParE à taux plein est prolongé de deux mois en cas de reprise d'une activité professionnelle du parent bénéficiaire lorsque l'enfant est âgé d'au moins dix-huit mois et de moins de trente mois.

En revanche, aux termes du même article, un montant réduit de CMG peut être cumulé avec la PreParE à taux partiel dans des conditions fixées par décret. Le VIII de l'article D. 531-23 du même code prévoit donc que lorsqu'un membre du couple ou le parent isolé exerce une activité au plus égale à 50 % et bénéficie de la PreParE à taux partiel, les montants maximaux de CMG « structure » sont divisés par deux. Le pouvoir réglementaire n'a donc pas prévu le cumul du CMG « emploi direct » et de la PreParE.

- Le 2° du I propose de modifier l'article L. 531-9 précité afin de préciser que le cumul envisageable de CMG, à un montant réduit, ne concerne que le CMG « structure », défini à l'article L. 531-6 du même code. Cette modification entrerait en vigueur – selon le IV du présent article – à une date fixée par décret et, au plus tard, le 1^{er} septembre 2025.

Cette modification est présentée par l'exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement comme une « coordination légistique » avec la réforme du CMG à venir et semble mettre en conformité la pratique et le règlement, jusqu'alors *contra legem*, avec la loi.

B. Mise en œuvre du tiers payant pour le CMG « structure » : repousser encore l'entrée en vigueur de la réforme

En l'état du droit, les familles bénéficiaires du CMG « structure » payent la totalité des frais de garde à la structure tandis que le CMG leur est versé *a posteriori* par l'organisme débiteur de prestations familiales (ODPF).

Cette avance de trésorerie étant une difficulté pour certaines familles, l'article 70 de la LFSS pour 2019¹ a modifié l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le **CMG peut être versé directement à l'association ou l'entreprise selon un principe de tiers payant**. Le CMG « emploi direct » fait, quant à lui, l'objet d'un tiers payant par l'intermédiaire de la plateforme *Pajemploi* depuis 2019.

La LFSS pour 2019, compte tenu des adaptations importantes que nécessite la mise en place de ce tiers payant pour les organismes de sécurité sociale, avait prévu une entrée en vigueur différée **au 1^{er} janvier 2022**. Les difficultés rencontrées pour l'application du dispositif avaient conduit le Gouvernement à demander un premier report de l'entrée en vigueur de l'article 70 de la LFSS pour 2019 à **une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} septembre 2024**. Ce report avait été adopté en LFSS pour 2022².

- Le II du présent article modifie de nouveau le IV de l'article 70 de la LFSS pour 2029 afin de différer l'entrée en vigueur du 1^{er} septembre 2024 au 1^{er} septembre 2026.

¹ Le 3° du I de l'article 70 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

² Article 103 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

II - La position de la commission : un article paramétrique sans étude d'impact

1. Les ajustements proposés à la réforme du CMG « emploi direct »

Sans enthousiasme, la commission prend acte des difficultés techniques que le Gouvernement dit avoir rencontrées dans la mise en œuvre de la réforme du CMG « emploi direct ». Elle regrette que le présent article n'ait pas été intégré au texte initial et que le Parlement se retrouve ainsi privé d'étude d'impact détaillant les travaux techniques engagés depuis l'adoption de la LFSS pour 2023. Toutefois, la commission partage le souhait du Gouvernement **de ne pas exclure purement et simplement du droit au CMG rénové les familles versant une rémunération trop élevée à leur salarié** ; elle souscrit donc à la modification nécessaire proposée sur ce point.

S'agissant de la disposition visant à supprimer toute majoration pour horaire de garde atypique, la commission prend bonne note des informations transmises par la DSS indiquant que cette majoration est aujourd'hui très peu demandée par les familles. Cependant, elle ne partage pas les conclusions que le Gouvernement en tire et souhaite **maintenir une prise en considération possible des horaires atypiques de garde pour les parents travaillant de nuit ou le week-end**. Attentive à ce que la réforme réponde à toutes les situations des familles, la commission a adopté un **amendement n° 336** de son rapporteur maintenant au sein du code de la sécurité sociale cette prise en compte dans le nouveau barème de la prestation.

2. Le report du tiers payant pour le CMG « structure »

La commission regrette et s'étonne que le Gouvernement demande un nouveau report à l'horizon de 2026 de l'entrée en vigueur d'une réforme votée en LFSS pour 2019. Il est d'autant plus regrettable que ce report est proposé par voie d'article additionnel, inséré par amendement du Gouvernement, alors même que le texte initial contenait l'article 5, lequel propose de différer la réforme, connexe, du déploiement de l'avance des aides à la garde des jeunes enfants¹.

L'annexe 9 au PLFSS note ainsi, au sein de l'étude d'impact de l'article 5, que « *la mise en œuvre de l'avance immédiate pour les parents ayant recours à un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE) et bénéficiant de la prestation sociale du CMG "structure" ne pourrait être mise en place qu'à l'issue de la réforme du tiers payant qui sera mise en place par la branche famille* »² mais reste par ailleurs silencieuse sur les difficultés rencontrées pour cette mise en œuvre du tiers payant.

¹ Cf. les commentaires supra concernant l'article 5 du présent PLFSS.

² Annexe 9, p. 12.

Déplorant ce second report d'une réforme annoncée par le Gouvernement en 2018, votée par le Parlement cette même année et attendue depuis par les familles, la commission a adopté un **amendement n° 337** de son rapporteur supprimant cette disposition de report.

La commission propose d'adopter cet article modifié par les amendements qu'elle a adoptés.

Article 46 quater (nouveau)

**Rapport au Parlement sur la mise en œuvre
de la prestation partagée d'éducation de l'enfant**

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, vise à demander au Gouvernement la remise d'un rapport sur la prestation partagée d'éducation de l'enfant et les voies possibles d'une réforme de cette prestation.

La commission propose de supprimer cet article.

I - Le dispositif proposé

En parallèle des dispositions prévoyant le congé parental d'éducation (CPE) permettant à un salarié de suspendre son contrat de travail¹, **les parents d'enfants de moins de trois ans, interrompant leur activité, peuvent bénéficier d'une prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) sous condition d'activité antérieure**². La PreParE a été instauré par la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes en lieu et place du complément de libre choix d'activité (CLCA).

Cette réforme avait pour objectif de réduire l'éloignement des mères de l'emploi et d'inciter au partage du congé parental d'éducation au sein du couple. À cette fin, la durée maximale de versement de la PreParE pour les couples, de deux enfants ou plus, au sein desquels un seul parent interrompt son activité a été réduite de trois à deux ans.

¹ Article L. 1225-47 du code du travail.

² Article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

Durées de versement de la PreParE

	1 enfant	2 enfants et plus	Naissance multiple
Parents en couple	Chaque parent peut bénéficier de six mois de versement avant le premier anniversaire de l'enfant.	Chaque parent peut bénéficier de 24 mois de versement avant les trois ans du dernier né.	Chaque parent peut bénéficier de 48 mois de versement avant les six ans des enfants.
Parent isolé	Le parent peut bénéficier d'un versement jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.	Le parent peut bénéficier d'un versement jusqu'aux trois ans de l'enfant.	Le parent peut bénéficier du versement jusqu'aux six ans de l'enfant.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

• Le présent article, introduit par quatre amendements identiques retenus par le Gouvernement, demande à ce dernier la **remise d'un rapport sur la mise en œuvre de la PreParE** et ses effets sur le recours au congé parental. Les dispositions proposées précisent également que « *ce rapport peut étudier l'hypothèse d'une réforme de l'indemnisation du congé parental (...)* ».

II - La position de la commission : un sujet bien documenté rendant inutile toute demande de rapport

La PreParE a fait l'objet de nombreux rapports d'évaluation, plus ou moins détaillés, qui ont pointé les nombreuses défaillances du dispositif¹. La commission s'est elle-même penché sur cette question, tout récemment, grâce aux travaux de ses rapporteurs Olivier Henno et Annie Le Houerou².

Le rapport sénatorial montre que, contrairement aux projections sous-tendant la réforme de 2014, les pères ne s'engagent pas davantage dans le partage des responsabilités parentales. Les rapporteurs de la commission notent ainsi : « *les pères bénéficiaires ont, en nombre, décru de 19 000 en 2014 à 15 000 pères en 2020. En proportion, ils ont néanmoins légèrement augmenté depuis 2014 pour atteindre 6,1 % des bénéficiaires de la prestation* »³.

¹ Voir par exemple : HCFEA, Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance, rapport adopté par le Conseil de la famille le 13 février 2019. Igas, Mission d'évaluation du congé parental d'éducation et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE), avril 2019. Commission des 1 000 premiers jours, Les 1000 premiers jours : là où tout commence, septembre 2020. Julien Damon, Christel Heydemann, Renforcer le modèle français de conciliation entre vie des enfants, vie des parents et vie des entreprises, rapport remis au Gouvernement en septembre 2021. Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022.

² Olivier Henno, Annie Le Houerou, Réformer l'indemnisation des congés parentaux pour donner un vrai choix aux familles, rapport d'information n° 761 (2022-2023) au nom de la commission des affaires sociales, 21 juin 2023.

³ Ibid. p. 32.

En outre, les familles se sont détournées de la PreParE qui a perdu 57,9 % de ses bénéficiaires de 2011 à 2021.

Le rapport de juin 2023 formule également des recommandations pour l'évolution de la prestation dans un scénario de réforme en deux temps. D'une part, une modification paramétrique pourrait, sans délai, être menée afin d'assouplir les conditions d'octroi de la prestation et revaloriser son montant. D'autre part, une solution de congé plus court et mieux rémunéré pourrait être envisagée dans une réflexion globale sur la politique d'accueil de la petite enfance.

Peu de temps après la parution de son rapport d'information, la commission a pris acte de l'annonce du Gouvernement d'une réforme à venir de l'indemnisation des congés parentaux. Ces annonces n'ont cependant pas pu se concrétiser, même sous une forme d'ajustements paramétriques, dans le présent PLFSS, ce que la commission ne peut que regretter.

Considérant le présent article comme pleinement satisfait, la commission n'a pas dérogé à sa position constante sur les demandes de rapport au Gouvernement. Elle a donc adopté un **amendement n° 338** de son rapporteur visant à supprimer l'article.

La commission propose de supprimer cet article.

Article 47

Objectif de dépenses de la branche famille

Cet article propose de fixer l'objectif de dépenses de la branche famille à 58 milliards d'euros.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

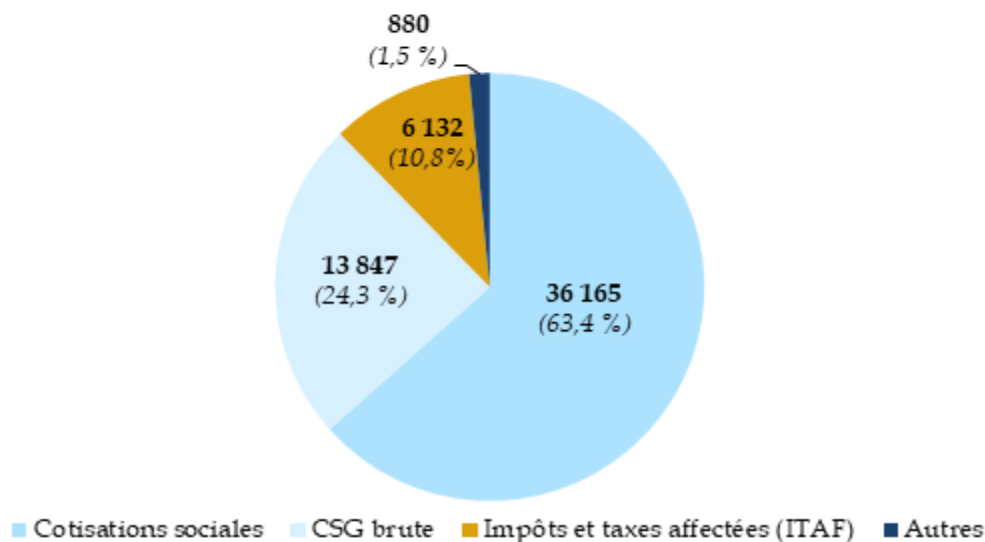
A. En 2023, l'excédent de la branche famille se réduirait de moitié pour atteindre un milliard d'euros

Après un exercice 2022 marqué par un excédent de 1,9 milliard d'euros, déjà en réduction d'un milliard d'euros par rapport à 2021, **l'année 2023 verrait l'excédent de la branche poursuivre son amenuisement en se fixant à un milliard d'euros.**

En 2023, selon la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS), **les recettes devraient s'élever à 57,0 milliards d'euros, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2022.** Cette progression serait portée par l'ajustement des salaires à l'inflation et la réattribution depuis la Cnam d'une quote-part quasiment complète de la taxe sur les salaires correspondant à un milliard d'euros.

Le produit de la CSG augmenterait de 4,6 % tandis que la progression des produits des cotisations sociales (+ 4,9 %) serait cependant limitée par les revalorisations du Smic renforçant les allègements généraux.

Prévision de recettes de la branche famille en 2023
en milliers d'euros



Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023, p. 183

Les dépenses en 2023 devraient atteindre 56,0 milliards d'euros, soit une forte hausse de 9 % par rapport à 2022.

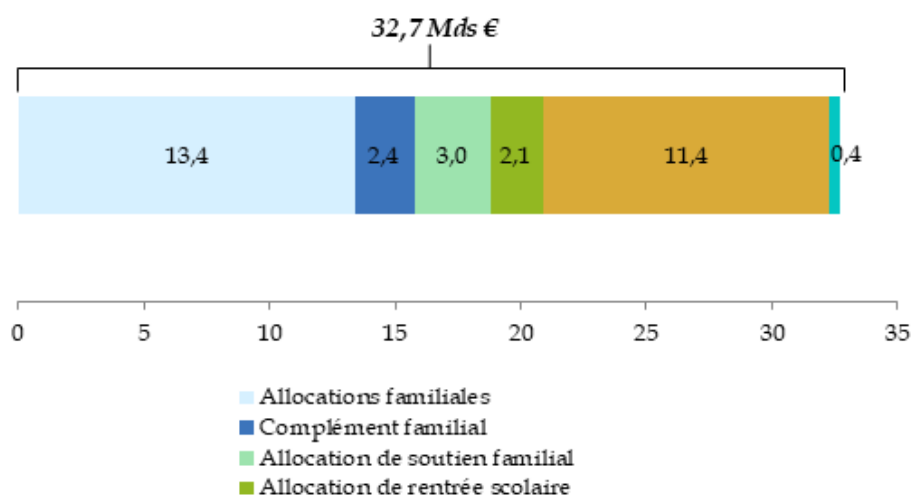
Cette nette augmentation des charges s'explique par le transfert pérenne depuis l'assurance maladie des dépenses d'indemnités journalières liées au congé maternité post-natal (+ 2 milliards d'euros)¹ et la revalorisation de l'allocation de soutien familial (ASF) qui prendra effet en année pleine en 2023².

¹ Décidé par l'article 20 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

² Décret n° 2022-1370 du 27 octobre 2022 relatif à la revalorisation de l'allocation de soutien familial.

Projection des dépenses de prestations familiales légales

(en milliards d'euros)



Source : Rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023, p. 183

Hors ces deux mesures, la hausse des dépenses s'établit à 3,4 % portée par l'indexation de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) sur l'inflation. Toutefois, la CCSS souligne que la hausse des revenus pour l'année 2021 (+ 4,8 %) et la reprise de l'activité ont conduit les ressources de nombreux allocataires à excéder les plafonds ou seuils pour le bénéfice des prestations - ces derniers étant revalorisés dans une moindre proportion (+ 1,6 %). De même, la natalité déclinante modère globalement les dépenses de la branche (voir encadré ci-dessous).

La dynamique en volume des prestations familiales au prisme de la baisse des naissances

Depuis 2014, la diminution continue des naissances, contredite par la seule année 2021 et le rebond de la natalité post-covid, joue tendanciellement à la baisse quant au volume des prestations légales de la branche famille.

Pour 2023, le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale et le PLFSS se fondent sur l'hypothèse d'une baisse des naissances de 5,5 % (compte tenu de l'estimation à - 6,8 % de la baisse de la natalité sur le premier semestre 2023). Toutefois, l'augmentation anticipée du recours aux microcrèches tempère l'effet de cette diminution sur le volume de prestations légales familiales, lequel devrait connaître une croissance de 0,1 % en 2023.

Source : Rapport à la CCSS, septembre 2023

Certes moindre qu'en 2022, la hausse des dépenses de prestations extralégales resterait assez forte (+ 4,9 % pour atteindre 6,8 milliards d'euros). Ce dynamisme traduirait la mise en œuvre des mesures annoncées dans le cadre du service public de la petite enfance. Les dépenses du Fonds national d'action sociale (Fnas), portées par la revalorisation de la prestation de service unique (PSU), augmenteraient ainsi de 6,4 %.

B. L'exercice 2024 serait marqué par un excédent stable à 0,9 milliard d'euros

Les recettes de la branche progresseraient plus modérément qu'en 2023 pour atteindre 58,8 milliards d'euros en 2024 dans un contexte de ralentissement de l'inflation et donc de décélération de la masse salariale du secteur privé (+ 3,9 % après + 6,3 % en 2023). En outre, l'article 10 du présent PLFSS prévoit un transfert de taxe sur les salaires à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour le financement de l'effet en année pleine de la prise en charge de l'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) et les cotisations des aidants ayant arrêté de travailler (AVA). **Ce transfert minorerait les recettes de taxe sur les salaires de la Cnaf de 92 millions d'euros.**

Les dépenses de la branche connaîtraient en 2024 une croissance similaire à 2023 (+ 3,6 %), résultat agrégé de trois dynamiques distinctes :

- l'inflation continuerait à porter les dépenses de prestations légales (+ 3,3 %) ;
- la baisse de natalité induirait un effet volume légèrement négatif ;
- les dépenses du Fnas augmenteraient de 7,8 % par rapport en 2023.

Le présent article propose ainsi de fixer l'objectif de dépenses de la branche famille à 58,0 milliards d'euros.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement n'a retenu aucun amendement à cet article dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

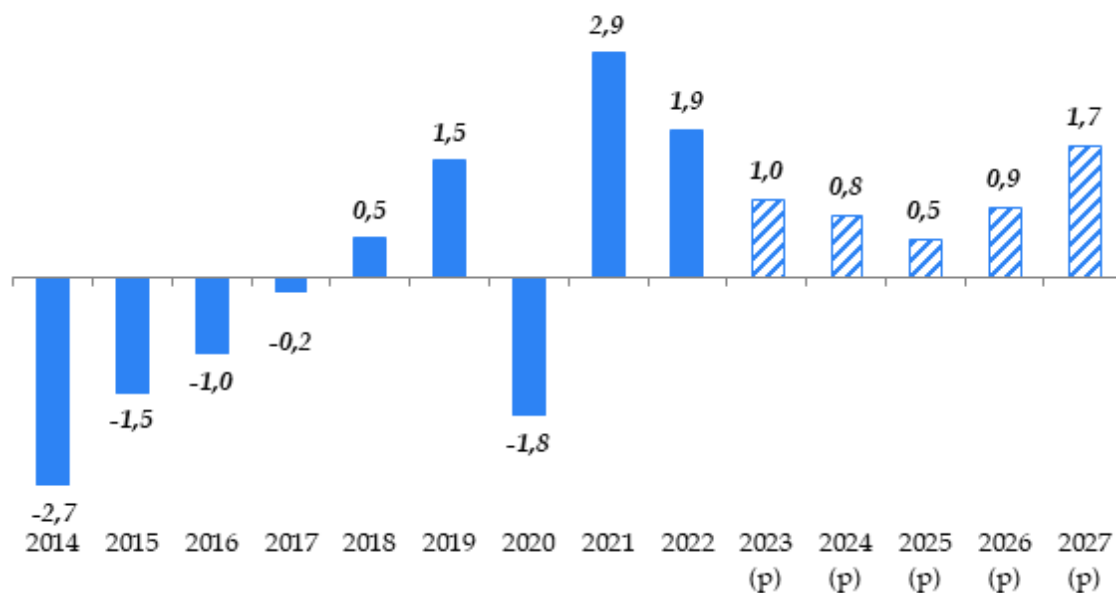
III - La position de la commission

La commission prend acte de l'objectif de dépenses pour 2024 qui, en comparaison des dépenses attendues pour 2023, correspondent à une augmentation de 3,6 %. Plutôt qu'une ambition forte pour une politique familiale globale, cette hausse traduit l'effet de l'inflation sur les dépenses légales de la branche, ainsi que la croissance des dépenses du Fnas en faveur des établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE). Si cette hausse est, bien entendu, bienvenue, la commission demeure réservée quant à son caractère suffisant pour atteindre les objectifs élevés du chantier du service public de la petite enfance, à savoir la création de 100 000 solutions d'accueil d'ici 2027 et 200 000 d'ici 2030.

Comme l'année dernière, la commission constate que les perspectives financières pluriannuelles de la branche famille ne sont pas rassurantes en dépit du maintien en excédent des comptes de la Cnaf. Réduit artificiellement de deux milliards d'euros, en raison du transfert depuis la Cnam par la LFSS pour 2023 de la dépense des indemnités journalières maternité post-natales, cet excédent s'amenuiserait jusqu'à ne représenter plus que 500 millions d'euros en 2025.

Solde de la branche famille 2021-2027

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales du Sénat, d'après l'annexe B du PLFSS

La commission note que la réduction progressive des excédents ne laisse pas entrevoir les capacités de financement nécessaires aux réformes envisagées par le Gouvernement, soit la modification de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) et une réforme du financement des micro-crèches.

Une fois encore, la commission appelle à une prise de conscience collective quant au besoin d'une relance de la politique familiale alors que 2023 se dessine comme une année record quant au très faible niveau de naissances. L'Insee note ainsi qu'en cumul sur les neuf premiers mois de l'année, 40 000 naissances de moins (- 7,3 %) sont recensées en 2023 par rapport à 2022, année durant laquelle la natalité était déjà historiquement faible¹. Si la commission a bien pris note des propos de la ministre Aurore Bergé en réunion plénière², qui souhaite faire de la natalité une priorité politique, elle sera attentive à ce que ces déclarations se traduisent concrètement par des mesures favorables aux parents.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

Article 48

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Cet article fixe à 39,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2024.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Une nette dégradation du solde de la branche autonomie entre 2022 et 2023

Depuis 2021, les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sont ceux de la nouvelle branche autonomie. Son périmètre comprend, outre les dépenses préalablement financées par la caisse, les dépenses d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), transférées de la branche famille et couvertes par un transfert de CSG.

La branche autonomie contribue désormais à hauteur de 40 % à l'ensemble des financements publics dédiés à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, aux côtés de l'État (23 % en 2021), des autres branches de la sécurité sociale (21 %), des départements (15 %), ainsi que de l'Agefiph et du FIPHFP³ (1 %).

1. La branche autonomie a été excédentaire en 2022

Comme en 2021, la branche autonomie a été excédentaire en 2022 (**+ 240 millions d'euros**), l'augmentation des dépenses ayant été accompagnée d'une progression équivalente des recettes.

¹ Insee, « Nombre de naissances en 2023 - septembre 2023 : la baisse des naissances persiste », publication le 26 octobre 2023.

² Audition du 31 octobre 2023.

³ Fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique.

a) *Des dépenses en hausse soutenue*

Les dépenses de la CNSA au titre de 2022, atteignant 35,2 milliards d'euros, ont augmenté de 8,0 % par rapport à 2021. Elles ont notamment été tirées à la hausse par l'extension des revalorisations des accords du « Ségur de la santé » à l'ensemble des établissements médico-sociaux (« accords Laforcade », 0,5 milliard d'euros) et aux professionnels de la filière socio-éducative (conférence des métiers, 0,4 milliard d'euros), ainsi que par le financement de la revalorisation du point d'indice de la fonction publique de 3,5 % à compter de juillet 2022 (0,4 milliard d'euros). Ainsi, **les dépenses relevant de l'objectif global de dépenses (OGD) ont augmenté de 5,4 %, s'élevant à 28,2 milliards d'euros.**

L'objectif global de dépenses d'autonomie à destination des établissements et services médico-sociaux

Le financement des prestations des établissements et services médico-sociaux (ESMS) pour les personnes âgées en perte d'autonomie et pour les personnes en situation de handicap à la charge des organismes de sécurité sociale est subordonné à un « **objectif global de dépenses** » (OGD) qui constitue une **sous-partie de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)** voté en LFSS.

Cet objectif global, fixé chaque année par arrêté ministériel, était financé jusqu'en 2020, avant la création de la branche autonomie, par une contribution de l'assurance maladie, une fraction des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et de la CSG et, le cas échéant, une part des réserves de la CNSA.

La création de la branche autonomie a conduit à remplacer, à partir de 2021, la contribution de l'assurance maladie par l'affectation de recettes propres à la CNSA. Ainsi, l'OGD est désormais entièrement financé par la branche autonomie.

Pour 2023, l'OGD a été fixé à 30 millions d'euros, dont 15,3 millions d'euros pour les ESMS accueillant des personnes âgées dépendantes et 14,7 millions d'euros pour les ESMS accueillant des personnes handicapées¹.

Les dépenses d'AEEH ont fortement crû (+ 12,1 %) sous l'effet combiné de leur évolution structurelle, liée à une meilleure reconnaissance et à l'amélioration de la prise en charge chez l'enfant, et de la revalorisation anticipée des prestations de 4 % au 1^{er} juillet 2022². Elles ont atteint **1,4 milliard d'euros en 2022**, la prestation ayant bénéficié à 400 000 foyers et 435 000 enfants.

¹ Arrêté du 18 avril 2023 fixant pour l'année 2023 l'objectif de dépenses et le montant total annuel des dépenses pour les établissements et services relevant de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles et fixant le montant mentionné à l'article L. 314-3-4 du même code.

² Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat – Article 9.

Les transferts aux départements ont nettement augmenté (+ 14,1 %, 3,9 milliards d'euros), la branche autonomie étant porteuse de la réforme du financement des services à domicile prévue par la LFSS pour 2022. Cette réforme conduit notamment à l'application d'un **tarif plancher** à respecter par les départements pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), en contrepartie d'une compensation financière de la CNSA.

L'application d'un tarif plancher pour les services à domicile

La LFSS pour 2022¹ a créé un **tarif minimum de valorisation d'une heure d'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de prestation de compensation du handicap (PCH) et d'aide-ménagère** pour les Saad prestataires à compter du 1^{er} janvier 2022. Son montant a été fixé par arrêté ministériel à **22 euros en 2022**².

Au 1^{er} septembre 2021, le tarif horaire moyen était de 21,39 euros pour l'APA et de 20,91 euros pour la PCH. Seules trois collectivités appliquaient déjà des tarifs égaux ou supérieurs à 22 euros avant 2022. **La mise en œuvre du tarif plancher en 2022 a ainsi permis de revaloriser 63 % des heures d'APA et 65 % des heures de PCH payées par les départements.**

En conséquence, 98 collectivités ont bénéficié d'une compensation intégrale de la CNSA pour un **montant total de 189,4 millions d'euros**.

L'impact de la mise en place du tarif plancher sur le reste à charge des usagers est incertain : une enquête menée par la CNSA auprès des départements et des fédérations locales du domicile sur les données de 2021 et 2022 fait apparaître que, pour 35 % des 52 départements répondants, cette mesure a fait diminuer le reste à charge tandis que 23 % estiment le contraire. Les avis des fédérations locales sont également partagés : 27 % pensent que l'instauration d'un tarif plancher a fait augmenter le reste à charge et 27 % qu'elle l'a fait diminuer³.

b) Des recettes dynamiques

Les recettes, constituées à 88 % de produits de la CSG, ont été en **forte hausse (+ 7,9 %)** en raison notamment du dynamisme de la masse salariale du secteur privé (+ 8,7 %). Ainsi, le produit de la CSG assise sur les revenus d'activité a crû de 8,4 % et celui de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de 7,0 %. Le produit de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) a également progressé (+ 5,7 %), tiré par son assiette⁴.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 - Article 44.

² Arrêté du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal mentionné au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant son montant pour 2022.

³ Source : réponse du Gouvernement au questionnaire des rapporteurs.

⁴ La CASA est assise sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite.

En outre, la branche a bénéficié d'une **fraction supplémentaire de taxe sur les salaires** en compensation de la « PCH parentalité »¹ et de la prise en charge du conventionnement des établissements belges accueillant des adultes français en raison de leur handicap².

2. La branche serait déficitaire en 2023

Le solde de la CNSA se dégraderait nettement en 2023, son solde s'établissant à **- 1,1 milliard d'euros**.

a) Des dépenses à nouveau en forte hausse

Les dépenses de la branche connaîtraient une nouvelle hausse soutenue cette année (+ 7,7 %).

L'OGD progresserait de 8,7 % dans le champ des personnes âgées et de 5,4 % dans le champ des personnes handicapées, soit une **hausse globale de 7,1 %** qui le porterait à 30,2 milliards d'euros. Cette progression reflète notamment le financement de la hausse du point d'indice de juillet 2022 et des annonces salariales de juin 2023 (+ 0,6 milliard d'euros).

L'AAEH poursuivrait sa croissance tendancielle (+ 7,0 %, 1,5 milliard d'euros).

Les transferts versés par la CNSA demeureraient dynamiques (+ 11,3 %, 6,0 milliards d'euros), portés par la progression encore soutenue des **concours aux départements (+ 6,7 %)**.

Cette progression reflète notamment la création par la LFSS pour 2022, à compter du 1^{er} septembre 2022, de la **dotation complémentaire destinée à financer des actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager** que des services à domicile, retenus à la suite d'un appel à candidatures organisé par le département, s'engagent à mettre en œuvre dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)³. Cette dotation est d'un montant de **3 euros par heure en moyenne**, indexé sur l'inflation. La CNSA compense intégralement ce surcroît de dépenses par un concours aux départements d'un montant de **322 millions d'euros en 2023**. En outre, le **tarif plancher** a été porté à **23 euros**⁴, si bien que 101 collectivités ont bénéficié d'une compensation de la CNSA d'un montant total de **296 millions d'euros**⁵.

¹ Décret n° 2020-1826 du 31 décembre 2020 relatif à l'amélioration de la prestation de compensation du handicap.

² Ces structures sont en cours de conventionnement et sont intégrées progressivement, depuis le 1^{er} janvier 2022, dans l'OGD.

³ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 – Article 44.

⁴ Arrêté du 30 décembre 2022 fixant le montant du tarif minimal mentionné au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles pour 2023.

⁵ Source : réponse du Gouvernement au questionnaire des rapporteurs.

Les dépenses de transferts intègrent en outre, à hauteur de 111 millions d'euros, le remboursement à la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), à compter de 2023, des cotisations d'assurance vieillesse des parents au foyer ainsi que des aidants ayant dû cesser leur activité (cf. encadré ci-après).

A contrario, les charges liées à l'investissement se replieraient de 28 % en raison du ralentissement des dotations liées au Ségur de la santé.

L'assurance vieillesse du parent au foyer et l'assurance vieillesse des aidants

L'assurance vieillesse du parent au foyer (AVPF) permet de prendre en compte, au titre de l'assurance vieillesse, les périodes d'interruption ou de réduction de l'activité professionnelle consacrées à l'éducation des enfants ou, jusqu'à la dernière réforme des retraites, à la prise en charge d'un proche en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Elle consiste à affilier automatiquement à l'assurance vieillesse du régime général les bénéficiaires de certaines prestations familiales ou allocations.

Les catégories de proches aidants éligibles à l'AVPF étaient :

- les bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) ;
- les bénéficiaires de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA) ainsi que les bénéficiaires du congé de proche aidant pour les périodes pendant lesquelles ils ne bénéficiaient pas de l'AJPA ;
- les travailleurs non salariés interrompant leur activité professionnelle pour s'occuper d'un membre de leur famille présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité.

Le PLFRSS pour 2023 a recentré l'AVPF sur le soutien à l'éducation des enfants et créé un dispositif spécifique pour le soutien aux aidants, dénommé assurance vieillesse des aidants (AVA)¹.

Ont été intégrés à l'AVA, outre l'ensemble des catégories d'aidants précédemment éligibles à l'AVPF :

- les bénéficiaires du complément d'AEEH, qui peut être accordé pour l'enfant dont le taux d'incapacité permanente est d'au moins 50 % et atteint d'un handicap dont la nature ou la gravité exige des dépenses particulièrement coûteuses ou nécessite le recours fréquent à l'aide d'une tierce personne ;
- les aidants des personnes adultes handicapées qui n'ont pas de lien familial avec l'aidant mais qui ont avec lui des liens étroits et stables, sans condition de cohabitation.

¹ Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 – Article 25.

Le financement de l'affiliation des personnes éligibles à l'AVA est assuré par **une cotisation d'assurance vieillesse à la charge des organismes débiteurs des prestations familiales**, calculée sur des assiettes forfaitaires. **La branche autonomie rembourse à la Cnaf les cotisations acquittées pour l'affiliation de l'ensemble des personnes éligibles à l'AVA, à l'exception des bénéficiaires de l'AJPP.**

La réforme des retraites a par ailleurs prévu que **les trimestres validés au titre de l'AVPF ou de l'AVA soient réputés cotisés pour la détermination de la durée d'assurance prise en compte pour l'accès à la retraite anticipée pour carrière longue**, dans la limite de quatre trimestres, et pris en compte, dans la limite d'un plafond fixé par décret, pour le décompte du minimum de 120 trimestres cotisés ouvrant accès au minimum contributif majoré.

Évolution des dépenses de la branche autonomie entre 2021 et 2023

(en millions d'euros)

	2021	2022	%	2023 (p)	%
CHARGES	32 568	35 169	8,0	37 886	7,7
PRESTATIONS SOCIALES	27 963	29 578	5,8	31 668	7,1
Prestations OGD (*)	26 753	28 207	5,4	30 196	7,1
OGD - Personnes âgées	14 172	14 260	0,6	15 495	8,7
OGD - Personnes handicapées	12 581	13 948	10,9	14 701	5,4
AEEH	1 213	1 360	12,1	1 455	7,0
Aide aux aidants	-4	8	--	15	++
Provisions et AN V nettes de reprises sur prestations	1	2	++	2	-18,8
TRANSFERTS	4 429	5 388	21,6	5 998	11,3
AVPF / AVA	0	0		111	
Transfert lié à la sous compensation des AG Unedic	0	0		0	
Subventions d'investissement (dont numérique)	584	582	-0,5	419	-28,0
Subventions aux fonds, organismes et départements	3 845	4 806	25,0	5 468	13,8
Participation aux dépenses du FIR	169	173	2,4	183	6,2
Concours versés aux départements	3 413	3 895	14,1	4 156	6,7
APA	2 534	2 638	4,1	2 766	4,9
PCH	637	885	38,9	918	3,8
Autres transferts aux départements	242	372	++	472	26,8
MDPH	92	93	1,7	99	6,6
Transfert pour les salariés des ESMS handicap non financés par l'OGD	0	115		134	
Actions de la prévention de la perte d'autonomie (au travers de la AVP)	150	152	1,8	195	28,0
Autres (Fonds de soutien aux départements en difficulté, fonds d'appui)	0	11	++	43	++
Autres subventions	263	739	++	1 129	++
Fonds d'urgence aux services d'aide à domicile, Fonds d'aide aux bonnes	0	15		0	--
Financement des SAAD	101	465	++	863	++
Dotation au fonctionnement des MDPH	78	79	1,9	81	2,1
Dépenses modernisation, professionnalisation et formation / emplois d'avenir	47	128	++	86	-32,5
Dépenses d'animation, prévention et études (hors charges de gestion courante)	20	19	-4,5	77	++
Autres (ATIH, ANAP, ANESM, ANAH, FCH)	17	33	++	22	-34,6

Source : DSS

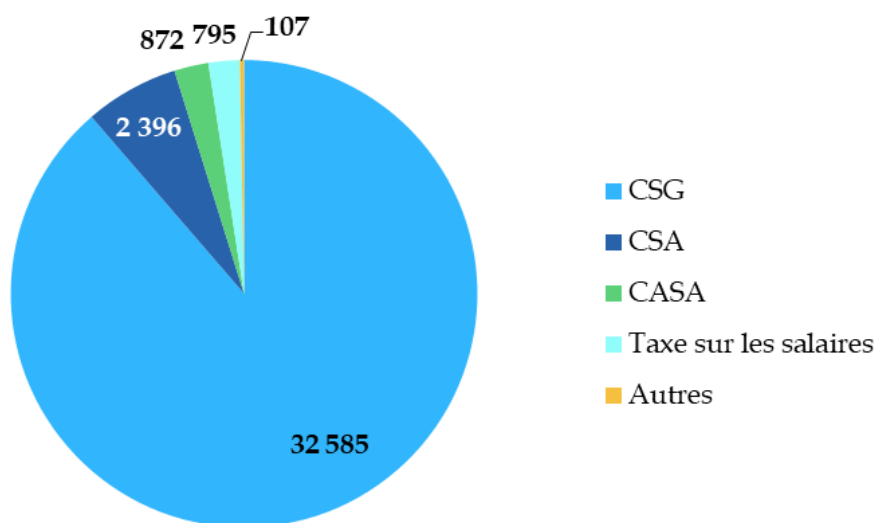
b) Le ralentissement des recettes

En revanche, **la croissance des recettes de la CNSA marqueraient le pas en 2023 (+ 3,8 %).**

Le ralentissement attendu de la croissance de la masse salariale du secteur privé a un impact sur les produits de la CSG (+ 4,6 %, 32,6 milliards d'euros) et de la CSA (+5,9 %, 2,4 milliards d'euros). Les recettes de contributions et d'impôts augmenteraient ainsi de 4,0 % (soit une hausse bien moindre que celle de 7,7 % enregistrée en 2022).

Prévisions de recettes de la branche autonomie en 2023

(en millions d'euros)



Source : Commission des affaires sociales

B. Les enjeux de la branche autonomie en 2024

1. Des perspectives financières temporairement améliorées

La CNSA bénéficiera en 2024 d'un **apport de 0,15 point de CSG**, prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie¹, en provenance de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). Ce complément de CSG représente **2,6 milliards d'euros de recettes supplémentaires**.

Par ailleurs, la progression des charges de la branche ralentirait, hors mesures nouvelles, à + 4,0 %².

Le PLFSS intègre une progression de 4,0 % de l'OGD, fixé à 31,5 milliards d'euros. Cette hausse est, une fois encore, différenciée entre le champ des personnes âgées (+ 4,9 %) et celui des personnes handicapées (+ 3,4 %). Elle comprend :

- un « **taux de reconduction** » s'élevant à + 0,86 % en tenant compte de l'évolution spontanée des charges et à **+ 1,51 % après prise en compte de l'effet en année pleine de la revalorisation du point d'indice** dans la fonction publique ;

- des **mesures nouvelles** dont le financement s'élèverait au total à **0,8 milliard d'euros en 2024**.

¹ Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie – Article 3.

² Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2023.

Mesures nouvelles financées par l'OGD en 2024

(en millions d'euros)

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles de l'OGD 2024
Mesures salariales et augmentation taux CNRACL	138	126	264
EHPAD	358	-	358
Domicile	120	3	123
Inclusion scolaire	-	31	31
Repérage et accompagnement précoce	-	44	44
Développement et transformation de l'offre PSH	-	170	170
Autres mesures	-	21	21
Total MN	616	396	1 011

Source : Annexe 7 du PLFSS

• Dans le champ des **personnes âgées**, ces mesures « nouvelles », qui résultent pour l'essentiel de la montée en charge de décisions prises les années précédentes, incluent le **recrutement d'environ 6 000 équivalents temps plein (ETP) en Ehpad**. Lors de la campagne présidentielle de 2022, le Président de la République avait annoncé le recrutement de 50 000 infirmiers et aides-soignants en établissements sur le quinquennat. Cet objectif s'est d'abord traduit par le financement de 3 000 recrutements en 2023, ce qui a soulevé de légitimes interrogations sur les étapes à franchir pour l'atteindre. Dans un deuxième temps, son horizon a été repoussé à 2030.

Selon les informations fournies par la DSS, 2 000 ETP sur les 6 000 ETP annoncés seront financés par l'actualisation des coupes « pathos » et le recentrage des résidents en Ehpad sur les GIR 1 et 2.

Les **120 millions d'euros dédiés au renforcement du virage domiciliaire** (cf. tableau *supra*) tiennent compte de la montée en charge de la réforme de la tarification des services à domicile ainsi que de la création de nouveaux services et de 50 nouveaux centres de ressources territoriaux (CRT).

Les mesures salariales incluent le financement des primes pour le travail de nuit, les dimanches et jours fériés, ainsi que le financement de la hausse du taux de cotisation à la CNRACL¹.

¹ Source : annexe 7 du PLFSS.

• Dans le champ des **personnes handicapées**, les mesures nouvelles s'inscrivent dans les engagements, formulés lors de la conférence nationale du handicap (CNH) d'avril 2023, de « *déployer 50 000 solutions nouvelles pour accompagner les choix de vie des personnes* » d'ici 2030 et de transformer l'offre existante. Outre 44 millions d'euros dédiés au repérage et à l'accompagnement précoce, en lien avec le nouveau service créé par l'article 38 du présent PLFSS¹, 170 millions d'euros seront consacrés au développement de diverses solutions pour les enfants et les adultes en situation de handicap et à l'installation des places programmées en région².

Les dépenses d'AAEHH continueraient d'augmenter à un rythme soutenu (+ 9 %, 1,6 milliard d'euros).

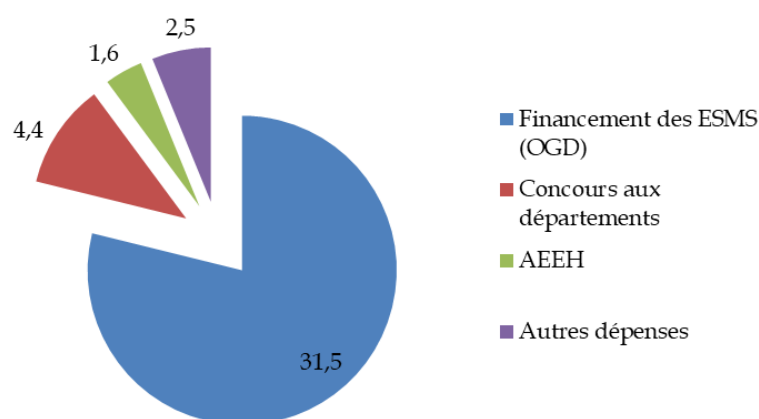
Les transferts à la charge de la CNSA resteraient dynamiques (+ 9,6 %). Ils sont notamment tirés par la montée en charge des mesures en faveur des services à domicile (tarif plancher, dotation qualité, entrée en vigueur des « heures de convivialité »³). En particulier, la LFSS pour 2023 a mis en place, à compter de 2024, un dispositif régulier de revalorisation du tarif plancher : la règle d'indexation est désormais alignée sur celle de la majoration pour aide constante d'une tierce personne. Celle-ci est révisée chaque 1^{er} janvier en tenant compte de l'inflation passée⁴.

L'AVPF et l'AVA monteraient également en charge, entraînant un quasi triplement des dépenses entre 2023 et 2024 (326 millions d'euros).

À l'inverse, les charges liées à l'investissement poursuivraient leur reflux (- 20,7 %, 332 millions d'euros).

Répartition des dépenses de la branche autonomie en 2024

(en milliards d'euros)



Source : Commission des affaires sociales (données DSS)

¹ Pour plus de précisions, voir le commentaire de l'article 38.

² Source : annexe 7 du PLFSS.

³ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Article 75.

⁴ Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – Article 71.

Au total, la CNSA serait en net excédent en 2024 (+ 1,3 milliard d'euros). Cet excédent devrait toutefois s'éroder progressivement sous l'effet du dynamisme tendanciel des dépenses pour s'établir à + 0,4 milliard d'euros en 2027 (cf. tableau ci-après). Ainsi, **à moyen terme, la question de l'équilibre de la branche ne cessera pas de se poser sans création de ressources nouvelles**, dans un contexte de vieillissement de la population et de besoins encore insatisfaits.

Perspectives pluriannuelles des comptes de la branche autonomie

(en milliards d'euros)

	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Recettes	35,4	36,8	41,2	42,5	43,7	45,2
Dépenses	35,2	37,9	39,9	41,5	43,0	44,7
Solde	+ 0,2	- 1,1	+ 1,3	+ 1,0	+ 0,7	+ 0,4

Source : Annexe B du PLFSS pour 2024

Cet article propose donc de fixer à 39,9 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2024.

2. Dans le champ des personnes âgées, la poursuite du virage domiciliaire

a) La restructuration en cours de l'offre de services à domicile

L'article 44 de la LFSS pour 2022 a engagé une réforme de l'organisation des services d'aide et de soins à domicile. Celle-ci doit se concrétiser par **l'unification des différents types de services existants** – services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) – **dans une même catégorie de « services autonomie à domicile » (SAD)**, intégrant les activités de soins, d'aide et d'accompagnement, et devant répondre aux conditions minimales de fonctionnement fixées par un cahier des charges national¹.

¹ Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 – Article 44.

Le décret d'application de cette réforme a été pris le 13 juillet 2023¹, lui permettant d'entrer en vigueur le 30 juin. À compter de cette date, il existe deux sous-catégories de services autonomie à domicile :

- des SAD « mixtes » dispensant à la fois de l'aide et des soins² ;
- des SAD « aide » ne dispensant que de l'aide³. En cas de besoin de soins, ils devront mettre en relation les personnes accompagnées avec un professionnel de santé proposant des soins infirmiers.

Les SAD sont autorisés sur un territoire unique, tant pour l'aide que pour les soins, et sous la forme d'une entité juridique unique.

Lorsqu'ils dispensent à la fois de l'aide et des soins (SAD « mixtes »), ils bénéficient d'une **dotatation de coordination** destinée à leur permettre de mettre en œuvre un fonctionnement intégré répondant aux besoins des personnes.

Les Saad et les Spasad qui disposaient d'une autorisation au 30 juin sont désormais réputés autorisés comme SAD « aide » (pour les Saad) ou comme SAD « mixtes » (pour les Spasad). Ils disposent d'un délai de deux ans pour se mettre en conformité avec le cahier des charges fixé par le décret du 13 juillet 2023.

Quant aux Ssiad, ils disposent d'un délai de deux ans pour s'adjoindre une activité d'aide, fusionner ou se regrouper avec un ou plusieurs SAD et pour demander une autorisation en tant que SAD auprès de l'ARS et du conseil départemental. Après le 30 juin 2025, l'autorisation des Ssiad qui n'auront pas déposé une telle demande d'autorisation deviendra caduque.

Si cette réforme est généralement jugée vertueuse, le rapprochement des services se heurte en pratique à certaines difficultés : disparités des aires d'intervention⁴, pluralité des statuts⁵, qui peuvent s'avérer désincitatives ou rendre juridiquement impossible certaines fusions.

Le décret du 13 juillet 2023 prévoit cependant que les Ssiad peuvent solliciter l'autorisation de constituer un SAD par convention d'une durée maximale de trois ans avec un ou plusieurs services déjà autorisés pour l'activité d'aide et d'accompagnement à domicile, dans la perspective de la constitution d'un SAD doté d'une entité juridique unique à l'issue de cette période.

¹ Décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023 relatif aux services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et aux services d'aide et d'accompagnement à domicile relevant des 1° et 16° du I de l'article L. 312-1 du même code.

² Article L. 313-1-3 (1°) du CASF.

³ Article L. 313-1-3 (2°) du CASF.

⁴ Les Ssiad sont autorisés à intervenir auprès d'un nombre limité de personnes et sur une zone géographique précise tandis que les Saad ont une autorisation à l'échelle du département.

⁵ Les Ssiad existants sont majoritairement des associations à but non lucratif alors que les Saad appartiennent pour la plupart au secteur privé lucratif.

b) L'appui financier de la CNSA au domicile

L'appui financier de la CNSA au soutien à domicile repose sur plusieurs leviers. Il passe tout d'abord par le versement des **concours aux départements** pour le financement des aides individuelles (APA et PCH). La CNSA mobilise également son **budget d'intervention** pour financer plus directement la modernisation et la professionnalisation des Saad.

La caisse consacrera ainsi 62 millions d'euros sur son budget d'intervention 2023-2026 pour soutenir les conseils départementaux dans leurs actions en faveur de l'aide et de l'accompagnement à domicile des personnes âgées et handicapées dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt, notamment pour la transformation des services en SAD¹.

c) L'enjeu de la création de places

Les Ssiad ont connu, depuis 2020, une augmentation de leurs moyens afin notamment de financer les mesures de revalorisation salariales issues du Ségur de la santé.

Entre 2021 et 2022, le taux d'équipement en places de Ssiad et Spasad² a toutefois diminué dans la quasi-totalité des départements³.

En 2023, les Ssiad ont bénéficié de **financements visant à créer des places supplémentaires** (0,6 milliard d'euros)⁴. Pour 2024, une partie des 120 millions d'euros consacrés au domicile dans le cadre de l'OGD financeront la création de services.

Les auditions du rapporteur ont mis en évidence un **besoin de création massive de places** au cours des prochaines années pour répondre à la demande de services à domicile. Cet objectif se heurte toutefois aux profondes **difficultés de recrutement** que connaît le secteur.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Le Gouvernement n'a retenu aucun amendement à cet article dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale.

Cet article est considéré comme ayant été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

¹ Source : CNSA.

² Défini comme le nombre de places pour 1 000 personnes âgées de 75 ans et plus.

³ À l'exception du Val-de-Marne (source : réponses du Gouvernement au questionnaire des rapporteurs).

⁴ Source : annexe 7 du PLFSS.

III - La position de la commission

Dans le champ des personnes âgées, la dynamique de l'objectif global de dépenses devrait permettre un renforcement effectif du taux d'encadrement en Ehpad, cet objectif étant devenu une priorité depuis le scandale « Orpea ». Elle reste toutefois **en-deçà des besoins de recrutement dans les métiers du grand âge** : pour mémoire, le rapport El Khomri de 2019 estimait que 93 000 postes supplémentaires devraient être créés en cinq ans pour répondre au vieillissement démographique et améliorer les conditions de prise en charge des personnes âgées dépendantes¹.

Les réformes menées depuis 2022 devraient conduire à un renforcement et à une meilleure organisation des services à domicile. La création des services autonomie à domicile revient cependant à reproduire une dualité de financements qui pourrait poser les mêmes difficultés que pour les Ehpad².

Comme l'a indiqué Jean-René Lecerf, président de la CNSA, lors de son audition devant la commission des affaires sociales, les modalités de la compensation du coût de la mise en place du tarif plancher, qui ont pu générer des effets d'aubaine, « *ont laissé une amertume considérable dans nombre de départements, en particulier chez ceux qui avaient déjà fait l'effort d'avoir des tarifs plus élevés que la moyenne* »³.

Plus généralement, la CNSA verse aujourd'hui douze concours, d'un montant de 3,8 milliards d'euros, aux départements. Le PLFSS ne contient aucune mesure visant à les rationaliser. Une réforme de ces concours est attendue afin d'en améliorer la lisibilité et la transparence.

Dans le champ des personnes handicapées, la commission sera attentive à la traduction concrète des « 50 000 solutions » et au rythme annuel des créations de places, étant entendu que la branche autonomie n'est pas le seul financeur. Alors qu'une mesure nouvelle est prévue par le PLFSS concernant les jeunes enfants, une attention particulière devra être portée aux adultes en situation de handicap et à leurs proches aidants.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Plan de mobilisation nationale en faveur de l'attractivité des métiers du grand âge, *rapport de Mme Myriam El Khomri, octobre 2019.*

² *Pour plus de précisions, voir le commentaire de l'article 37.*

³ *Voir le compte rendu de l'audition du 18 octobre 2023 annexé au présent rapport.*

Article 49

**Prévisions des charges des organismes concourant au financement
des régimes obligatoires (FSV)**

*Cet article tend à fixer la prévision de charges du Fonds de solidarité
vieillesse (FSV) pour 2024.*

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

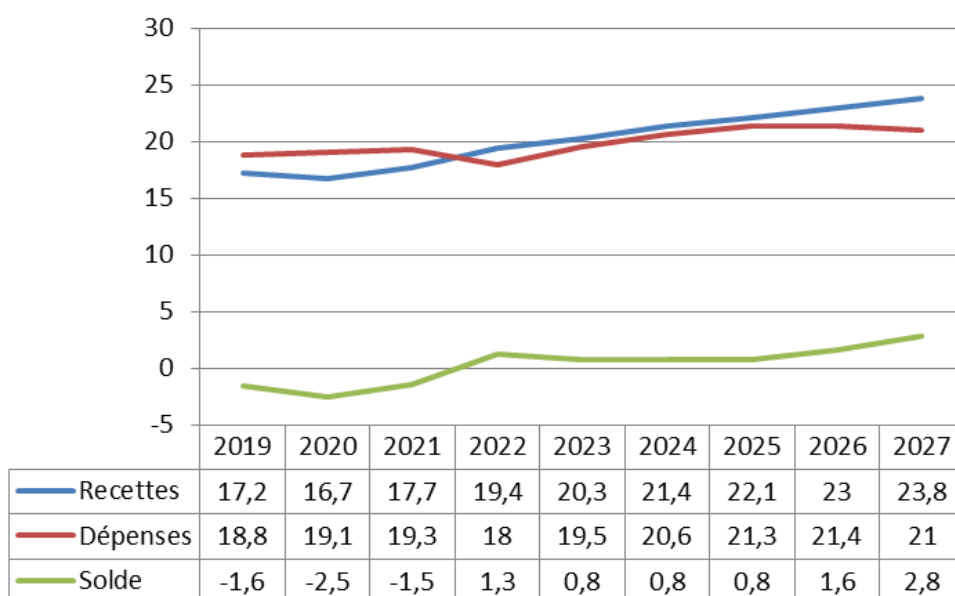
Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), établissement public de l'État à caractère administratif, a été créé par la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale, pour prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale. Ses produits sont intégralement constitués de CSG sur les revenus du capital et de remplacement.

Le présent article dispose que pour l'année 2024, les « prévisions des charges » des « organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale », c'est-à-dire du FSV, sont de 20,6 milliards d'euros.

L'annexe A au présent PLFSS montre que le FSV demeurerait excédentaire, comme c'est le cas depuis 2022.

Recettes, dépenses et solde du FSV

(en milliards d'euros)



Source : Placss 2022 (2019-2021), annexe A au présent PLFSS (2022-2027)

En effet, près des deux tiers des charges du FSV sont les cotisations au titre des périodes assimilées de chômage. Ainsi, en 2022 il a retrouvé un excédent (ce qui ne s'était pas produit depuis 2009), avec un résultat net de 1,3 milliard d'euros, consécutif notamment à la baisse du nombre de chômeurs.

Les dépenses du FSV sont en quasi-totalité à destination des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss). Les recettes et les dépenses de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et le FSV ne sont donc pas égales à la somme de celles du FSV et des Robss. Il est en revanche possible d'additionner les soldes.

Schématiquement, le passage du champ des seuls Robss au champ constitué par les Robss et le FSV augmente les recettes de 1,1 à 3,2 milliards d'euros et les dépenses de 0,4 milliard d'euros, d'où une amélioration du solde de 0,8 milliard d'euros à 2,8 milliards d'euros, correspondant également au solde du FSV.

**Impact de la prise en compte du FSV sur les recettes les dépenses
et le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss)**

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Robss hors FSV (A)									
Recettes	509,1	499,3	544,2	570,8	600,9	629,5	648,3	666,7	684,8
Dépenses	509,2	536,5	567,0	591,8	610,5	641,4	664,8	685,4	705,1
Solde	- 0,2	- 37,3	- 22,7	- 21,0	- 9,6	- 11,9	- 16,5	- 18,7	- 20,3
FSV									
Recettes	17,2	16,7	17,7	19,4	20,3	21,4	22,1	23,0	23,8
Dépenses	18,8	19,1	19,3	18,0	19,5	20,6	21,3	21,4	21,0
Solde	- 1,6	- 2,5	- 1,5	1,3	0,8	0,8	0,8	1,6	2,8
Robss + FSV (B)									
Recettes	508,0	497,2	543,0	572,5	602,1	630,7	649,4	668,7	688,0
Dépenses	509,7	536,9	567,3	592,1	610,9	641,8	665,2	685,8	705,5
Solde	- 1,7	- 39,7	- 24,3	- 19,7	- 8,8	- 11,2	- 15,8	- 17,1	- 17,5
Impact de la prise en compte du FSV (B-A)									
Recettes	- 1,1	- 2,1	- 1,2	1,7	1,2	1,2	1,1	2,0	3,2
Dépenses	0,5	0,4	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Solde	- 1,6	- 2,5	- 1,5	1,3	0,8	0,8	0,8	1,6	2,8

Source : Commission des affaires sociales, d'après le Placss 2022 (2019-2021) et l'annexe A au présent PLFSS

Compte tenu des transferts de dette du fonds à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) intervenus de 2020 à 2022, le FSV présentait fin 2022 un excédent cumulé (report à nouveau après affectation du résultat 2022) de + 784 millions d'euros.

II - Les modifications considérées comme adoptées par l'Assemblée nationale

Cet article est considéré comme ayant été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission

La commission prend acte de la prévision de charges du FSV pour l'exercice 2024 et **se félicite de son prompt retour à l'équilibre financier**, atténuant ainsi le déficit global de la branche vieillesse.

La perspective d'un excédent durable invite toutefois à s'interroger quant à l'opportunité d'une éventuelle affectation à la branche vieillesse, dont selon le présent PLFSS le déficit atteindrait 14 milliards d'euros en 2027, ou à la Cades, dont la dette résulte partiellement des déficits cumulés de la branche vieillesse, **d'une fraction de la CSG actuellement fléchée vers le Fonds**.

La commission propose d'adopter cet article sans modification.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 8 novembre 2023, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission procède à l'examen du rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 : Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale chargée des équilibres généraux, Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, Marie-Pierre Richer, rapporteure pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Pascale Gruny, rapporteur pour l'assurance vieillesse, M. Olivier Henno, rapporteur pour la famille, et Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie.

M. Philippe Mouiller, président. – Mes chers collègues, nous examinons ce matin le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Il s'agit, au regard des politiques et des sommes en jeu, d'un moment important. Ainsi, les objectifs de dépenses sur lesquels nous serons amenés à nous prononcer représentent un montant supérieur à 640 milliards d'euros, soit plus que le budget de l'État.

Je vous rappelle – ou j'indique à ceux d'entre vous qui sont nouveaux – que la procédure d'adoption de cette loi financière diffère de celle des lois « ordinaires ». En particulier, c'est le texte, considéré comme adopté par l'Assemblée nationale, qui sera examiné en séance publique par le Sénat.

Nous allons procéder tout d'abord à une discussion générale, c'est-à-dire, concrètement, une présentation, suivie d'un échange, de la rapporteure générale, puis de chacun des rapporteurs de branche.

Ensuite, nous nous prononcerons sur les amendements proposés par les rapporteurs. Les amendements que nous adopterons seront, non pas intégrés au texte, mais défendus en séance par nos rapporteurs, au nom de la commission.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – J'ai choisi de vous faire une présentation synthétique et didactique, en m'appuyant sur une série de diapositives.

Cette présentation débute par le rappel des trois périmètres des finances sociales en France. Le premier, constituant le « cœur » des lois de financement de la sécurité sociale, comprend les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Il représente environ 600 milliards d'euros. Le second regroupe les administrations de sécurité sociale (Asso), qui comprennent également la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), l'Unédic, l'Agirc-Arrco ou encore les hôpitaux. Il représente environ 700 milliards d'euros.

Enfin, 900 milliards d'euros sont consacrés, en France, à la protection sociale, si on intègre également les actions menées par l'État et les collectivités territoriales, ainsi que les acteurs privés. Nous ne parlerons pas de ce troisième périmètre, qui n'entre pas dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), mais il est important que vous connaissiez son existence.

Je souhaiterais également m'arrêter un instant sur le cadre juridique, en évoquant brièvement la discussion en cours du projet de loi de programmation des finances publiques (LPPF) pour les années 2023 à 2027. Débutée à l'automne 2022, cette discussion a donné lieu à un rejet du texte par l'Assemblée nationale, suivie d'une adoption par le Sénat dans une version modifiée. L'examen a repris cet automne à l'Assemblée nationale, avec un recours à l'article 49 alinéa 3 de la Constitution, puis le Sénat a rétabli l'essentiel de son texte, prévoyant une trajectoire plus ambitieuse pour l'ensemble des administrations publiques, avec un déficit représentant 1,7 point de PIB en 2027, contre 2,7 points de PIB dans la version gouvernementale.

Le parcours de la LPPF est donc très chaotique, alors même qu'il s'agit d'un texte important pour nos finances publiques.

Il fixe notamment, pour chaque année jusqu'en 2027, les dépenses des Robss et du FSV, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et le solde des Asso. Par ailleurs, figurent dans le rapport annexé le montant du solde structurel des Asso, le montant des dépenses de l'Unédic ainsi que celui des dépenses des régimes complémentaires de retraite.

La diapositive suivante, présentant le solde des régimes obligatoires de base et du FSV de 2004 à 2027, pourrait se passer d'explications. Qu'observe-t-on ? D'un solde négatif atteignant 25,5 milliards d'euros en 2010 du fait de la crise de la dette, les déficits successifs ont été progressivement réduits jusqu'en 2017 et 2018 pour quasiment atteindre l'équilibre, remontant à peine en 2019 à la suite des mesures prises après le mouvement des « gilets jaunes ». Nous étions bien, à ce moment-là, sur une dynamique de réduction. Puis, avec la crise sanitaire, tous les records ont été battus en 2020, le solde négatif atteignant près de 40 milliards d'euros. Une nouvelle réduction s'est alors opérée jusqu'au déficit de 8,8 milliards d'euros cette année. Nous pourrions penser être en train de revenir à une situation correcte, mais les évolutions que l'on voit poindre sont extrêmement préoccupantes : la situation se dégraderait durablement, jusqu'à présenter, en 2027, un déficit de 17,5 milliards d'euros.

Comment tenir dans la durée ? C'est la question qui se pose, d'autant que ces niveaux de dépenses inégalés ne permettent pas de régler des problèmes désormais récurrents, et le présent PLFSS ne semble pas apporter de réponse.

Mais le paysage a lui aussi changé, car la trajectoire de déficits croissants des Robss et du FSV – le premier périmètre – contraste avec un excédent croissant, désormais très important, du côté des Asso – le deuxième périmètre. Cela ne s'est jamais vu !

J'en viens aux prévisions du PLFSS pour 2024, présentant une évolution d'un déficit des Robss et du FSV de 8,8 milliards d'euros en 2023 à un déficit de 11,2 milliards d'euros en 2024. Bien que globalement vraisemblables, ces prévisions témoignent d'un optimisme évident pour les dépenses d'assurance maladie. Une augmentation de l'Ondam de 3,5 %, au lieu de 2,9 %, majorerait les dépenses de 1,5 milliard d'euros. Nous aurons l'occasion d'en reparler, et chacun pourra aussi regarder les éléments figurant dans le rapport du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, dont certaines des observations ne semblent pas prises en compte dans le PLFSS.

Comme passe-t-on du solde de 2023 à celui de 2024 ?

La croissance spontanée des dépenses avant indexation, à hauteur de 15 milliards d'euros, et l'indexation de ces dépenses sur l'inflation de 2023, à hauteur de 15 milliards d'euros, aggraverait le déficit de 30 milliards d'euros.

Face à cela, les recettes croîtraient spontanément de 4 %, soit 20 milliards d'euros, auxquels s'ajouteraient les mesures nouvelles sur les dépenses et les recettes, pour, respectivement, 3 milliards d'euros et 4,5 milliards d'euros. Les mesures nouvelles sur les dépenses correspondent, pour l'essentiel, aux 3,5 milliards d'euros d'économies annoncées par le Gouvernement sur l'Ondam. Les mesures nouvelles sur les recettes, quant à elles, sont principalement la hausse du taux de cotisation de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), prévue par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2023, et le transfert de 2,6 milliards d'euros de contribution sociale généralisée (CSG) de la Cades à la branche autonomie.

Si les prévisions pour 2024, bien qu'un peu optimistes, en particulier pour l'Ondam, ne présentent pas d'anomalies majeures, la situation est différente s'agissant de la trajectoire pour 2027. Nous nous sommes donc efforcés d'établir nos propres projections. Nous obtenons pratiquement les mêmes résultats, à condition de neutraliser trois hypothèses : le Gouvernement, comme s'il avait voulu compenser le caractère trop optimiste de ces hypothèses de croissance, a considéré dans le PLFSS que la croissance spontanée des recettes serait nettement inférieure à celle du PIB ; la commission appuie ses projections de croissance sur le consensus des conjoncturistes, ce qui entraîne un écart négatif de 10 milliards d'euros à l'horizon de 2027 ; la commission retient également une augmentation de l'Ondam de 3,5 % par an, au lieu du taux de 3 % dans le PLFSS, entraînant un accroissement du déficit de 2027 de 5,5 milliards d'euros.

Au total, en 2027 le déficit des Robss et du FSV pourrait être de 25 milliards d'euros. Ce scénario montre que l'objectif d'un déficit de 17,5 milliards d'euros en 2027 ne va pas de soi.

Le schéma suivant fait état de l'écart sans précédent attendu en 2027 par le Gouvernement entre ce déficit de 17,5 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base et l'excédent de plus de 30 milliards d'euros pour l'ensemble des administrations de sécurité sociale. La situation est tout à fait particulière et, de nouveau, le scénario gouvernemental semble optimiste puisque, comme nous l'avons vu, le déficit des Robss et du FSV pourrait être supérieur de 7,5 milliards d'euros à la prévision du Gouvernement et que le projet de LPFP prévoit 6 milliards d'euros d'économies réalisées en 2025 sur les Asso, sans que le Gouvernement soit en capacité de fournir des éléments très factuels sur ce point. Le même texte retient, en outre, des hypothèses optimistes pour l'Unédic et les régimes complémentaires de retraite, ce qui pourrait conduire à minorer l'excédent envisagé pour les Asso.

Un dernier graphique présente les transferts de dettes de l'Urssaf à la Cades. Autorisés à hauteur de 136 milliards d'euros par la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, ces transferts ont atteint 20 milliards d'euros en 2020, 40 milliards d'euros en 2021 et en 2022, 27,2 milliards d'euros en 2023 pour une marge restante qui représente 8,8 milliards d'euros.

Le sujet est important. Comme vous le savez, les régimes se financent grâce à l'Urssaf Caisse nationale, qui s'endette à court terme sur les marchés. Pour éviter les dangers inhérents à l'endettement à court terme, on transfère régulièrement de la dette à la Cades, qui, elle, emprunte à long terme. Le plafond de 136 milliards d'euros étant pratiquement atteint, il nous faut agir, sans quoi les déficits de la sécurité sociale viendront s'accumuler à l'Urssaf Caisse nationale. Selon son directeur général, M. Yann-Gaël Amghar, que nous avons auditionné, on ne peut pas précisément définir le seuil à partir duquel la dette de l'Urssaf ne serait plus soutenable. Mais le système, on le voit, est très fragile. La solution naturelle serait donc de transférer la dette supplémentaire à la Cades, ce qui impliquerait de repousser l'échéance de 2033, qui est de nature organique.

En conclusion, les amendements que je vais vous proposer avec les différents rapporteurs de branche viseront à adopter une approche responsable, consistant à rétablir les articles obligatoires des lois de financement de la sécurité sociale, à marquer notre refus de l'annexe A qui est, à la fois, sans ambition et optimiste, à avancer des propositions pour une meilleure maîtrise des dépenses, avec, notamment, un renforcement du contrôle du Parlement sur les dépenses de santé et de la lutte contre la fraude. Il s'agit pour nous de sauvegarder le bien commun qu'est notre système de sécurité sociale, ce qui implique de faire preuve de sobriété et de responsabilité.

M. Bernard Jomier. – Le Gouvernement, nous y reviendrons longuement en séance, nous propose en fait une perspective de déficit infini pour la sécurité sociale, ce qui est une complète nouveauté. Je n'ai pas souvenir d'un seul gouvernement prévoyant un accroissement des déficits à cinq ans, sachant que, comme cela a été rappelé, les comptes ont été ramenés quasiment à l'équilibre en 2018. Certes, il y a eu la crise sanitaire, mais nous en sommes sortis...

Cette situation est parlante sur le plan politique : elle montre que le Gouvernement est dépassé par l'évolution des comptes sociaux, notamment par celle de l'Ondam, qui le conduit cette année, pour la première fois, à envisager une contraction de l'offre de soins. Croissance de la demande et contraction de l'offre : cela engendrera inévitablement un effet de pénurie.

Nous débattons également en séance de la deuxième grande masse de la dépense sociale : les retraites. Nous avons constaté, lors de la réforme des retraites, une certaine variabilité dans les montants financiers annoncés. Or certains chiffres communiqués dans le PLFSS suscitent des réserves : ils ne correspondent pas à ceux qui ont été avancés au moment de cette réforme.

Tout cela, à nouveau, donne l'impression d'un défaut de pilotage du système de protection sociale, alors même qu'un Ondam dépassant 250 milliards d'euros ne suffit pas à enrayer la dégradation de certains indicateurs de santé ou les difficultés rencontrées par les systèmes ambulatoires et hospitaliers. Dans une telle situation d'échec, on pourrait changer d'orientations politiques ; le Gouvernement ne propose rien de tel, tout comme rien n'est sorti du Conseil national de la refondation.

L'échec est profond. Cette perspective de déficit infini est désespérante pour la population et, évidemment, n'est pas sans sens politique : il s'agit de dire que le système coûte trop cher et qu'il faut réduire la dépense, tout en refusant d'affronter la question des recettes.

M. Olivier Henno. – Je remercie la rapporteure générale Élisabeth Doineau pour la clarté de son exposé.

Ce PLFSS cumule de nombreux handicaps. Il s'agit *a minima* d'un texte de transition, à un moment où le déficit s'accroît – et, si j'ai bien compris, l'objectif de 17,5 milliards d'euros en 2027 est une perspective optimiste –, tout comme l'insatisfaction des Françaises et des Français sur la qualité et la pertinence de leur système de santé.

Pourquoi en sommes-nous là ? Face aux difficultés que nous rencontrons, la seule chose à faire est de mettre en œuvre des réformes structurelles. Or on se contente depuis trop longtemps de petites évolutions, menées à coup de propositions de loi. Une trop longue politique du rabout ou le manque de courage politique finissent toujours par engendrer une forme de pénurie, indépendamment des moyens consacrés. C'est exactement la direction que nous prenons.

C'est d'autant plus grave que nous changeons d'époque, après avoir vécu un moment incroyable où l'on s'enrichissait en s'endettant. Il y a une forme d'irresponsabilité à s'endetter aujourd'hui, dans le contexte actuel, tout en reportant le financement de cette dette sur les générations futures.

Certes, le PLFSS n'est pas le bon véhicule pour envisager des réformes structurelles ; il en révèle néanmoins toute l'urgence.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Je remercie la rapporteure générale Élisabeth Doineau pour l'extrême pédagogie de son exposé, décrivant très bien la situation.

Partageant les points de vue tout juste exprimés, je ne sais pas vraiment comment qualifier ce PLFSS, qui me semble très représentatif d'une gestion au fil de l'eau de la sécurité sociale.

Effectivement, il y a certainement besoin de réformes structurelles. Certains préconisent de se limiter à une seule caisse et de supprimer les caisses complémentaires, dont la gestion, outre les cotisations supplémentaires, se révèle plus coûteuse que celle de la sécurité sociale.

Cela pose la question de la bonne utilisation de l'argent disponible. Il y a, par exemple, un hôpital qui, sans déroger au cadre actuel de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, la loi HPST, fonctionne parfaitement bien : c'est celui de Valenciennes.

J'ai moi aussi quelques propositions à avancer.

Quand, on le sait, les diverses fraudes sociales se chiffrent en milliards d'euros, le Gouvernement ne propose de récupérer que 800 millions d'euros. Soyons plus offensifs et volontaristes dans ce domaine !

Par ailleurs, on constate entre 20 % et 25 % d'actes redondants ou inutiles, ce qui représente des sommes faramineuses. J'ai bien conscience que, du jour au lendemain, on ne pourra pas récupérer toutes ces sommes, mais il faut agir dans ce domaine. Je proposerai donc également un rattrapage sur les objectifs affichés.

Dans le domaine des retraites, faire les poches de l'Agirc-Arrco, comme le Gouvernement en a eu l'idée, n'est pas très sympathique. Compte tenu de la très bonne gestion de cette caisse, j'ai proposé en forme de provocation, pendant la discussion sur la réforme des retraites, qu'on lui confie la gestion de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav). Avant, il y aurait peut-être un *swap* à faire : on baisserait la cotisation Agirc-Arrco des employeurs, en accroissant leur cotisation à la Cnav. Ce système permettrait de récupérer plusieurs milliards d'euros.

Dernier point, quand on cumule 2,5 milliards d'euros d'excédents pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), certes dus au transfert de 0,15 point de CSG, il devient urgent d'en mobiliser une partie pour combler les déficits de certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou associations d'aide à domicile.

Mme Céline Brulin. – Les projections de la commission sont encore plus inquiétantes que celles du Gouvernement et nous invitent à une approche « responsable », pour reprendre les termes de Mme la rapporteure générale, tout en orientant les pistes du rapport quasiment exclusivement vers la lutte contre la fraude ou une meilleure maîtrise de la dépense. Évidemment, il ne faut pas hésiter s'il y a matière à lutter contre la fraude, mais on ne comblera pas les déficits envisagés, même en récupérant 1 milliard d'euro par an.

Nous sommes donc tout à fait favorables à des réformes structurelles, dont le but pourrait être, aussi, d'élargir le périmètre des recettes. Parce que nous allons vers un accroissement des dépenses de protection sociale, ne serait-ce que du fait de l'évolution de la pyramide des âges, cette piste devrait être davantage explorée.

Dans leur grande majorité, les dépenses liées à la crise sanitaire ont été supportées par la sécurité sociale. Peut-être faudrait-il aussi le prendre en compte, dans un contexte où de nombreux efforts sont demandés aux Français. Est-ce une approche « responsable » que de leur en demander encore plus ?

Face à la situation des Ehpad, qui vient d'être évoquée, à l'évolution des indicateurs de santé, à la pénurie de médecins ou aux fermetures récurrentes de certains services essentiels comme les services d'urgence, on ne peut pas non plus exclure d'aller chercher de nouvelles recettes.

Vous ne serez pas surpris de mes propos : nous faisons les mêmes constats que vous quant à la situation, mais nous pensons qu'il faudrait ouvrir un débat de société sur les modalités de financement de la protection sociale, envisageant l'ensemble des pistes sans se restreindre à certaines dont l'effet, encore une fois, risque d'être extrêmement limité.

Mme Véronique Guillotin. – Je remercie à mon tour Mme la rapporteure générale pour sa présentation extrêmement pédagogique.

Le PLFSS est toujours un exercice complexe, car nous examinons une masse sur une année donnée, mais il présente l'intérêt de nous permettre de dresser des constats. Celui que nous faisons aujourd'hui est douloureux : nous ne pouvons que constater la façon dont, structurellement, nous creusons le déficit.

Effectivement, il faut regarder des deux côtés de la balance. Mais ne nous voilons pas la face : la population vieillissant, les dépenses de santé vont continuer à croître et, si les recettes augmenteront peut-être sous l'effet de la dynamique économique, une difficulté structurelle persiste.

Peut-être y a-t-il néanmoins quelques pistes, notamment, en effet, sur l'utilisation de l'argent. Cette observation m'amène à évoquer le phénomène de « suradministration » et le financement de la sécurité sociale. Voilà des années, en particulier, que nous effleurons l'idée d'un système unique. Nous parlons aussi régulièrement de la gestion des hôpitaux, mais toujours au doigt mouillé, en manquant de chiffres précis et d'évaluations. Combien coûte cette gestion, ou encore celle des agences ? Pour quelle efficacité ? Nous avons, je crois, un travail important à mener sur ces sujets, car nous sommes à la croisée des chemins.

M. Alain Milon. – Étant en accord avec tout ce qui a été dit, je voudrais néanmoins rappeler que nous portons tous, depuis des décennies, la responsabilité de la situation actuelle, car nous avons tous, à un moment ou un autre, voté les budgets de la sécurité sociale. Maintenant, nous évoquons la nécessité de réformes structurelles. J'espère que nous pourrions y travailler et que nous aurons, à l'avenir, des PLFSS beaucoup plus structurants pour notre système de santé.

Je ne voterai pas ce texte – c'est le troisième ou quatrième PLFSS que je ne vote pas –, tout en vous demandant de réfléchir à la situation de la sécurité sociale : des économies s'imposent au niveau des dépenses, certainement peut-on chercher des recettes supplémentaires, mais il faudrait aussi réfléchir à la restructuration complète du financement de la sécurité sociale et du système de santé sur notre territoire. Dans un premier temps, il faudrait se dire que la santé sera mieux gérée au niveau local qu'au niveau national et, pour reprendre les idées défendues par Alain Vasselle et, à l'instant, par Jean-Marie Vanlerenberghe, faire en sorte que la gestion paritaire ne disparaisse pas dans le temps.

M. Daniel Chasseing. – Je voudrais à mon tour remercier Élisabeth Doineau pour son exposé et les perspectives qu'elle nous a présentées, faisant apparaître, pour 2027, un déficit certainement beaucoup plus important que celui qui figure dans les prévisions du Gouvernement.

Effectivement, nous avons tous une part de responsabilité... Ainsi, les limitations apportées à la progression de l'Ondam entre 2012 et 2017 ont privé les hôpitaux d'investissements nécessaires.

Certes, un effort important est demandé à nos concitoyens. Mais la sécurité sociale est la colonne vertébrale de notre République et, s'il faut en modifier la gestion, tout n'est pas fichu, avec de bons fonctionnements constatés dans certains hôpitaux ou certains territoires.

Je reprendrai donc la conclusion de la rapporteure générale : faisons en sorte, ensemble, de sauvegarder notre sécurité sociale ; c'est notre bien commun !

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Le Conseil national de la refondation, c'est vrai, n'a pas été à la hauteur des espoirs suscités et nous nous accordons tous sur le fait qu'il faut sauver notre système de sécurité sociale, particulièrement notre système de santé. Nous aurons donc des débats nourris en séance, et c'est heureux.

Avec ma présentation, j'ai voulu vous livrer une image factuelle, retranscrite sous la forme de graphiques, des éléments qui nous sont donnés, et ce pour contribuer à la construction de votre connaissance du périmètre et du contexte. Il y a donc une forme de sincérité dans cet exercice.

Vous avez orienté nombre de vos interventions sur l'assurance maladie, qui cumule le plus fort déficit.

Comme le dit l'adage, « gouverner, c'est prévoir ». Or, nous avons effectivement l'impression d'une gestion au fil de l'eau. Certes, les crises se succèdent : crise de la dette, crise sanitaire, inflation. Mais il faut savoir anticiper les coups et préparer l'avenir.

Ce qui donne un sentiment de vertige, c'est l'annonce de déficits chroniques auxquels on n'apporte aucune réponse. On pourrait presque se satisfaire du déficit de 8,8 milliards d'euros de 2023, qui donne l'impression d'un coup d'arrêt, mais il y a tout ce qui se dessine ensuite. Cette fuite en avant est assez désastreuse pour l'avenir et, comme l'a souligné Bernard Jomier, le Gouvernement semble dépassé par l'évolution des comptes sociaux.

Autre élément notable, les trajectoires à moyen terme se dégradent d'année en année. À chaque fois, on en rajoute un peu et l'écart se creuse encore entre les exercices. L'inflation, par exemple, n'a pas été prise en compte à sa juste mesure et les soins de ville ont augmenté plus que prévu. Que fait-on par rapport à tout cela ?

Cela a été dit également, alors que l'Ondam progresse et que les déficits se creusent, les indices de santé se dégradent et le défaitisme se répand parmi les personnels des établissements de santé et des Ehpad. Des mesures très positives de revalorisation des salaires ont été prises, même si cette évolution a été quelque peu spasmodique, avec les oubliés du Ségur de la Santé. Ces revalorisations pèsent aussi dans le budget de l'assurance maladie, mais la nette augmentation du taux de croissance annuel moyen des dépenses de l'Ondam traduit les effets de l'inflation et du rythme des dépenses des soins de ville.

Des réformes structurelles seraient nécessaires. C'est évident ! Nous devons effectivement débattre, en séance, de la façon dont nous pouvons réduire les dépenses et augmenter les recettes. Mais il faut aussi réfléchir à l'efficacité des dépenses.

Je rappelle que pour couvrir l'équivalent d'un tiers de la dette des hôpitaux, 13 milliards d'euros ont été transférés à la Cades en 2020. Pourtant, ce n'était pas forcément à la sécurité sociale d'assurer la reprise de la dette de biens de l'État. La vérité, c'est que depuis les emprunts toxiques, les hôpitaux traînent un boulet et n'ont pas investi suffisamment, d'où la situation déplorable dans laquelle nous nous trouvons.

Gestion au fil de l'eau : c'est bien l'expression qui convient pour ce PLFSS. Je remercie aussi Jean-Marie Vanlerenberghe d'avoir mentionné les efforts réalisés à l'hôpital de Valenciennes. Pourquoi cet exemple n'est-il pas repris ailleurs ?

Notre collègue a également exposé quelques propositions de la Cour des comptes, notamment en matière de lutte contre la fraude. À l'heure actuelle, les sommes recouvrées avoisinent 1,3 milliard d'euros et la synthèse des objectifs affichés par le Gouvernement suggère un objectif global d'environ 3,3 milliards d'euros à l'échéance de 2027. Pouvons-nous proposer plus ? Nous en débattons. À cet égard, j'entends bien la remarque de Céline Brulin : certes, il ne faut pas concentrer tous les efforts sur la lutte contre la fraude, mais nous avons des marges de progression dans ce domaine.

S'agissant des actes redondants, quand j'emploie les termes « responsabilité » et « sobriété », je mets les efforts à faire aussi bien sur le compte de nos concitoyens que sur celui des professionnels de santé ou de tous ceux qui sont en charge de la sécurité sociale. Parfois, nos concitoyens se comportent en consommateurs de la santé. Cela doit être un point d'attention : le système doit être orienté vers les plus fragiles et chacun doit être soucieux de ne pas surcharger sans raison les services de santé. Le développement du dossier médical partagé (DMP) est absolument impératif pour éviter les abus.

La proposition de faire évoluer la gestion de la Cnav vers le modèle de l'Agirc-Arrco revêt une certaine justesse et nous pourrions discuter, aussi, de la proposition de *swap*. Cela étant, le Gouvernement entendait, lui, faire les poches de l'Agirc-Arrco, et nous n'y sommes pas favorables.

Je confirme que, d'après les informations fournies par la Fédération hospitalière de France (FHF), 80 % des Ehpad seraient en difficulté. C'est effrayant ! Certaines structures en sont à faire des choix : une fois leurs salariés payés, elles n'ont plus les moyens de payer leurs fournisseurs. Un fonds d'urgence de 100 millions d'euros a été annoncé par le Gouvernement, mais il est bien en deçà des besoins. Certains départements acceptent localement de doubler la mise. Cela me semble une bonne chose : les collectivités territoriales peuvent, elles aussi, faire quelques efforts.

Les projections sont plus qu'inquiétantes, a souligné Céline Brulin. C'est précisément pour cette raison que j'ai voulu vous montrer les graphiques que nous pouvions tirer de la lecture des annexes. Face à cela, les propositions des uns et des autres varieront et votre groupe, madame Brulin, suggérera très probablement d'aller ponctionner d'autres caisses que celles que le Gouvernement prévoyait de ponctionner. Toutefois, toutes les propositions sont bonnes à entendre. En tout cas, la situation actuelle appelle les efforts de tous.

Je reconnais que les Français ont l'impression de faire des efforts, notamment du fait des inégalités en termes d'accès aux soins. Mais les difficultés que nous rencontrons dans ce domaine ne peuvent se régler d'un coup de baguette magique. C'est également un débat intéressant que nous pouvons avoir.

S'agissant de la gestion des hôpitaux, j'indique que nous examinerons un article relatif à une révision de la tarification à l'activité (T2A) pour la médecine-chirurgie-obstétrique (MCO). Mais, une fois encore, cet article est peu explicite et il nous faudra des explications.

Alain Milon évoque une responsabilité partagée : c'est aussi pour cette raison que je parle, moi, d'efforts partagés. Il y a en effet des réformes structurelles à mener, peut-être même une restructuration complète à envisager. On peut s'interroger, par exemple, sur le bien-fondé de l'Ondam.

Enfin, on s'aperçoit que l'augmentation du déficit proviendrait essentiellement de la branche vieillesse.

Je voudrais clore cette série de réponses sur une note positive. Comme l'a dit Daniel Chasseing, tout n'est pas fichu ! Nous connaissons tous des personnes qui sont ou ont été prises en charge par les services de santé et les établissements médico-sociaux, et nous devons saluer les compétences et les efforts mis en œuvre par l'ensemble des personnels pour les accompagner au mieux pendant ces périodes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure pour la branche assurance maladie. – Je remercie Élisabeth Doineau pour la note optimiste de la fin de son intervention. Je vous avoue, mes chers collègues, qu'en tant que rapporteure pour la branche assurance maladie, je me désespère parfois un peu – notamment de voir un texte dit budgétaire qui n'en a pas la rigueur !

Après le tableau global qui vient d'être présenté, je commencerai donc par évoquer les dépenses de la branche maladie.

Le déficit de celle-ci devrait s'établir l'an prochain à 9,3 milliards d'euros, soit quasiment le montant prévu pour cette année. Manifestement, nous devons désormais nous y habituer, la projection de l'annexe A annonçant un déficit de l'ordre de 9,6 milliards d'euros en moyenne, chaque année, jusqu'en 2027.

Je tiens à faire deux remarques sur ce déficit.

La première concerne l'actualisation de la projection du Gouvernement. L'embellie annoncée par ce dernier dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, avec un déficit réduit à « seulement » 3 milliards d'euros en 2026, a fait long feu. Nous l'avions considérée comme fortement douteuse l'an passé, il aura fallu moins d'un an pour nous donner raison.

La seconde tient au montant lui-même. Pour rappel, le déficit de la branche s'élevait à 1,5 milliard d'euros en 2018. Certes, la crise a bouleversé ces comptes, mais, malgré des dépenses liées à la covid-19 désormais résiduelles, l'équilibre n'est pas revenu. La branche a connu ce que je considère comme un « saut de base » des dépenses, notamment avec le Ségur de la santé. Surtout, aucun horizon de rétablissement de la situation financière n'est même suggéré par le Gouvernement dans l'annexe A.

Cette démarche n'est pas responsable. J'insiste, ces montants sont tout à fait vertigineux : de 2023 à 2027, la branche maladie aura accumulé à elle seule davantage de déficits que la sécurité sociale n'en portait en 2019. Soyons honnêtes, des choix difficiles nous attendent, en recettes comme en dépenses, si nous voulons assurer la soutenabilité de notre système de soins.

J'en viens naturellement à l'Ondam 2024, qui nous est proposé à 254,9 milliards d'euros. C'est, là encore, un montant qui laisse sans voix : il représente plus de la moitié du budget de l'État.

Pourtant, mes chers collègues, je ne peux cette année encore que reconduire les regrets maintes fois formulés par notre commission, à savoir que le découpage de l'Ondam, avec deux enveloppes principales de plus de 100 milliards d'euros, ne permet nullement d'apprécier l'évolution des dépenses ni d'en sanctionner la répartition et la finalité. Ce format n'est plus démocratiquement tenable pour approuver ce qui constitue, le ministre de la santé l'a lui-même reconnu, une autorisation parlementaire de dépenses.

J'en veux pour preuve également les hypothèses de construction de l'Ondam, leur opacité et leurs incertitudes. Ainsi nous a-t-on annoncé 800 millions d'euros d'économies grâce à un doublement des participations forfaitaires et franchises, avant de feindre de reculer dès le lendemain – j'y reviendrai. Nous avons sollicité des informations sur ce point, mais n'avons obtenu aucune réponse du Gouvernement.

Qu'attendre de ces 255 milliards d'euros de dépenses ? Hélas, nous devons encore constater que cet effort financier n'apporte malheureusement pas à notre système de soins les moyens lui permettant de répondre aux attentes de la population. L'Ondam permet-il de valoriser suffisamment les soins de ville, dans un contexte démographique tendu ? L'Ondam permet-il de financer correctement l'accès des Français aux médicaments innovants ? L'Ondam permet-il de donner aux hôpitaux les moyens de leur transformation et de redonner confiance à des soignants confrontés aujourd'hui à une perte de sens ?

À l'évidence, non ! Malgré une annexe bavarde, le Gouvernement peine à justifier ce montant. Surtout, comment estimer l'Ondam 2024 juste, alors que l'Ondam 2023, qui lui sert de base, ne paraît pas sincère et que ce niveau de dépenses ne suffit pas à éviter un déficit des hôpitaux avoisinant 1 milliard d'euros en 2022 ?

C'est pourquoi il ne m'apparaît aujourd'hui pas possible de vous proposer d'adopter l'Ondam 2024.

Ce bilan financier réalisé, il me faut désormais vous présenter ce que nous appelons les articles « de lettres ».

Nous avons déploré au cours de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, voilà à peine deux semaines, l'absence de projet de loi santé. Le ministre nous a alors répondu que, chaque année, le projet de loi de financement de la sécurité sociale constituait, en substance, la loi santé que nous attendions...

Pourtant, une nouvelle fois, celui-ci ne porte pas l'esquisse d'une stratégie ambitieuse pour répondre aux défis de notre système de santé. Il comprend de nombreux articles, encore, mais peu structurants, et ce pour la simple raison que le PLFSS est un texte budgétaire, et rien d'autre !

Je commencerai par une série de mesures qui relèvent, comme j'ai pu le dire parfois, de « bons sentiments » sans pouvoir prétendre à une efficacité bouleversante. Certaines mesures ont un impact financier si faible ou indirect qu'elles pourraient même constituer des cavaliers sociaux.

Sur les soins de ville et en matière de prévention, la priorisation des mesures opérée par le Gouvernement a de quoi laisser songeur, voire dubitatif, au regard des besoins de notre système de santé et de la dégradation de l'accès aux soins. Ainsi, près de 100 millions d'euros seront consacrés en 2024 à la prise en charge des protections menstruelles réutilisables pour tous les jeunes de moins de 26 ans. Cette mesure n'est évidemment pas dépourvue d'intérêt, mais elle peut interroger en opportunité dans le contexte financier que je viens de présenter. Le dépistage systématique du cytomégalovirus, à l'article 20 *ter*, ne fait quant à lui pas l'objet d'une recommandation des autorités sanitaires et son impact financier n'a pas été évalué.

L'article 22 *ter* autorise les professionnels de santé des établissements scolaires à orienter des élèves vers les psychologues du dispositif *Mon soutien psy*. Sous des réserves tenant à la capacité du dispositif à répondre à de nouveaux adressages, je vous inviterai à adopter cet article, qui s'inscrit dans le plan de lutte contre le harcèlement scolaire.

L'article 24 permet la participation des chirurgiens-dentistes à la régulation de la permanence des soins dentaires. Ce dispositif tire les conséquences d'une expérimentation « article 51 » dont le premier bilan met en avant l'aspect bénéfique. La régulation par les chirurgiens-dentistes régulateurs au sein des services d'aide médicale urgente Samu-Centres 15 permet de dégager du temps pour les médecins régulateurs et de réduire le nombre de patients orientés vers les chirurgiens-dentistes de garde. C'est pourquoi je vous inviterai à soutenir ces dispositions.

Au rang, toujours, des mesures diverses, citons l'attribution d'une présomption de droit à la complémentaire santé solidaire avec participation pour certains bénéficiaires de quatre minima sociaux, dont l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Il s'agit là d'une mesure pertinente pour lutter contre le non-recours, mais dont on pourra regretter l'entrée en vigueur tardive, échelonnée jusqu'en 2026.

Il en va de même des dispositions permettant aux pharmaciens de prescrire des médicaments après la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod). Utile pour améliorer l'accès aux soins dans certains territoires où trouver un médecin est devenu difficile, cette nouvelle compétence ne résoudra toutefois pas les difficultés démographiques structurelles auxquelles nous sommes confrontés. L'article 25 se limitera, de fait, aux antibiotiques utilisés dans le traitement de l'angine bactérienne ou de la cystite.

En matière d'organisation des soins, la mise en place à l'article 26 *sexies*, par les agences régionales de santé (ARS), de parcours permettant de renforcer l'accompagnement des femmes confrontées à une dépression du post-partum n'aura, *a priori*, pas davantage d'effet structurant à court terme. De même pour les réponses pédiatriques et psychiatriques spécifiques prévues à l'article 26 *quinquies* dans l'organisation du service d'accès aux soins (SAS).

Enfin, l'article 27 *bis* supprime le délai de carence en cas d'interruption médicale de grossesse. Il s'agit du corollaire logique à la mesure du même ordre adoptée par le Parlement au printemps dernier pour les fausses couches, au regard des souffrances physiques et psychologiques qui peuvent y être associées.

J'en viens maintenant à ce que le Gouvernement considère comme les mesures phares du texte.

La première a beaucoup fait parler. Face au dynamisme des dépenses d'indemnités journalières (IJ) maladie, qui ont augmenté de moitié depuis 2010, des mesures complémentaires d'encadrement des arrêts de travail étaient attendues.

L'article 27 propose d'étendre les procédures de contrôle de prescriptions d'arrêts de travail - mise sous accord préalable et mise sous objectifs - aux centres de santé et aux sociétés de téléconsultation. Comme pour les professionnels de santé libéraux, ces procédures se déclencheraient lorsque le nombre de prescriptions d'une société ou d'un centre dépasse le nombre moyen observé pour les autres structures. Il s'agit surtout de réguler les sociétés ayant une politique générale de « surprescription ».

Ce même article vise également à réformer le circuit de contrôle du versement à bon droit des indemnités journalières. En l'état du droit, l'employeur, versant des indemnités complémentaires à son salarié en arrêt de travail, peut mandater un médecin contrôleur afin de s'assurer de sa justification médicale. Si ce médecin estime la prescription injustifiée, il transmet son rapport au service du contrôle médical de l'assurance maladie, qui, après examen du dossier, peut demander à la caisse d'interrompre le versement des indemnités journalières.

Le dispositif ici proposé rend automatique la suspension des IJ à compter de la réception de ce rapport par le service du contrôle et de la notification à l'assuré social. Cette suspension est toutefois entourée de certaines garanties : elle ne peut intervenir sans examen médical du médecin contrôleur ou du service du contrôle médical. En outre, ce service disposerait toujours de la possibilité de s'autosaisir ou bien de réexaminer le dossier sur demande de l'assuré. Compte tenu de l'enjeu attaché à la régulation des dépenses d'indemnités journalières, je vous proposerai d'adopter ces dispositions, qui permettraient de réduire les pertes de temps pour le service du contrôle médical.

Le Gouvernement prévoit également, à l'article 28, de limiter à trois jours la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation, mesure bienvenue compte tenu des abus avérés dans un cadre jusqu'alors trop permissif. Les arrêts de travail téléprescrits par le médecin traitant et, en cas d'adoption de l'amendement que je vous soumettrai, par la sage-femme référente ne seraient toutefois pas concernés par cette restriction, ce qui semble opportun eu égard aux fonctions de suivi qui leur incombent.

En matière de prévention, on peut se réjouir du déploiement d'une campagne de vaccination contre le papillomavirus humain auprès des collégiens. La France accuse un retard important comparativement à d'autres pays en la matière. La prise en charge intégrale de cette vaccination contribuera certainement au succès de la mesure.

Je vous proposerai également de soutenir les dispositions de l'article 22, visant à favoriser l'organisation d'expérimentations en santé et à permettre l'inscription dans le droit commun des innovations qui ont fait la preuve de leur utilité. Le cadre juridique nouveau permettra, en effet, d'organiser de manière pérenne des parcours coordonnés renforcés, mobilisant plusieurs professionnels de santé et fondés sur un financement forfaitaire. Ils permettront un meilleur suivi de certaines maladies chroniques et la prise en charge d'actes de prévention habituellement non remboursés, tels que l'activité physique adaptée.

Une autre mesure érigée en étendard de ce PLFSS est la réforme du financement de l'hôpital.

Vous le savez, le Président de la République a annoncé tambour battant, en janvier dernier, une réforme d'ampleur et la « sortie de la T2A », avec pour échéance rien de moins que ce PLFSS. Nous voici donc à devoir examiner une réforme qui concerne un champ d'activité, « médecine-chirurgie-obstétrique », représentant 75 milliards d'euros de dépenses, soit le cœur de l'activité des établissements de santé, avec, à la clé, un calendrier précipité de mise en œuvre. Les réformes de la psychiatrie et des soins médicaux et de réadaptation (SMR) auraient pourtant dû vacciner le Gouvernement...

Cette réforme est attendue et, reconnaissons-le, elle est nécessaire. Nous l'avons régulièrement dit dans cette commission, et la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France, dont la rapporteure était Catherine Deroche et le président Bernard Jomier, l'a bien exposé l'an dernier : la tarification à l'activité était nécessaire, mais elle montre des limites importantes, qu'il faut corriger.

Pour autant, cet article est pour moi une immense déception, car, derrière les annonces, cette réforme est une coquille vide. L'article 23 couvre 16 pages et plus de 200 alinéas, pour quelques paragraphes réellement nouveaux. Le fait est que le Gouvernement a réalisé ici une formidable opération de chamboule-tout législatif à droit quasi constant, dont la principale prouesse est d'avoir « rangé » en trois compartiments les modalités de financement du MCO. Il ne crée ainsi pas réellement de nouvelles modalités, mais classe, pour l'essentiel, des éléments existants. Le principal apport est néanmoins constitué par les dotations socles.

Ces trois compartiments sont cohérents sur le principe : les tarifs devraient couvrir les soins dits « protocolés » ; les objectifs de santé publique et de qualité seraient financés par des dotations ; enfin, les missions spécifiques dont les charges de structure ne peuvent être couvertes par l'activité - soins non programmables, soins critiques - feront également l'objet de dotations.

Je ne peux que déplorer l'absence, dans le texte, d'éléments pourtant cruciaux. Je pense aux finalités claires et au champ des activités qui verront leur financement évoluer, tout d'abord. Le Gouvernement lance des chantiers techniques sans que la question des activités de maternité ou de pédiatrie, par exemple, soit arbitrée. Mais aussi, et c'est le comble pour une réforme du financement, aucune évaluation de l'impact financier n'est livrée par le Gouvernement. Pas un mot non plus sur la régulation des dépenses, quand le principal problème de la T2A était non pas de lier activité et financement, mais de servir d'outil de maîtrise de l'Ondam...

En creux, le Gouvernement reconnaît que toute la réforme se fera à enveloppe constante. Elle conduira donc inévitablement à des effets redistributifs, qui ne sont pourtant aucunement anticipés. Je vois là un risque majeur pour la conduite de la réforme.

Mes chers collègues, cette improvisation n'est pas raisonnable. Je ne peux me résoudre à vous proposer de donner un blanc-seing au Gouvernement pour une réforme dont tout reste à définir. Je ne peux me résoudre non plus à vous proposer de jouer aux apprentis sorciers avec l'hôpital. C'est pourquoi je vous proposerai de reporter cette réforme au 1er janvier 2028 et de prévoir une expérimentation de trois ans, à partir de 2025. Celle-ci permettra d'évaluer les effets « en vie réelle » du modèle cible et les ajustements qui seront nécessaires. Pour les prochaines années, la priorité est de donner aux établissements les moyens de retrouver un juste niveau d'activité pour appréhender la réforme sur des bases solides.

Le dernier volet de mesures phares vise les produits de santé.

L'article 32 renforce le statut des préparations hospitalières spéciales, créé en 2022, et consacre celui des préparations officinales spéciales. Ces dispositions reprennent une recommandation de la commission d'enquête du Sénat sur les pénuries de médicaments et devraient permettre une meilleure implication des pharmaciens d'officine. Je vous proposerai, en conséquence, de les soutenir.

L'article 33 vise à offrir au Gouvernement trois nouveaux outils pour maîtriser le volume de prescription et de délivrance de médicaments en période de rupture. Si le recours aux ordonnances de dispensation conditionnelle comme la limitation des prescriptions par téléconsultation pourraient s'avérer efficaces, je vous proposerai, en revanche, de supprimer de cet article les dispositions relatives à la dispensation à l'unité.

Concernant, encore, les pénuries de médicaments, je vous proposerai également d'adopter l'article 36, qui transpose au secteur la « loi Florange », avec, le cas échéant, une possibilité de reprise de production par un établissement pharmaceutique public.

Si la réforme de l'accès précoce prévue à l'article 35 n'est pas dépourvue d'ambition, le régime temporaire et dérogatoire de prise en charge créé pour les médicaments non inscrits sur la liste en sus dans l'attente de données supplémentaires au terme de leur autorisation d'accès précoce verra son efficacité conditionnée à l'attractivité du dispositif pour les industriels. En ce sens, je vous proposerai un amendement qui fixera des modalités de prise en charge plus équilibrées. Ce dispositif fera œuvre utile, en construisant les conditions de la continuité de la prise en charge thérapeutique des patients concernés. Quant à l'accès compassionnel, il n'est modifié qu'à la marge, pour corriger ce qui s'apparente à une incohérence dans son articulation avec l'accès précoce.

Sur ce texte, encore, je ne peux que regretter la méthode du Gouvernement.

Avancer en dehors du champ de la négociation conventionnelle est devenu, par exemple, une habitude regrettable. Pourtant, ce défaut réitéré de concertation nuit à la qualité du dialogue avec les professionnels de santé et à l'équilibre de certains dispositifs. Il en va ainsi des rendez-vous de prévention, qui, un an après leur création, signent déjà leur retour dans le PLFSS. L'article 20 prévoit qu'un tarif unique sera fixé de façon unilatérale par le ministre de la santé. Une consultation de quarante minutes devrait a priori être facturée 30 euros. Attendons de voir quel succès les professionnels de santé réserveront à cette mesure...

Je vous proposerai, de mon côté, de revenir au principe de la négociation conventionnelle chaque fois que cela apparaît possible et, sinon, de prévoir systématiquement dans la loi la consultation des organisations représentatives de professionnels de santé.

La méthode du Gouvernement sur le cannabis à usage médical, à l'article 36 *bis*, est encore un exemple éclatant du peu de cas qu'il fait du Parlement. En supprimant le rapport présentant un bilan de l'expérimentation menée depuis près de trois ans, en dehors de tout débat d'opportunité sur la pérennisation de l'usage du cannabis thérapeutique, le Gouvernement fait preuve de précipitation et s'exonère d'une information minimale à même d'éclairer les parlementaires. Nous ne pouvons nous résigner à ce procédé, raison pour laquelle je vous proposerai des amendements visant à garantir l'évaluation du dispositif et l'information du Parlement.

Je pourrais encore mentionner la prise en charge des préservatifs pour les jeunes de moins de 26 ans, prévue à l'article 18, qui ne constitue qu'une mesure de régularisation, le dispositif étant en vigueur depuis près d'un an à l'appui d'une lettre de couverture ministérielle.

Il y a encore un enjeu de méthode quand le Gouvernement retient, cette année, à l'article 22 *quater*, la pérennisation du financement par forfaits de la radiothérapie oncologique. Cette mesure est bienvenue, mais nous la retardions, ces dernières années, dans l'attente d'un bilan d'expérimentation, qui n'a jamais été livré.

Plus préoccupant, certaines mesures ne sont pas explicitement mentionnées dans le PLFSS, mais se dessinent, en creux, dans les pistes d'économies envisagées. Sans l'assumer pleinement, le Gouvernement semble bien avoir pris sa décision concernant le doublement de la franchise médicale et de la participation forfaitaire, puisque les 800 millions d'euros d'économies prévisionnelles associées coïncident exactement avec le montant attendu des mesures de responsabilisation des assurés, dont le détail n'est pas fourni. Cette mesure étant de nature réglementaire, le Gouvernement peut avancer à mots couverts, sans s'exposer lors du PLFSS, puis la décider unilatéralement. Il apparaît inenvisageable que la représentation nationale ne soit à aucun moment consultée sur une décision aux lourds enjeux financiers et aux effets concrets sur le reste à charge des patients. Afin de permettre la tenue d'un débat démocratique et institutionnalisé sur le sujet, je vous proposerai un amendement visant à soumettre à l'avis des commissions des affaires sociales les projets de textes réglementaires qui modifieront les montants de la participation forfaitaire et de la franchise médicale.

Si le Gouvernement veut avancer sur la maîtrise des dépenses, il pourra également soutenir les deux amendements portant article additionnel que je vous soumettrai. Responsabilisation des patients, pertinence des soins : voilà des sujets concrets sur lesquels nous pouvons avancer.

En conclusion, mes chers collègues, la branche maladie porte, cet automne, une série de mesures mal conçues et qui ne peuvent nous satisfaire. La transformation de notre système de santé appelle des réformes profondes et des choix politiques clairs, que le Gouvernement se refuse à faire cette année encore.

La ligne que je vous propose face à ce PLFSS est simple : apportons le sérieux nécessaire à ces réformes improvisées et mettons le Gouvernement devant les responsabilités qu'il doit assumer.

M. Alain Milon. – Je suis complètement d'accord avec tout ce qu'a dit Mme la rapporteure.

Le Président de la République a présenté la T2A comme quelque chose de dramatique pour les hôpitaux. C'est absolument faux : dès sa mise en place en 2004, elle a permis de les sauver.

Dire que la T2A finance l'intégralité des budgets des hôpitaux est également faux : elle y contribue à hauteur de 52 %.

En matière de financement, le PLFSS ne fait que réorganiser et renommer autrement ce qui existe déjà.

Les articles du PLFSS qu'a présentés Mme la rapporteure concernent la santé. Pour la suite, nous pourrions proposer de distinguer les lois de financement de la sécurité sociale – lois annuelles et lois de programmation votées pour cinq ans, par exemple – des lois santé, même si celles-ci ont évidemment un impact sur les dépenses de la sécurité sociale. Cela nous permettrait d'y voir plus clair et de faire en sorte que nos travaux soient plus coordonnés et davantage lisibles pour l'ensemble de la population.

M. Bernard Jomier. – Je me souviens que, en présentant le PLFSS de l'an dernier, Corinne Imbert avait posé une question essentielle. Elle s'était demandé si l'Ondam était encore pilotable, et déclarait qu'elle ne le croyait pas.

Je veux reprendre cette question, cœur des échanges que nous avons ce matin. De fait, si ce PLFSS, comme tous les autres, comporte un certain nombre de dispositions très sectorielles intéressantes et positives, il ne parvient, compte tenu de la méthode de construction actuelle de l'Ondam, à piloter ni l'Ondam de ville ni l'Ondam hospitalier.

L'an dernier, j'ai interrogé le ministre des comptes publics, Gabriel Attal, regrettant que, depuis que l'Ondam est devenu restrictif en 2010 – il était auparavant déclaratif –, on vote une allocation de moyens avant que le Parlement n'ait délibéré sur les objectifs. Dès lors, que pilote-t-on ? En fait, c'est Bercy qui pilote, mais, comme on le voit, le pilotage n'est pas bon – je ne reviens pas sur tous nos échanges sur le déficit...

Jean-Marie Vanlerenberghe a, une nouvelle fois, ce matin, cité l'hôpital de Valenciennes, dont il faudrait s'inspirer. Je me suis rendu dans cet établissement avec Catherine Deroche, dans le cadre de la commission d'enquête. Ce qui s'y passe est effectivement intéressant, mais, pour que tout notre système hospitalier fonctionne comme l'hôpital de Valenciennes, nous devons changer de culture et de mécanismes. Aucun gouvernement, aucun Premier ministre, aucun chef de l'État ne veut inscrire à l'ordre du jour de ses priorités politiques une réforme d'une telle ampleur – je le regrette. De fait, toucher à l'Ondam, à la conception de notre système hospitalier est une réforme de grande ampleur, de l'ordre de la réforme de 1958.

Agnès Buzyn faisait de l'efficience un axe fort. De fait, 20 à 30 % des actes sont inutiles, ce qui représente des sommes considérables. Mais comment faire de l'efficience avec un financement à l'activité ou à l'acte ? Plus vous produisez, plus on vous donnera d'argent ! S'y ajoute le phénomène de financiarisation.

Dans le secteur de l'imagerie, en ce moment, toutes les échographies sont suivies de scanners, puis d'IRM. Il faut dire que l'examen clinique n'est pas valorisé !

L'Ondam est compliqué à piloter, parce que, de manière générale, le Parlement vote des allocations de moyens sans avoir débattu auparavant des objectifs de santé.

Ce processus doit commencer dans les territoires. Je ne suis pas sûr qu'il faille territorialiser l'Ondam, contrairement à ce qui a pu être proposé à une certaine époque. En revanche, il faut territorialiser le débat sur les priorités de santé, qui ne sont pas les mêmes dans le Pas-de-Calais et dans la Lozère. À partir de là, on doit construire un budget qui restera soumis à des contraintes financières – il ne faut pas se mentir.

Tous les pays européens sont confrontés à cette hausse structurelle des dépenses de santé. Mais soit on la subit, soit on l'articule mieux avec nos objectifs prioritaires de santé ! Or cela, on ne sait pas le faire.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission d'enquête avait conclu qu'il fallait préserver une part déterminante de tarification à l'activité. Ce constat était partagé, les hôpitaux le demandant eux-mêmes.

Sauf que le Gouvernement veut à tout prix réduire la part de T2A ! Cela semble une fin en soi, ce qui, à mon avis, n'a pas de sens.

M. Alain Milon. – Cela n'a aucun sens !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Merci, monsieur Jomier, d'avoir repris ma question de l'an dernier. L'Ondam est-il encore pilotable ? À l'évidence, non. Notre collègue l'a bien décrit. Cela tient à son découpage. Cela tient aussi à la nature des dépenses, qui sont mélangées, entre remboursements de prestations et crédits réellement budgétaires. Tant que ce problème ne sera pas résolu, le montant de dépenses ne sera pas révélateur.

J'ai demandé à plusieurs reprises un découpage plus fin, ne serait-ce que pour les deux premiers sous-objectifs – ville et hôpital.

Mme Pascale Gruny, rapporteur pour la branche vieillesse. – À la suite de notre ancien collègue René-Paul Savary, j'ai l'honneur d'assumer les fonctions de rapporteur de notre commission pour la branche vieillesse.

Je vais donc tâcher de vous présenter sommairement la situation financière de cette branche, c'est-à-dire de l'ensemble constitué par les régimes obligatoires de base et par le Fonds de solidarité vieillesse.

L'année 2023 aura été marquée par la poursuite du redressement de la trajectoire de la branche. Bien que les dépenses aient crû de près de 30 milliards d'euros depuis 2020, sous l'effet du vieillissement démographique, de l'indexation des pensions sur une inflation particulièrement dynamique depuis 2022 et de la revalorisation de 100 euros du minimum contributif mise en œuvre à compter du 1^{er} septembre 2023, le rebond de la croissance à l'issue de la crise sanitaire a favorisé une plus forte progression des recettes.

Notons que c'est à partir du 1^{er} septembre 2023 que les mesures paramétriques de la réforme des retraites ont commencé leur montée en charge, pour atteindre un âge légal de 64 ans à compter de la génération 1968 et une durée de cotisation requise pour le taux plein de 172 trimestres à compter de la génération 1965. Toutefois, la réforme produirait, en 2023, un effet légèrement négatif sur le solde du régime général, du fait de la mise en œuvre de la majoration exceptionnelle des petites pensions.

Au total, cette année, le déficit de la branche devrait s'établir à 1,1 milliard d'euros, un niveau plus faible qu'avant la crise sanitaire. Il s'agirait toutefois de la dernière année de relative embellie, cette trajectoire devant s'inverser dès 2024, en raison, notamment, de la stagnation de la croissance économique, du ralentissement de celle de la masse salariale du secteur privé et d'une forte revalorisation des pensions au 1^{er} janvier 2024, à hauteur de 5,2 %, en dépit d'une inflation ralentie, dans la mesure où les pensions sont indexées sur l'inflation de l'année précédente.

Aussi le déficit devrait-il se creuser de 1,1 milliard d'euros à 5,1 milliards d'euros entre 2023 et 2024 et atteindre 11,2 milliards d'ici à 2027, un niveau amorti par la situation excédentaire du FSV. Cette dégradation serait due à une progression plus forte du côté des dépenses que de celui des recettes, du fait, en particulier, du vieillissement de la population et des difficultés financières de la CNRACL. Notons toutefois que, d'après le Gouvernement, la réforme des retraites améliorerait de 6,3 milliards d'euros le solde de la branche à l'horizon de 2027.

Il n'en reste pas moins que cette trajectoire demeure extrêmement préoccupante, ce qui démontre aux contempteurs de la réforme que celle-ci s'avérerait non seulement nécessaire, mais peut-être même insuffisante, au moins à moyen terme. N'oublions pas que les déficits cumulés du régime général et de la CNRACL sont repris par la Cades, qui porte aujourd'hui près de 41 milliards d'euros de dette imputables à la branche vieillesse, d'après le Conseil d'orientation des retraites (COR).

Concernant l'assurance vieillesse, le PLFSS pour 2024 comporte, aux articles 40 à 40 *sexies*, un certain nombre de mesures techniques permettant de corriger certains oublis et lacunes de la réforme des retraites, notamment en décalant l'application à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon, en permettant la prise en compte des services actifs accomplis par un fonctionnaire avant sa titularisation pour l'ouverture du droit à un départ anticipé ou en supprimant la clause d'achèvement pour la liquidation de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels.

L'article 9 prévoit, quant à lui, une réforme d'ampleur du schéma de financement des régimes spéciaux fermés aux nouveaux entrants, qu'ils l'aient été dans le cadre de la réforme des retraites, comme les régimes de la RATP, des industries électriques et gazières, des clercs de notaires, de la Banque de France ou du Conseil économique, social et environnemental (Cese), ou avant 2023, comme c'est le cas pour le régime de la SNCF, fermé depuis 2020, ou la plupart des régimes équilibrés jusqu'à aujourd'hui par une subvention de l'État dans le cadre de la mission « Régimes sociaux et de retraite » du PLF.

Ces régimes sont toujours redevables du paiement des pensions des personnes affiliées avant le 1^{er} septembre 2023, tandis que les nouveaux agents des entreprises ou institutions concernées sont affiliés au régime général et à l'Agirc-Arrco, qui perçoivent donc des cotisations supplémentaires sans devoir assumer de charges de pensions à ce titre avant plusieurs décennies. Il paraît donc logique, comme le législateur l'avait fait pour le régime de la SNCF, que la Cnav et l'Agirc-Arrco reversent le produit de ces cotisations auxdits régimes.

Jugeant le cadre conventionnel trop complexe à mettre en œuvre pour autant de régimes, le Gouvernement propose de les adosser, à compter de 2025, au régime général, qui serait chargé de les équilibrer en lieu et place de l'État. En contrepartie, la Cnav percevrait, d'une part, une contribution de l'Agirc-Arrco au titre des cotisations supplémentaires qu'elle perçoit et, d'autre part, une contribution de l'État, par l'intermédiaire d'une clé de TVA correspondant aux sommes actuellement allouées à la mission « Régimes sociaux et de retraite », éventuellement actualisées chaque année.

Le Gouvernement souhaite également que l'Agirc-Arrco verse à la Cnav une contribution « au titre de solidarité au sein du système de retraite », qui correspondrait aux gains tirés de la réforme par le régime complémentaire, évalués à 1,2 milliard d'euros en 2026 et à 3,1 milliards en 2030. Outre que les mesures décidées par les partenaires sociaux, à savoir la suppression du « bonus-malus », la création de droits supplémentaires en cumul emploi-retraite et la revalorisation des pensions à hauteur de l'inflation, représenteraient, pour l'Agirc-Arrco, un coût de l'ordre de 2,7 milliards d'euros en 2027, il serait inacceptable que le Gouvernement prélève les excédents dégagés par les salariés pour combler les déficits du régime général sans que les partenaires sociaux y consentent. Je vous proposerai donc de garantir à l'Agirc-Arrco la liberté de verser ou non à la Cnav une telle contribution.

Dans le même cadre, je vous soumettrai un amendement visant à rejeter le « gel » des taux de la contribution tarifaire d'acheminement (CTA) à leur niveau actuel, que propose le Gouvernement. Cette taxe, due par les consommateurs d'électricité et de gaz, a vocation à s'éteindre progressivement avec les droits spécifiques des affiliés du régime des industries électriques et gazières qu'elle sert à financer.

Par ailleurs, tandis que l'article 10 *septies* sécurise l'affiliation des commissaires aux comptes au régime de retraite des professions libérales, les articles 10 *ter* et 10 *nonies* prévoient une réforme particulièrement attendue de l'assiette sociale des travailleurs indépendants. En effet, ces professionnels versent proportionnellement plus de CSG et CRDS que les salariés et moins de cotisations sociales créatrices de droits. Le Gouvernement propose d'unifier leurs assiettes sociales actuelles au sein d'une assiette unique abattue d'un taux de 26 % représentatif d'une partie des cotisations sociales, afin de leur permettre, à niveau global de prélèvement constant, de cotiser davantage et de verser moins de CSG et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

Si je salue cette mesure de justice sociale, je regrette vivement que ces articles particulièrement importants et complexes aient été introduits par voie d'amendement, sans étude d'impact. Je n'ai d'ailleurs pas obtenu, à ce jour, de réponses aux interrogations que j'ai formulées au sujet du coût de la réforme et de ses effets sur certaines catégories professionnelles. En tout état de cause, d'après les éléments que je suis parvenue à me procurer, la réforme ne ferait que très peu de perdants, et seulement parmi les professionnels les plus aisés, et représenterait un coût brut de l'ordre de 1,4 milliard d'euros pour la sécurité sociale, qui pourrait être divisé par deux en cas de relèvement des taux et des barèmes des cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie. Le Gouvernement souhaite que le reliquat soit compensé par un relèvement des taux et des barèmes des cotisations de retraite complémentaire des indépendants. Il propose donc que la loi l'habilite à le faire lui-même par décret dans le cas où les caisses de retraite complémentaire refuseraient de mettre en œuvre ces mesures. Je vous proposerai évidemment de faire confiance aux représentants des assurés pour assurer librement la neutralité financière de la réforme, tant pour les travailleurs indépendants eux-mêmes que pour les finances publiques, en refusant d'accorder au Gouvernement une telle autorisation.

Enfin, dans la ligne des mesures proposées par René-Paul Savary dans le cadre de la réforme des retraites, et afin de garantir une lutte active contre la fraude aux prestations tandis que des efforts supplémentaires sont demandés aux travailleurs, j'estime souhaitable de rendre obligatoire le contrôle biométrique de l'existence des bénéficiaires de pensions de retraite résidant à l'étranger, et ce chaque fois que cela sera possible en fonction de la situation du pays de résidence en matière d'équipement en titres d'identité biométriques. Je vous inviterai donc à adopter un amendement transformant en obligation, à compter de 2027, la faculté accordée à ces retraités, dès le printemps de 2024, de justifier chaque année de leur existence en se photographiant avec leur smartphone afin que leur visage soit comparé à la photographie de leur pièce d'identité.

Vous l'aurez compris, à défaut de pouvoir envisager à court terme le retour à l'équilibre de la branche, ce qui nécessiterait des efforts supplémentaires difficilement acceptables par les Français, ce sont des mesures de bon sens que je vous sou mets aujourd'hui pour garantir la justice et l'équité du système de retraites. Je sais pouvoir faire confiance à votre sagesse et à votre sens des responsabilités.

Mme Monique Lubin. – À écouter ce rapport, je me pose beaucoup de questions.

Si le scénario catastrophe annoncé se confirme, à quoi aura servi la réforme ? Cela voudra dire qu'elle n'a pas été correctement menée et que les bonnes solutions n'ont pas été trouvées.

Par ailleurs, pour suivre ce dossier depuis quelques années, je ne sais pas d'où sortent les niveaux de déficit qui nous sont annoncés à l'horizon 2027 : on nous parlait, pendant la réforme, de 13 milliards d'euros et vous nous dites aujourd'hui, madame le rapporteur 11 milliards d'euros, plus 7 milliards d'euros que nous aurions économisés grâce à la réforme. Sans la réforme, la prévision aurait donc été de 20 milliards d'euros à l'horizon 2027 – dans quatre ans, c'est-à-dire demain. Ne les ayant jamais entendus, permettez-moi de m'interroger sur la véracité de ces chiffres.

Parmi les explications avancées, l'augmentation des pensions au 1^{er} janvier 2024 devait être prévue, puisque le niveau des pensions est lié à l'inflation – ce n'est pas une surprise. Quant au ralentissement de la croissance, on la voit venir depuis un moment. Des éléments de langage apparaissent tout à coup, qui me semblent étonnants. À moins que ceux qui ont conçu la réforme ne l'aient pas fait de manière sérieuse, à partir des bons chiffres... Je n'ose y croire.

En tout état de cause, cela me conforte dans l'idée que le système des retraites doit être piloté à l'année – je dirais presque au mois, mais cela serait exagéré. De fait, cela nous démontre que notre système de retraites est extrêmement sensible à des évolutions qui peuvent parfois intervenir de manière abrupte. On peut penser à ce qui s'est produit au moment du covid-19. Un certain nombre d'éléments peuvent, du jour au lendemain, produire un décrochage dans l'économie et faire vaciller notre système de retraites. Je ne le nie pas.

Par exemple, les prévisions réalisées en matière de démographie depuis le début de l'année sont alarmantes pour notre pays. Pour combien de temps ? On n'en sait rien. Cela veut dire que le pilotage est nécessaire, mais qu'il doit être fait à l'année, de manière extrêmement précise, et, surtout, que l'on ne s'interdise rien en matière de recettes.

Dans la réforme, on s'est notamment interdit de parler d'augmentation des cotisations. Il faudra bien un jour que l'on en parle ! En effet, si notre système de retraite peut présenter des fragilités, il peut aussi s'équilibrer assez rapidement.

Si le déficit s'élève à 20 milliards d'euros dans quatre ans, il va falloir demander aux Français de consentir de gros efforts, et, si l'on reprend les principes de la réforme des retraites, de travailler jusqu'à 70 ans passés. J'imagine que personne ne l'envisage ! Une telle évolution n'est absolument pas possible, à moins que l'on remette en cause notre modèle social, ce que, j'espère, personne ici n'a envie de faire.

On nous annonce que, dans les prochaines années, une part de TVA serait versée à la Cnav pour qu'elle puisse financer les déficits des régimes spéciaux qui auront été adossés au régime général. Cela m'inquiète beaucoup. Aujourd'hui, on distribue la TVA à tout le monde - en remplacement de la taxe foncière supprimée, par exemple. Les prévisions ont déjà baissé entre le début et la fin de l'année 2023. Qu'advient-il si la consommation et l'activité s'effondrent, du fait d'une crise extraordinaire liée à la situation mondiale ? Donnera-t-on moins de TVA à la Cnav dans quatre ou cinq ans ? Lui demandera-t-on de se débrouiller pour équilibrer ses comptes, donc potentiellement de faire des coupes claires dans notre système de retraite ? Est-ce cela que l'on nous annonce ? J'aimerais que ce soit plus clair.

Enfin, je vous rejoins, madame la rapporteur, sur le fait qu'il est inadmissible que le Gouvernement exerce un chantage sur l'Agirc-Arrco. Cela n'est pas possible, ce serait un véritable hold-up. Ne laissons pas le Gouvernement voler de l'argent aux salariés pour financer un système de retraites pour lequel il ne veut pas prendre les bonnes décisions !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. - Madame Lubin, la réforme a tout de même permis de diminuer le déficit de la branche de 6,3 milliards d'euros à l'horizon 2027 ! Sans la réforme, le déficit aurait dépassé les 17 milliards d'euros.

De toute façon, nous n'avons pas beaucoup de choix. Voulons-nous, demain, baisser les pensions ? Augmenter les cotisations ? Je pense que personne ne suivra. Nous avons donc retenu la mesure d'âge. Nous ne sommes pas les seuls ! Nos voisins européens travaillent encore plus longtemps. Comme vous, néanmoins, je ne souhaite pas que les gens travaillent jusqu'à 70 ans.

Vous semblez croire que nous ne rencontrons personne, mais, lors de la réforme des retraites, j'ai rencontré les syndicats et j'ai assumé mes choix ! Je peux vous dire qu'ils n'avaient pas beaucoup de solutions à proposer, à part augmenter les cotisations, mais pas les leurs...

Concernant la diminution des pensions, je rappelle que, selon le Conseil d'orientation des retraites (COR), le niveau de vie moyen des retraités devrait diminuer de 101,5 % de celui des actifs en 2019 à un niveau qui serait compris entre 75 et 85 % en 2070. Faut-il, selon vous, aggraver cette tendance ?

C'est l'ensemble des régimes de base et complémentaires dont le déficit a été estimé par le Gouvernement à 13,5 milliards d'euros en 2030, sur la base d'hypothèses qui ne nous ont pas été communiquées. Ces dernières étaient plutôt favorables en ce qui concerne le taux de chômage. Pour notre part, nous l'estimions plutôt à 19,5 milliards d'euros. D'ailleurs, les chiffres du chômage ne semblent pas aller dans le sens que souhaitait le Gouvernement. J'en appelle donc à la prudence.

Je viens du monde de l'entreprise. Il est toujours très compliqué de faire des prévisions. On se fonde effectivement sur des hypothèses. Bien entendu, un pilotage se fait chaque année, mais on dispose tout de même d'éléments factuels, ne serait-ce que la démographie.

Je pense qu'aucune solution n'est bonne en soi. Toutes les solutions sont difficiles pour tous, particulièrement s'agissant de la retraite.

Que l'on ait augmenté l'âge légal d'un mois ou de cinq ans, vous auriez de toute façon eu, aujourd'hui, les mêmes réflexions. Nous faisons au mieux pour garantir le versement des pensions dans le cadre de notre système par répartition.

M. Philippe Mouiller, président. – Les enjeux en matière de natalité me permettent de faire la transition avec la branche qui va faire l'objet de la prochaine présentation, la branche famille.

- Présidence de M. Jean Sol, vice-président -

M. Olivier Henno, rapporteur pour la branche famille. – Nous allons parler d'excédent, et pas de déficit, mais ce n'est pas pour autant que tout va pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles s'agissant de la branche famille – nous avons notamment déjà parlé de la baisse de la natalité.

L'exercice 2023 pour la branche famille devrait être en excédent de 1 milliard d'euros, en réduction de 900 millions d'euros par rapport à 2022. Les recettes de la branche devraient s'élever à 57 milliards d'euros, soit une augmentation de 7 % par rapport à l'an passé. Cette progression serait portée par l'ajustement des salaires à l'inflation et la réattribution d'une quote-part complète de taxe sur les salaires après la fin des congés dérogatoires en vigueur durant la crise sanitaire. Les produits des cotisations sociales croîtraient de 4,9 %. Les dépenses atteindraient 56 milliards d'euros, soit une hausse de 9 % par rapport à 2022.

Comme vous le savez, ce dynamisme est la conséquence non pas tant de nouvelles réformes ambitieuses que de l'indexation des prestations légales sur l'inflation et du transfert de 2 milliards d'euros de dépenses de congé maternité depuis la branche maladie-maternité. Elle est aussi le résultat – il faut tout de même le saluer – d'un effort financier quant aux prestations extralégales finançant les accueils collectifs.

Le fonds national d'action sociale de la branche augmenterait ainsi ses dépenses de 6,4 % en 2023, en lien avec la nouvelle convention d'objectifs et de gestion (COG) prévoyant la revalorisation de la prestation de service unique (PSU).

Pour l'exercice 2024, l'objectif de dépenses de la branche famille serait fixé à 58 milliards d'euros, en hausse de 3,6 %. Les recettes sont estimées à 58,8 milliards d'euros ; le solde s'établirait donc à 800 millions d'euros. L'année prochaine serait ainsi marquée par une réduction de 20 % de l'excédent par rapport à 2023.

Les perspectives pluriannuelles de la branche famille appellent un commentaire principal. En dépit du maintien en excédent des comptes, la trajectoire financière de la branche famille n'est pas rassurante. En 2025, le solde de la branche sera, selon le Gouvernement, de 500 millions d'euros. Réduit artificiellement de 2 milliards d'euros en 2022, ce solde de la branche ne donne pas les marges de manœuvre suffisantes pour les réformes annoncées par le Gouvernement et encore moins pour les autres réformes nécessaires. Cet excédent amoindri masque, en réalité, le manque d'ambition pour les familles. Je souscris donc pleinement à la proposition de notre rapporteure générale d'abonder les recettes de la branche famille de 2 milliards d'euros, provenant de l'assurance maladie-maternité, et de mettre ainsi fin à une mesure d'affichage budgétaire promulguée l'an dernier.

S'agissant des mesures de politiques familiales, j'ai déjà eu l'occasion de dire notre déception à la vue de ce PLFSS, qui ne comportait aucun article dans le texte initial, à l'exception de l'objectif de dépenses. Les trois articles finalement retenus dans le texte transmis au Sénat ne sont que des ajustements paramétriques de mesures déjà votées les années précédentes. Permettez-moi tout de même d'aborder quelques détails de ces dispositions.

L'article 46 *bis* propose d'assouplir la prise du congé paternité et d'accueil de l'enfant par les non-salariés agricoles. Depuis la réforme de 2021, les exploitants agricoles doivent en effet interrompre leur activité et se faire remplacer pendant une durée minimale de sept jours, débutant à la naissance de l'enfant, pour percevoir les allocations de remplacement au titre du congé paternité. Or il est très difficile pour eux de trouver des remplacements au pied levé, surtout si la grossesse arrive à son terme avant la date prévue. Cet article propose d'allonger le délai dans lequel l'exploitant agricole peut faire usage de son congé. Il assouplit un dispositif rigide, et je vous propose de l'adopter en l'état.

L'article 46 *ter* est une adaptation de divers paramètres des réformes concernant le complément de mode de garde (CMG). Ce sont surtout des ajustements marginaux à l'évolution du CMG « emploi direct », votée l'année dernière afin de réduire le reste à charge des familles recourant à une assistante maternelle ou une garde à domicile.

Cette réforme, dont l'entrée en vigueur est prévue pour 2025 seulement, fait l'objet de travaux techniques de préparation qui, selon le Gouvernement, ont fait émerger quelques difficultés.

L'une de ces adaptations consiste à supprimer la disposition qui exclut du droit au CMG les ménages versant à leur salarié une rémunération supérieure à un plafond. Cette disposition avait été introduite pour éviter un effet inflationniste sur les salaires des assistantes maternelles et employées à domicile. Le dispositif proposé permet aux parents employeurs, lorsque le plafond est atteint, de ne plus être exclus du bénéfice du CMG, mais de recevoir une prestation plafonnée. Cette disposition me paraît aller dans le bon sens.

Un autre alinéa de cet article concerne le nouveau barème proposé pour définir un CMG horaire et linéaire selon les ressources de la famille. En l'état de la loi, le barème doit prendre en considération les « périodes de garde ou d'accueil de l'enfant », afin de tenir compte des horaires atypiques de garde pour des parents travaillant la nuit ou le week-end. Le Gouvernement propose de supprimer cette prise en compte, aux motifs que la majoration pour horaires de garde atypiques est aujourd'hui peu demandée par les familles et, qu'à un niveau agrégé, ces périodes particulières de garde n'ont que peu d'effet sur les rémunérations des salariés. Il ne me semble toutefois pas opportun de revenir sur cette majoration possible dans la réforme du CMG, dès lors qu'elle peut répondre à des situations familiales spécifiques. Je vous proposerai donc un amendement de suppression.

L'article 46 *ter* prévoit de reporter l'entrée en vigueur de la réforme du tiers payant du CMG « structure » bénéficiant aux familles recourant à une microcrèche ou un prestataire de garde à domicile. Cette réforme a été adoptée en LFSS pour 2019 pour une application initiale en 2022. En LFSS de 2022, le Gouvernement avait demandé, en cours d'examen du texte, un premier report à 2024, arguant des difficultés techniques rencontrées. Une nouvelle fois, il nous est demandé de différer à 2026 l'entrée en vigueur de cette réforme, sans étude d'impact ni précision supplémentaire. Je vous proposerai de ne pas acquiescer à cette démarche et de voter le maintien à septembre 2024 de l'application d'une réforme attendue par les familles.

Enfin, l'article 46 *quater* est une demande de rapport sur la réforme de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE). En lieu et place d'une réforme des congés parentaux, annoncée pourtant en juillet dernier, le Gouvernement retient cet amendement parlementaire dans le texte transmis au Sénat. Je vous proposerai, bien entendu, un amendement de suppression, d'autant que j'ai déjà mené ce travail, au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss), avec Annie Le Houerou.

Voilà, mes chers collègues, l'examen, pour cette année, des mesures ayant trait à la branche famille. Si le PLFSS ne saurait résumer l'actualité d'une politique sociale, il est tout de même révélateur des choix du Gouvernement et, en l'occurrence, du manque de cap et de vision pour le soutien de la société aux familles, alors que la natalité est en baisse. Il semble que le service public de la petite enfance se construise, pour l'instant, à coup de rapports commandés, de réflexions entamées et d'annonces précipitées... Des revalorisations automatiques de prestations légales et des efforts financiers de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) pour les crèches, pour essentiels qu'ils soient, ne suffisent pas non plus à faire une politique familiale.

Notre pays est pourtant à la croisée des chemins. La chute continue des naissances devrait atteindre, en 2023, un niveau inédit : pour la première fois, depuis au moins 1982, l'Insee devrait enregistrer moins de 700 000 naissances annuelles. Ce serait 150 000 naissances de moins par an qu'en 2010 ! La baisse de la natalité agirait donc, en 2024, comme une force modératrice des dépenses de la branche ; le volume des prestations familiales devrait se contracter de 0,4 % en 2024. C'est évidemment une situation dramatique.

Pour la première fois depuis longtemps au Gouvernement, la nouvelle ministre des solidarités et des familles aborde la question de la natalité. Il faut le reconnaître. Cependant, le retour à une politique familiale universelle qu'elle mentionne est évasif, comme nous avons pu le constater en commission.

La réaffirmation d'une politique universelle pourrait pourtant se traduire par des mesures précises et sans ambiguïté, s'appliquant, en priorité, aux allocations familiales. Le soutien à toutes les familles - y compris les familles des classes moyennes exclues par les seuils de ressources des barèmes, mais ne disposant pas des revenus nécessaires pour réaliser leur désir d'enfants - marquerait véritablement le retour à une politique familiale ambitieuse.

- Présidence de M. Philippe Mouiller, président -

Mme Florence Lassarade. - En tant qu'ancienne pédiatre, je suis encore régulièrement sollicitée par les jeunes qui m'entourent et par de jeunes familles.

Je m'intéresse aux professions à horaires atypiques. J'ai récemment été sollicitée par une jeune restauratrice qui tient un établissement avec son mari. Compte tenu de leurs horaires de travail, faire garder leurs enfants en crèche coûte à ce couple des sommes astronomiques. Ces forces vives de notre pays doivent bricoler avec la famille ou des voisins, alors même qu'elles ont du mal à trouver du personnel pour les décharger.

Face à ces difficultés, ce couple a finalement décidé de ne pas faire de troisième enfant, d'autant que l'entrée à l'école maternelle à trois ans les pénalise aussi.

Si l'accent a été récemment mis sur les familles monoparentales, ne doit-on pas renforcer le soutien aux couples qui travaillent et qui renoncent à avoir autant d'enfants qu'ils le souhaiteraient ?

M. Olivier Henno, rapporteur. – C'est pour tenir compte de ces situations que nous avons maintenu le dispositif sur la prise en compte des horaires atypiques au sein du barème du CMG.

Il ne faut pas tellement s'étonner de la baisse de la natalité. L'arrivée d'un enfant est sans doute le changement de vie que la société compense le moins ! On est pris en charge quand on est malade, quand on prend sa retraite... La naissance d'un enfant, compte tenu de la difficulté à se loger et des problèmes de garde, a un impact extrêmement violent sur le niveau de vie des couples. Cela joue sur leur décision d'avoir ou non un enfant. Il faudrait refonder la politique familiale pour en tenir compte, et ce dès le premier enfant.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Les auditions que nous avons menées me laissent perplexe. M. Grivel, le directeur général de la Cnaf, n'a pas pu nous dire quelle était la part du budget consacrée à la lutte contre la fraude. Il a précisé qu'elle occupait 700 agents sur 35 000, soit 2 % des effectifs, ce qui est peu. Faire le constat de la fraude, c'est bien, mais encore faut-il pouvoir la chiffrer. Les plus optimistes pensent qu'elle n'est pas très élevée, tandis que d'autres parlent de plusieurs milliards d'euros. J'aimerais que l'ensemble des branches travaillent sur ce point pour disposer d'évaluations.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Toutes nos auditions ont été assez décevantes, même si Mme Aurore Bergé a témoigné d'un certain volontarisme en la matière. On jugera sur pièces... Si cette question doit être une priorité, ce n'est pas sur les prestations financées par la branche famille que les fraudes sont les plus importantes. La question de la fraude aux prestations sociales en général doit être une priorité, comme l'ont souligné la rapporteure générale et plusieurs intervenants.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. – Pour la dixième fois sur les onze derniers exercices, la branche AT-MP présentera un excédent en 2023. La dynamique positive des cotisations, en hausse de 6,5 % du fait de l'évolution favorable des salaires et de l'emploi, a plus que compensé l'accroissement de 5,5 % des dépenses, principalement alimenté par des indemnités journalières en essor. Par conséquent, l'année 2023 est marquée, pour la branche, par un excédent record de 1,9 milliard d'euros.

Cette situation excédentaire devrait se maintenir en 2024, malgré des recettes en berne du fait d'une baisse des taux de cotisations AT-MP visant à garantir la neutralité financière pour les employeurs d'une hausse symétrique pour la branche vieillesse, actée lors de la réforme des retraites. Avec 17,1 milliards d'euros de recettes prévisionnelles, la branche AT-MP disposera donc des ressources nécessaires pour couvrir son objectif de dépenses pour 2024, fixé à 16,0 milliards d'euros par l'article 45 du PLFSS.

Les prévisions pluriannuelles ne laissent pas augurer de dégradation de la situation financière de la branche, qui maintiendrait des excédents annuels compris entre 0,8 et 1,2 milliard d'euros de 2025 à 2027. Faut-il toutefois se réjouir de cet excédent structurel, qui peut paraître confortable, voire enviable au regard de la situation financière d'autres branches ? Pas nécessairement, au risque de surprendre.

Une branche n'a pas davantage vocation à être excédentaire qu'à être déficitaire : l'effort de financement doit refléter les besoins réels. La situation structurellement excédentaire que présente la branche AT-MP est le signe d'une déconnexion à long terme entre ses besoins de financement et ses recettes, illustrée par l'excédent cumulé toujours croissant de la branche, qui atteindra, selon les prévisions, 12,5 milliards d'euros à l'horizon 2027. Autant de contributions réclamées à l'employeur sans qu'elles ne servent leur destination originelle : lutter contre les risques professionnels et indemniser les victimes !

Alors, comment valoriser ces excédents ? Plus que la baisse des cotisations dans l'immédiat, c'est l'accentuation de la prévention qui est au cœur de toutes les revendications, tant chez les organisations patronales que syndicales. Celle-ci permettra d'amoinrir la sinistralité, qui se maintient à un niveau trop élevé avec près d'un million d'AT-MP reconnus chaque année ; et donc, à terme, d'ajuster le niveau des contributions demandées à l'employeur.

Alors que l'effort de prévention porté par la branche AT-MP représente à peine 2 % des dépenses qu'elle finance, un changement de paradigme est désormais indispensable : la branche n'a pas seulement vocation à indemniser les victimes, elle doit aussi mettre en œuvre des programmes en amont permettant d'éviter la survenue des sinistres.

Pour ce faire, on ne peut pas se contenter des spots télévisuels déployés depuis un mois sur l'initiative du ministère du travail, utiles et nécessaires, mais qui ne constituent qu'une partie de la réponse à apporter. C'est un véritable accompagnement des entreprises qu'il est indispensable de mettre en œuvre, dans une démarche d'« aller vers ».

Cette stratégie a déjà fait ses preuves, notamment avec le programme TMS-Pros, qui se traduit par une réduction sensible des sinistres pour les entreprises qui le mettent en œuvre, et dont les résultats prometteurs doivent conduire à poursuivre le développement. Cette approche nécessite, j'en conviens, de procéder à de nombreux recrutements dans les services des caisses, ce qui présuppose d'améliorer l'attractivité de ces métiers trop longtemps délaissés.

Je dirai un mot sur un sujet qui me tient particulièrement à cœur : l'effort de prévention doit être encore davantage intensifié pour les travailleuses, dont les spécificités sont aujourd'hui insuffisamment prises en compte. Cela se traduit très concrètement dans les statistiques de sinistralité, en augmentation de 42 % entre 2001 et 2019 pour les femmes, tandis qu'elles baissaient de 27 % pour les hommes sur la même période. Il est donc urgent, comme le prévoit le rapport d'information sur la santé des femmes au travail, que j'ai corapporté avec Annick Jacquemet, Laurence Rossignol et Laurence Cohen, d'élaborer une stratégie nationale pour la prévention et la santé des femmes au travail.

Au-delà de l'investissement dans la prévention, les excédents doivent permettre de garantir une indemnisation juste pour les victimes d'AT-MP. Je me félicite, en ce sens, de la reconnaissance récente des cancers de l'ovaire et du larynx comme des maladies professionnelles liées à l'amiante, laquelle permettra de simplifier considérablement l'accès à la réparation pour les victimes concernées.

Je conclurai cette présentation de la situation financière de la branche AT-MP sur ce qui peut sonner comme une évidence : ses produits, financés quasi intégralement par les employeurs, ne sauraient être siphonnés par la multiplication des transferts au bénéfice d'autres branches à la situation financière plus dégradée.

Les transferts à la branche maladie au titre de la sous-déclaration, fixé à 1,2 milliard d'euros, et à la branche vieillesse pour la couverture des dépenses liées au départ en retraite anticipée pour incapacité, qui dépasse désormais les 100 millions d'euros, représentent 8 % des dépenses de la branche pour 2024, un total non négligeable. S'y ajoutent, au sein de l'article 44 du PLFSS, des transferts au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva), pour 335 millions d'euros, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Fcaata), pour 355 millions d'euros, et les dépenses au titre du compte professionnel de prévention (C2P), notifiées à 96,5 millions d'euros.

Deux de ces transferts nécessitent une attention particulière. D'abord, le transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration se maintient à 1,2 milliard d'euros en 2024. Ce montant, qui n'a jamais baissé depuis son instauration en 1997, a été rehaussé de 100 millions d'euros en 2022 puis en 2023 pour tenir compte des évaluations les plus récentes de la commission chargée d'en évaluer le coût.

Si la sous-déclaration est un phénomène bien étayé statistiquement, contre lequel il convient de lutter, je vous proposerai, comme Pascale Gruny l'avait fait l'an dernier, de ramener le montant du transfert à 1 milliard d'euros, son niveau jusqu'en 2021, considérant que la croissance perpétuelle du montant du transfert revient à nier les efforts pourtant réels réalisés par les entreprises et les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) pour lutter contre la sous-déclaration, et que la branche AT-MP n'a pas vocation, parce qu'elle est excédentaire, à servir de variable d'ajustement pour combler le déficit des autres branches.

En outre, le transfert au Fiva connaîtra une hausse de plus de 50 % en 2024, du fait de la revalorisation du barème d'indemnisation et du retour de son fonds de roulement autour de son niveau prudentiel. Si le bien-fondé de l'augmentation de la dotation au Fiva est incontestable, il est toutefois regrettable que la branche AT-MP porte l'intégralité de la montée en charge tandis que l'État, reconnu responsable du scandale de l'amiante, maintient sa dotation à 7,7 millions d'euros, un montant anecdotique par rapport aux 335 millions versés par la branche AT-MP.

Passons maintenant aux quatre mesures nouvelles que contient le PLFSS pour 2024 pour la branche AT-MP.

Des quatre articles, c'est l'article 39 du PLFSS qui a concentré l'essentiel des débats. Pour les comprendre, un rappel du contexte s'impose.

Depuis le compromis historique de la loi de 1898 sur la réparation des accidents du travail, la victime d'un AT-MP perçoit une indemnité pour les préjudices subis sans avoir à prouver la faute de l'employeur, en échange de quoi l'indemnité est forfaitaire et non intégrale. Ce système permet de mutualiser le risque AT-MP, et d'éviter au salarié et à l'employeur des procédures judiciaires coûteuses et chronophages, qui auraient engorgé les juridictions et ajouté de l'incertitude sur le niveau de réparation. Seule exception à l'immunité juridique dont dispose l'employeur en cas d'AT-MP, la victime d'une faute inexcusable de l'employeur peut bénéficier, en plus d'une rente AT-MP majorée, d'une réparation intégrale des postes de préjudice non déjà pris en compte dans la rente, notamment le préjudice esthétique.

Le versement de l'indemnité, prend, lorsque la victime est atteinte d'un taux d'incapacité permanente supérieur à 10 %, la forme d'une rente viagère. Celle-ci présente, historiquement, un caractère dual selon la Cour de cassation : elle vise à couvrir tout à la fois déficit professionnel, constitué des pertes de salaire futur encourues ; et le déficit fonctionnel permanent, qui retrace les préjudices extraprofessionnels.

Toutefois, la Cour de cassation a procédé, le 20 janvier 2023, à un revirement de jurisprudence constituant l'aboutissement de quinze années de combats des associations d'accidentés du travail, en considérant que la rente, en ce qu'elle est indexée sur le salaire, ne pouvait avoir pour objet de réparer le préjudice extraprofessionnel. Dès lors que le déficit fonctionnel permanent n'est plus couvert par la rente, les victimes d'AT-MP avec faute inexcusable de l'employeur peuvent désormais en demander réparation intégrale devant le juge, ce qui peut représenter des montants de plusieurs centaines de milliers d'euros.

Inquiets pour le risque de judiciarisation des AT-MP et pour les potentielles faillites de petites entreprises en cas de condamnation, les partenaires sociaux ont abouti, à l'unanimité, à un accord national interprofessionnel (ANI), le 15 mai 2023, réclamant que le législateur prenne toutes les dispositions nécessaires pour garantir la dualité de la rente.

L'article 39 visait à répondre à cette inquiétude et à consacrer, dans la loi, le caractère dual de la rente. Pour prendre en compte la jurisprudence de la Cour de cassation, l'article 39 entendait modifier les modalités de calcul de la rente pour séparer une part professionnelle, calculée en fonction du salaire et du taux d'incapacité, et une part extraprofessionnelle, calculée en fonction du taux d'incapacité et d'un barème. Si l'étude d'impact assurait que les nouvelles modalités de calcul seraient plus favorables aux victimes, le Gouvernement réclamait, en fait, un chèque en blanc. L'article 39 confiait en effet au pouvoir réglementaire la fixation de l'ensemble des paramètres d'indemnisation, sans même associer les partenaires sociaux, un comble pour une branche gérée paritairement. De plus, il tirait les conséquences du principe de non double indemnisation applicable en droit français en retirant le déficit fonctionnel permanent, désormais à nouveau indemnisé via la rente, des postes indemnisables par le juge en cas de faute inexcusable. Ce faisant, il substituait à une réparation intégrale une réparation forfaitaire pour les victimes d'une faute inexcusable de l'employeur reconnue par le juge, une évolution qui leur était sans conteste défavorable et a suscité un tollé chez les associations les défendant.

Considérant que l'article 39 allait plus loin que l'ANI, les modalités de transposition retenues par le Gouvernement n'ont pas permis de dégager de consensus entre les partenaires sociaux, en plus d'avoir constitué un irritant pour l'ensemble des associations de défense des victimes d'accidents du travail. Le sujet, redoutablement complexe techniquement de l'aveu même de la direction de la sécurité sociale, n'en est pas moins sensible

politiquement : un temps de concertation supplémentaire semble donc souhaitable, voire nécessaire, avant d'adopter des modifications aussi substantielles sur le régime de la rente AT-MP. C'est la raison pour laquelle le Gouvernement ne l'a pas retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité devant l'Assemblée nationale.

Le manque de préparation évident de cette réforme, qui, en définitive, ne satisfait quasiment personne, emporte des conséquences regrettables : mal compris et inapplicable en l'état, l'article 39 a exacerbé les tensions entre partenaires sociaux et menace dès lors les avancées pourtant notoires prévues par l'ANI en matière de prévention. Je vous inviterai à vous prononcer pour le maintien de sa suppression.

Il importe désormais que les partenaires sociaux maintiennent le dialogue pour dégager, par la négociation, une position commune sur le devenir de la rente AT-MP, qui puisse, sinon satisfaire, du moins convenir à toutes les parties, y compris les associations de défense des victimes.

L'ANI du 15 mai 2023 doit désormais faire l'objet, si un consensus venait à être trouvé, d'une transcription intégrale dans un projet de loi ad hoc. Compte tenu de la date d'entrée en vigueur prévue pour l'article 39, fixée au 31 décembre 2024, il est possible de retravailler le texte et d'adopter une réforme plus équilibrée, sans retarder excessivement le calendrier de mise en œuvre, répondant ainsi aux inquiétudes des organisations patronales auditionnées.

J'ai acquis la certitude, après ces auditions, qu'il faut nous emparer de ce sujet au-delà du PLFSS.

Les trois autres articles portent des mesures utiles, à n'en pas douter, mais dont les répercussions financières sur l'équilibre de la branche devraient être modestes.

L'article 26 entend, dans la lignée d'une expérimentation concluante s'étant déroulée dans quatre caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA), ouvrir la possibilité pour les médecins du travail de déléguer à des infirmiers en santé au travail certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude à destination des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé.

Je précise qu'il ne s'agit pas là d'un transfert de compétences, mais bien d'une délégation de compétences, réalisée dans la limite des compétences des infirmiers et définie par le médecin selon un protocole précis, dont je vous proposerai, par amendement, de mieux encadrer l'établissement.

Ce dispositif préserve, en outre, la place prépondérante du médecin du travail dans l'examen médical d'embauche et dans la réalisation du renouvellement de l'examen médical d'aptitude en présence d'éléments pouvant justifier une inaptitude ou des mesures d'aménagements du poste de travail qui lui resteraient intégralement dévolus.

Compte tenu des résultats probants obtenus par l'expérimentation, qui a permis d'accroître l'accessibilité aux médecins du travail et de renforcer l'attractivité des services santé sécurité au travail, je vous inviterai à vous prononcer en faveur de ce dispositif. Convaincue de son bien-fondé, j'inviterai, en séance, le Gouvernement à en étudier l'extension à l'ensemble des salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé.

L'article 39 *bis* vise à sécuriser, pour le passé et pour l'avenir, le versement par l'Établissement national des invalides de la marine (Enim), l'établissement qui gère la protection sociale des marins, de deux prestations : l'indemnité journalière de nourriture, qui complète les indemnités journalières pour les marins confrontés à un accident de travail maritime ou à une maladie en cours de navigation, et le soutien exceptionnel versé aux victimes de l'amiante dont l'action en faute inexcusable de l'employeur est prescrite.

Le service de ces prestations est suspendu depuis mai 2023 en raison d'un contentieux ouvert par la Cour des comptes pour défaut de base légale. L'article 39 *bis* permet la validation des versements préalables à la suspension, l'acquittement rétroactif des prestations non versées du fait de la suspension, et l'établissement pour l'avenir d'un cadre légal mieux défini pour l'indemnité journalière de nourriture.

Je vous inviterai à adopter cet article, modifié par les amendements que je vous proposerai.

Enfin, l'article 39 *ter* vise à renforcer les moyens du Fiva pour identifier les bénéficiaires potentiels de ses prestations et lutter contre le non-recours, qui frapperait, par exemple, plus de 50 % des victimes de mésothéliome. Pour ce faire, l'article 39 *ter* inscrit dans les missions du Fiva la détection des bénéficiaires potentiels, et instaure un cadre de transfert de données au profit du Fiva approuvé dans son principe par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Cet article permettra au Fiva de couvrir les préjudices de davantage de victimes de l'amiante, dans une démarche d'« aller vers » : je vous inviterai donc à l'adopter, modifié par un amendement garantissant la destruction des données personnelles acquises sur des personnes non éligibles ou non consentantes.

Sous les réserves que j'ai évoquées, je vous invite à vous prononcer en faveur de l'objectif de dépenses de la branche, fixé à 16,0 milliards d'euros pour 2024.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Merci pour cet exposé très clair. Comme l’an dernier, je ne partage pas votre contestation du transfert à l’assurance maladie de 1,2 milliard d’euros pour sous-évaluation des accidents de travail, car il s’agit d’une fourchette basse et, qui plus est, d’une recommandation formulée par une commission indépendante. Avez-vous des éléments démontrant que cette commission se trompe ? Le transfert ne règle pas tout : les salariés qui auraient dû être en accident de travail et se trouvent abusivement en arrêt maladie sont privés de certains droits.

Sur l’article 39, tout le monde était contre, pour des raisons différentes. Je suis également favorable à sa suppression. La commission des affaires sociales doit engager un travail de fond sur l’indemnisation des accidents de travail en France. Quelquefois, les salariés qui devraient déclarer un accident de travail sont en arrêt maladie, car ils seraient mieux indemnisés.

M. Philippe Mouiller, président. – Je prends note de votre demande.

Mme Frédérique Puissat. – L’article 39 est arrivé soudainement. J’ai eu l’occasion de demander au ministre Olivier Dussopt son estimation de l’impact qu’aurait cette modification. J’attendais le chiffre précis, car il n’est pas anecdotique. De mémoire, je crois que l’on parle de quelque 20 millions d’euros. C’est une somme qui peut mettre en difficulté un certain nombre d’entreprises dont les très petites entreprises (TPE) et les petites et moyennes entreprises (PME). Je suis, par conséquent, d’avis qu’on laisse travailler les partenaires sociaux et qu’on conserve dans ce budget les sommes que le Gouvernement souhaite allouer à d’autres objectifs. Concernant la sous-déclaration des AT-MP, il faudrait que nous rencontrions cette commission d’évaluation qui, chaque année, nous donne le même chiffre, pour savoir de manière précise et technique comment elle calcule cette sous-évaluation.

Mme Pascale Gruny. – Sur l’article 39, faisons confiance aux partenaires sociaux.

Concernant la sous-évaluation, l’augmentation continue de son montant signifierait qu’il n’y a jamais d’amélioration. Pourtant, les entreprises consentent énormément d’efforts dans la prévention des accidents du travail. Pour un employeur, le coût d’un salarié en accident de travail est très élevé. Cela signifie également que les médecins ne sont ni informés ni formés, pour dire aux salariés qu’ils sont victimes d’un accident du travail. Quand j’étais directrice des ressources humaines, la prise en charge d’un accident du travail pour le salarié atteignait 80 %, contre seulement 50 % en maladie. Tous les frais de santé sont systématiquement pris en charge ; la prise en charge est supérieure en cas d’accident du travail. Quoi qu’il en soit, le transfert vers la branche maladie n’est pas clair.

M. Alain Milon. – J’adhère à la demande de Raymonde Poncet Monge sur la nécessité de réaliser un travail sur la branche AT-MP qui en fait n’est pas une branche. Elle n’est qu’une sous-commission de la branche maladie, elle n’a donc pas l’autonomie des autres branches. Afin d’avancer sur les autres propositions évoquées ici, il faudrait certainement envisager d’en faire une branche autonome.

Mme Corinne Féret. – Permettez-moi de rappeler le contexte politique particulier dans lequel prennent place les discussions sur cette branche : la réforme des retraites a abordé des sujets importants comme la pénibilité et le Fonds d’investissement dans la prévention de l’usure professionnelle (Fipu) a été créé. Aujourd’hui, cette branche est à nouveau excédentaire : en matière de prévention, on pourrait faire beaucoup plus. Nous le redoutions, mais on constate bien aujourd’hui la baisse des cotisations des entreprises en contrepartie d’une hausse pour les cotisations retraites. Je rappelle que cette branche est financée à 95 % par les cotisations des entreprises.

Sur l’article 39, malgré l’existence d’un dialogue social, il n’a pas été tenu compte de l’accord conclu entre les partenaires sociaux. Le Gouvernement a retiré cet article, dont acte ! Mais il a fallu compter sur la vigilance des partenaires sociaux pour relever cet excès !

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Je rejoins vos remarques sur le fait qu’il est nécessaire de travailler sur la branche AT-MP et sur son autonomie, car cela apporterait beaucoup d’éclaircissements.

S’agissant des montants reversés à d’autres branches, je ne suis pas d’accord avec Mme Poncet-Monge, ce serait nier les efforts faits par les employeurs. La sous-déclaration n’est-elle le fait que de la branche AT-MP ? Je ne le pense pas. Comme l’a rappelé Pascale Gruny, les médecins doivent recevoir une formation plus approfondie. Il y a encore peu de temps, les médecins ne corrélaient pas systématiquement le diagnostic de certains cancers à l’exposition à l’amiante.

L’idée de Frédérique Puissat est pertinente : il importe de mieux connaître les chiffres et méthodes sur lesquels la commission d’évaluation s’appuie.

Concernant les conséquences de la jurisprudence de la Cour de cassation : aujourd’hui on relève 3 000 cas par an d’indemnisations du fait de la faute inexcusable de l’employeur. Si on laissait la jurisprudence en l’état, bon nombre d’entreprises ne pourraient pas faire face à la situation. Le défaut de l’article 39 tient au fait que le Gouvernement a voulu à la fois donner satisfaction à l’ANI et tenir compte de la jurisprudence de la Cour de cassation. Au départ, cet article visait à conserver le caractère dual de la rente pour éviter les excès, mais le résultat est incompréhensible et inacceptable pour les partenaires que nous avons auditionnés.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour la branche autonomie. –

Au premier abord, ce PLFSS semble offrir des perspectives favorables à la branche autonomie, avec un objectif de dépenses pour 2024 s'élevant à 39,9 milliards d'euros, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2023. Pour autant, alors qu'un déficit est prévu pour 2023, le solde de la branche serait excédentaire de 1,3 milliard d'euros en 2024. En effet, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) bénéficiera de l'apport de 0,15 point de CSG en provenance de la Cades, prévu par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Ce surcroît de recettes représente 2,6 milliards d'euros pour 2024, mais l'excédent devrait s'éroder rapidement sous l'effet du dynamisme tendanciel des dépenses pour s'établir, en l'absence de mesures nouvelles, à 0,4 milliard d'euros en 2027. Ainsi, à moyen terme, la question des ressources de la branche qui, aujourd'hui, repose essentiellement sur la CSG ne cessera pas de se poser dans le contexte de vieillissement de la population et de besoins encore insatisfaits.

Le PLFSS intègre une progression de 4 % de l'objectif global de dépenses (OGD) fixé à 31,5 milliards d'euros, au titre du financement des établissements et des services médico-sociaux (ESMS), avec une hausse plus prononcée dans le champ des personnes âgées (+ 4,9 %) que dans celui des personnes handicapées (+ 3,4 %).

Dans le champ des personnes âgées, les mesures incluent le recrutement d'environ 6 000 équivalents temps plein (ETP) en Ehpad, après les 3 000 recrutements prévus cette année. Cette accélération permettra d'améliorer le taux d'encadrement dans ces établissements même si l'objectif formulé lors de la dernière campagne présidentielle de recruter 50 000 infirmiers et aide-soignants sur le quinquennat a vu son horizon repoussé à 2030.

Quelque 120 millions d'euros supplémentaires seront dédiés aux services à domicile, reflétant la montée en charge de la réforme de la tarification engagée depuis 2022, avec notamment la mise en place d'un tarif plancher et d'un « bonus qualité », ainsi que la création de 50 nouveaux centres de ressources territoriaux. Cela reste timide, surtout au regard de l'enjeu de la création de 25 000 nouvelles places en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) d'ici à 2030. Les étapes pour atteindre cet objectif n'apparaissent pas clairement vu les profondes difficultés de recrutement que connaît le secteur. Ces services ont désormais deux ans pour se transformer en « services autonomie à domicile », dispensant à la fois de l'aide et du soin, ce qui suppose de surmonter certains obstacles pratiques.

À court terme, ces ambitions sont mises en péril par la situation préoccupante des établissements et des services médico-sociaux. En particulier, la situation financière des Ehpad, qui s'explique à la fois par des difficultés conjoncturelles – la crise sanitaire, puis la hausse des prix et des rémunérations – et par les problèmes plus structurels qui affectent les

établissements, est alarmante. Au 31 décembre 2022, 55 % des Ehpad, tous statuts confondus, et 60 % des Ehpad publics étaient en déficit. Une enquête menée par la Fédération hospitalière de France (FHF) a mis en évidence la récente aggravation du niveau de déficit ainsi que le nombre croissant d'établissements publics faisant face à des difficultés de trésorerie de court terme. Ces difficultés se retrouvent aussi dans le secteur privé non lucratif et dans le secteur privé lucratif.

S'il est nécessaire et bienvenu, le fonds d'urgence de 100 millions d'euros prévu par le PLFSS est loin d'être à la hauteur des besoins. Selon les représentants du secteur, ces crédits ne permettront d'intervenir que dans les situations les plus critiques. Les commissions départementales mises en place pour répartir les crédits du fonds offriront néanmoins l'opportunité de cartographier et d'analyser plus précisément la situation des Ehpad et des services à domicile du pays.

J'en viens à la présentation des articles qui concernent la branche autonomie.

Ce PLFSS marque un tournant en matière de financement des Ehpad en amorçant la fusion entre la section « soins », actuellement financée par la sécurité sociale, et la section « dépendance », financée par les départements par le biais de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), avec une participation des résidents. Cette répartition des ressources et des dépenses des établissements, complétée par la section « hébergement », est remise en cause depuis plusieurs années. Alors que sa pertinence apparaît de moins en moins évidente, compte tenu de l'évolution du profil des personnes accueillies, elle représente un facteur de complexité et de coûts importants pour les établissements. Il en résulte des disparités territoriales en matière de ressources allouées aux établissements, voire de prise en charge des résidents et un manque de lisibilité pour les usagers et leurs familles.

L'article 37 vise donc à créer un régime adapté de financement des Ehpad, des petites unités de vie et des établissements de santé autorisés à délivrer des soins de longue durée, dans lequel les sections « soins » et « dépendance » seraient fusionnées. Cette nouvelle section « soins et entretien de l'autonomie » serait subventionnée par un forfait global unique attribué par l'ARS et financé par la branche autonomie.

Ce régime pérenne, et non expérimental, serait toutefois optionnel. Les départements pourraient choisir à tout moment d'adhérer à ce régime adapté par une délibération de leur assemblée délibérante. En revanche, ce choix serait définitif. Il entraînerait la reprise par l'État et la sécurité sociale de ressources équivalentes au transfert de charges résultant du choix de la fusion.

Par son caractère « à la carte », cette réforme de simplification et d'homogénéisation pourrait paradoxalement se traduire par des complexités supplémentaires et avoir pour effet de laisser s'installer dans la durée des disparités plus profondes entre les départements.

Force est de constater que les intentions du Gouvernement à l'égard de cet article sont ambiguës : la ministre Aurore Bergé ne s'est-elle pas déclarée « totalement d'accord avec l'idée d'une expérimentation » devant notre commission, sans toutefois proposer de modifier le texte ? Je vous propose de lever cette ambiguïté en transformant le régime adapté proposé par l'article 37 en une expérimentation, d'une durée de trois ans, à laquelle pourraient participer dix départements au maximum. Si l'évaluation du dispositif par la CNSA était concluante, sa généralisation et sa pérennisation pourraient alors être envisagées.

Au-delà du financement des Ehpad, il semble aujourd'hui nécessaire de clarifier les relations financières entre la CNSA et les départements. En particulier, les modalités de la compensation du coût de la mise en place du tarif plancher pour les services à domicile ont pu créer des effets d'aubaine et léser les départements qui avaient déjà fait l'effort d'avoir des tarifs plus élevés que la moyenne. Plus généralement, la CNSA verse aujourd'hui douze concours, d'un montant de plus de 5 milliards d'euros, aux départements. Le PLFSS ne contient aucune mesure visant à les rationaliser. Une réforme est souhaitable afin d'en améliorer la lisibilité et la transparence.

Dans le champ du handicap, l'article 38 prévoit la création d'un service de repérage des enfants de moins de six ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant, et la prise en charge par l'assurance maladie d'un parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention. Il traduit ainsi une annonce formulée lors de la Conférence nationale du handicap d'avril dernier et s'inscrit dans l'objectif de « déployer 50 000 solutions nouvelles » d'ici à 2030.

Le dépistage et la prise en charge des handicaps à l'âge où le cerveau a la plus grande plasticité possible sont essentiels afin de maximiser l'impact de l'intervention et de limiter les risques de surhandicap. Ils font leur preuve en matière de troubles du neuro-développement (TND) pour lesquels un dispositif semblable, organisé par les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), a déjà été mis en place : un rapport de nos collègues Jocelyne Guidez, Laurent Burgoa et Corinne Féret a documenté ce sujet. On peut toutefois se demander ce qu'apportera ce nouveau « service » auquel sont appelés à contribuer des acteurs existants, qu'il s'agisse des établissements et services médico-sociaux, des professionnels de soins de ville, des services de protection materno-infantile (PMI) ou de l'éducation nationale, et qui s'appuiera sur les examens médicaux obligatoires de l'enfant prévus par le code de la santé publique et sur le bilan de santé et de prévention réalisé par l'aide sociale à l'enfance (ASE).

La question de son articulation avec les outils déjà déployés, tels que les PCO et le forfait d'intervention précoce en matière de TND, se pose également. Afin de clarifier cette articulation, je vous proposerai, d'une part, d'inscrire dans la loi la limite d'âge de douze ans du parcours des enfants présentant un TND et, d'autre part, de préciser que le nouveau service pourra être organisé par les acteurs existants, notamment les PCO.

Le nouveau service risque également de se heurter aux limites actuelles des dispositifs de diagnostic et de prise en charge, notamment au manque de places dans les centres pour enfants ainsi que de professionnels de ville volontaires pour s'engager dans cette démarche. Afin de renforcer les centres d'action médico-sociale précoce (Camps), le texte prévoit la possibilité d'assouplir la répartition actuelle de leur financement pour accroître la part de la sécurité sociale dans le cadre d'une convention entre l'ARS et le conseil départemental. Cet assouplissement ne devra pas se faire au détriment des actions de prévention actuellement financées par la contribution des départements.

À l'Assemblée nationale, plusieurs articles additionnels ont été retenus par le Gouvernement. Les deux premiers font écho à la présentation, il y a un mois, de la nouvelle stratégie de mobilisation et de soutien pour les aidants 2023- 2027. À cette occasion, la ministre avait pris l'engagement de favoriser le recours au congé de proche aidant en mettant en place des « droits rechargeables » à l'allocation journalière du proche aidant (AJPA).

Rappelons que le congé de proche aidant reste un dispositif peu indemnisé. Alors que sa durée, renouvellements compris, ne peut excéder un an sur l'ensemble de la carrière, le bénéficiaire de l'AJPA, d'un montant de 62 euros par jour, est limité à 66 jours au total. Or, une personne peut être amenée à aider plusieurs de ses proches au cours de sa carrière. Afin de mieux tenir compte de ces situations, l'article 37 bis prévoit que la durée des droits à l'AJPA puisse être renouvelée lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées, dans la limite d'un an du congé. Cette mesure étant de nature à favoriser la conciliation entre la charge de proche aidant et la vie professionnelle, je vous inviterai à l'adopter.

L'article 37 ter apporte une réponse provisoire à la demande légitime de renforcement de l'offre de solutions de répit pour les aidants, en prolongeant d'une année supplémentaire l'expérimentation de dérogations au droit du travail dans le cadre de services de « relayage » à domicile et de séjours de répit aidant-aidé. Cette prolongation doit s'accompagner d'une véritable réflexion sur le modèle économique et juridique de ces dispositifs.

En matière de compensation du handicap, la ministre a formulé la promesse forte de « couvrir à 100 % le coût des fauteuils roulants, quelles que soient leurs spécificités ». Dans cette perspective, l'article 38 *bis* apporte un ajustement au code de la santé publique afin de préparer l'intégration des fauteuils roulants dans le dispositif « 100 % santé ». Cet ajustement est d'une portée incertaine et n'a aucun impact direct sur la prise en charge des fauteuils roulants. En outre, les modalités de financement de cette mesure très attendue restent floues et le Gouvernement ne s'est avancé sur aucun chiffre. Il conviendra de suivre avec une grande attention la mise en œuvre de cette mesure, qui passe notamment par des négociations avec les fabricants et les complémentaires santé.

Quant à l'article 37 *quater*, il prévoit un mécanisme de remboursement entre l'assurance maladie, la CNSA et les départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'APA, lorsqu'elles sont servies pour le compte d'un autre État membre de l'Union européenne.

En revanche, le PLFSS est muet sur la situation des jeunes adultes en situation de handicap maintenus dans des structures pour enfants, telles que les instituts médico-éducatifs (IME), au-delà de l'âge limite - généralement de 20 ans - pour lequel elles sont agréées : environ 10 000 personnes sont concernées au titre de l'amendement Creton, faisant peser une pression sur l'offre des établissements pour enfants - ce sont autant de places qui ne sont pas libérées - et pouvant de surcroît affecter l'organisation de ces établissements.

Je considère qu'un accompagnement plus adapté doit être proposé à ces jeunes. C'est pourquoi je présenterai un amendement permettant, à titre expérimental, l'accueil de jeunes en situation de handicap dès l'âge de 16 ans dans des dispositifs médico-sociaux de transition, sur orientation de la commission départementale des droits des personnes handicapées. Ces jeunes y recevraient un accompagnement spécifique jusqu'à leur admission dans un établissement pour adulte.

Les questions liées à l'autonomie devraient rester à l'agenda politique au-delà du PLFSS puisque, à défaut d'un projet de loi sur le grand âge longtemps promis et attendu en vain, la proposition de loi pour bâtir la société du bien vieillir en France sera de nouveau inscrite à l'ordre du jour des travaux de l'Assemblée nationale à partir du 20 novembre prochain et que la ministre des solidarités compte sur un examen dans les meilleurs délais au Sénat. Ce texte, d'une ambition initialement modeste, est devenu le véhicule de mesures structurantes concernant la politique de prévention et de prise en charge de la dépendance, comme la création d'un service public départemental de l'autonomie ou l'obligation pour les Ehpad publics d'adhérer à un groupement territorial.

Face aux enjeux liés au vieillissement de la population et au financement de la prise en charge des personnes vulnérables, les décisions qui seront prises dans les mois à venir, qui pourraient avoir des conséquences de long terme, devront retenir toute notre attention.

M. Daniel Chasseing. – Je partage l’avis du rapporteur concernant le handicap, le repérage des enfants et le renfort à apporter aux aidants. Je tiens à signaler que le secteur de la pédopsychiatrie rencontre de grandes difficultés dans certains départements.

S’agissant du vieillissement de la population et plus particulièrement du doublement de la part de la population âgée de plus de 85 ans prévu d’ici à 2030, il me semble que la prise en charge devrait monter plus rapidement en puissance que le rythme préconisé par le PLFSS pour 2024.

Au niveau des Ehpad, 6 000 ETP seront certes recrutés en 2024, complétant les 3 000 ETP recrutés cette année, mais cet effort ne représente cependant qu’un ETP par établissement, alors que le déficit de main-d’œuvre s’aggrave en raison de l’entrée de personnes de plus en plus dépendantes.

Une augmentation des dépenses à hauteur de 5,3 % est prévue par rapport à 2023, mais j’insiste sur les grandes difficultés auxquelles sont confrontés les Ehpad du fait de l’inflation et de l’augmentation des salaires.

Pour ce qui concerne les recrutements, le Président de la République avait annoncé le recrutement de 50 000 infirmiers et aide-soignants : il faudrait donc procéder à 20 000 recrutements par an sur la période 2025-2026. Ceux-ci entraîneront certes des dépenses, mais celles-ci sont indispensables, sous peine d’affronter de graves problèmes dans la prise en charge de nos aînés.

La fusion entre la section « soins » et la section « dépendance » s’inscrit quant à elle totalement dans l’esprit de la loi de 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie, qui prévoyait une prise en charge de la dépendance par la collectivité nationale. Je ne comprends pas pourquoi il est demandé aux départements de choisir d’adhérer à un nouveau régime, car cela risque, comme vous l’avez relevé, de créer des disparités entre départements.

Des ambiguïtés sont également présentes concernant la compensation financière, alors que les départements devraient disposer de marges de manœuvre supplémentaires afin de muscler leur action en matière d’aide à domicile.

Mme Corinne Féret. – Ce rapport, complet, insiste à juste titre sur la situation préoccupante de l’autonomie. Depuis 2018, nous attendons une grande loi sur le sujet, mais celle-ci a été reportée à de multiples reprises.

Depuis la création de la branche autonomie, aucune réponse à la hauteur des attentes et des enjeux n'a été apportée, alors que la prise en charge et l'accompagnement de nos aînés nous concernent tous. Le PLFSS pour 2024 ne fait pas exception, puisqu'il ne contient pas d'actions fortes.

Sur la question du recrutement, le Président de la République avait d'abord annoncé le recrutement de 50 000 emplois d'ici à la fin de son mandat, avant que cette échéance ne soit reportée à 2030. L'engagement de procéder à 6 000 recrutements en 2024 est lui aussi très en deçà des besoins des établissements, en butte à de grandes difficultés, qu'il s'agisse des Ehpad publics et associatifs. Ces difficultés sont telles qu'elles contraignent les établissements à arbitrer entre certains postes de dépenses ou les empêchent de s'acquitter des factures d'énergie.

Il faudrait pourtant leur accorder les moyens adaptés à la poursuite de leur activité et à l'accueil de nos aînés. L'enveloppe de 100 millions d'euros accordée par l'État ne saurait y suffire : il s'agit davantage d'une opération de communication que d'une véritable réponse aux attentes fortes qui s'expriment dans nos territoires.

Mme Florence Lassarade. – Merci pour cet exposé très exhaustif. L'article 38 semble créer une nouvelle usine à gaz, sous la forme d'un service de repérage des enfants de moins de 6 ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant. Il existe pourtant une série d'outils, dont le diagnostic postnatal des maladies rares, et nous pourrions nous interroger sur les tests réalisés dans d'autres pays européens en matière de dépistage de maladies pour lesquelles un traitement est disponible. Cette démarche serait bien plus innovante que la création d'une nouvelle plateforme aux contours mal définis.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il est tout à fait légitime d'évoquer la situation catastrophique des Ehpad, mais je précise que l'enveloppe de 100 millions d'euros qui a été débloquée est destinée à l'ensemble des établissements et des services d'aide à domicile.

N'oublions pas que la convention collective de la branche de l'aide à domicile coexiste avec une convention collective unique. Ainsi, l'augmentation forfaitaire de 183 euros découlant du Ségur de la santé a été accordée aux personnels des Ehpad, mais pas aux salariés de la branche de l'aide à domicile, créant une distorsion structurelle de rémunération et entraînant des démissions. Ce transfert de personnel de la branche de l'aide à domicile vers les Ehpad est intervenu de manière assez silencieuse, laissant croire que leurs difficultés étaient en partie résolues.

Du fait du tournant domiciliaire, j'insiste sur le fait que la multiplication des Ehpad – nous avons bien sûr besoin de ces établissements – ne saurait suffire pour affronter le défi de la transition démographique : il faut prendre en considération l'importance des services d'aide à domicile.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Je partage certains de vos constats, notamment concernant la situation particulièrement dégradée des Ehpad et le report des recrutements à l’horizon 2030. Avec 40 000 ETP à recruter entre 2025 et 2030, comme l’a justement souligné M. Chasseing, la question de la formation et de l’attractivité des métiers reste posée.

Madame Féret, vous avez raison de souligner que la loi sur le grand âge est attendue depuis fort longtemps, puisqu’Agnès Buzyn l’avait déjà annoncé. La proposition de loi consacrée au « bien vieillir » devrait être examinée par le Sénat en début d’année.

Concernant l’article 38, je partage l’avis de Mme Lassarade quant à l’inutilité d’empiler les dispositifs alors que ceux qui existent déjà donnent des résultats intéressants. Je vous proposerai d’ailleurs un amendement visant à faire en sorte que l’organisation du nouveau service soit assurée par les plateformes d’orientation et de coordination déjà présentes.

Je partage également l’avis de Mme Poncet-Monge quant au fait que l’aide aux personnes âgées englobe l’aide au domicile, secteur tout aussi sinistré que celui des Ehpad.

EXAMEN DES ARTICLES

Article liminaire (supprimé)

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L’amendement n° 185 a pour objet de rétablir cet article liminaire, qui est une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale.

L’amendement n° 185 est adopté.

Article 1^{er} (supprimé)

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L’amendement n° 186 a pour objet de rétablir dans sa rédaction initiale cet article, qui constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale.

L’amendement n° 186 est adopté.

Article 2 (supprimé)

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L’amendement n° 187 vise à rétablir l’article 2 portant la révision de l’Ondam 2023, mais en proposant une majoration du sous-objectif relatif aux établissements de santé, puisque nous sommes en désaccord avec la proposition du Gouvernement.

L’amendement n° 187 est adopté.

Article 4

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 188 tend à augmenter le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour l'année 2023 de 2,21 milliards d'euros à 2,35 milliards d'euros.

L'amendement n° 188 est adopté.

Article 5

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 189 vise à permettre aux Urssaf de déroger à leur obligation de paiement des prestations déclarées par un particulier employeur en cas d'exclusion du dispositif ou de suspension de la possibilité de l'utiliser, comme le texte le prévoit déjà pour les prestations déclarées par un prestataire de services.

L'amendement n° 189 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 190 vise à rendre applicable l'obligation de conservation de pièces justificatives des versements directs réalisés par un particulier employeur au profit de son salarié non plus seulement au particulier employeur, mais également au salarié et, le cas échéant, au mandataire.

L'amendement n° 190 est adopté.

L'amendement de précision rédactionnelle n° 191 est adopté, de même que les amendements rédactionnels nos 192 et 193. Les amendements de précision nos 194 et 195 sont adoptés, de même que les amendements rédactionnels nos 196, 197, 198, 199, 200, 201 et 202.

Article 6

Les amendements rédactionnels nos 203, 204 et 206 sont adoptés, de même que l'amendement de précision n° 205.

Article 7

L'amendement rédactionnel n° 207 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 208 vise à supprimer une mention superfétatoire.

L'amendement n° 208 est adopté.

Article 7 ter

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – Vous avez sans doute entendu parler des kits proposés pour faciliter la fraude sociale. L'amendement n° 209 vise à qualifier d'incitation à la fraude sociale toute démarche de cette nature, qu'elle soit publique ou non.

L'amendement n° 209 est adopté, de même que les amendements rédactionnels nos 210 et 211.

Article 7 quinquies

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'article 7 quinquies vise à préciser que les informations que l'assurance maladie doit d'ores et déjà communiquer aux ordres professionnels au sujet des cas de manquements à la déontologie commis par des professionnels de santé incluent notamment celles qui portent des faits à caractère frauduleux.

Les pratiques frauduleuses constituant évidemment des manquements à la déontologie, la précision proposée revêt un caractère superfétatoire, qui ne contribue pas à la clarté et à la qualité de la loi. D'où l'amendement de suppression n° 212.

L'amendement n° 212 est adopté.

Article 8

L'amendement rédactionnel n° 213 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 214 vise à permettre aux Urssaf de corriger, par l'intermédiaire d'une déclaration sociale nominative (DSN) de substitution, les données déclarées par un employeur à l'issue d'un contrôle aboutissant à un redressement ayant une incidence sur les droits des salariés concernés ou au constat d'une infraction de travail dissimulé.

L'amendement n° 214 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 215 est un amendement de correction d'une erreur matérielle.

L'amendement n° 215 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 216 vise à garantir que le recouvrement de la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL), actuellement collectée par la Caisse des dépôts et consignations, ne soit pas transféré aux Urssaf.

L'amendement n° 216 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 217 vise à corriger une erreur matérielle.

L'amendement n° 217 est adopté, de même que les amendements rédactionnels nos 218 et 219.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 220 vise à corriger une erreur matérielle.

L'amendement n° 220 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 221 vise à permettre à la caisse de sécurité sociale de Mayotte d'être destinataire non seulement des données relatives aux prestations sociales versées à ses affiliés *via* la DSN PASRAU, mais également des données relatives à leurs salaires par le biais de la DSN.

L'amendement n° 221 est adopté, de même que l'amendement de précision rédactionnelle n° 222.

Article 9

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 223 de Mme Gruny est un rédactionnel.

L'amendement n° 223 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 224 vise à corriger une erreur matérielle.

L'amendement n° 224 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 225 vise à supprimer les dispositions prévoyant le versement à la Cnav d'une contribution de l'Agirc-Arrco au titre de la solidarité financière du système de retraite.

L'amendement n° 225 est adopté, de même que l'amendement de coordination n° 226.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 227 vise à rejeter le « gel » des taux de la contribution tarifaire d'acheminement à leur niveau actuel.

L'amendement n° 227 est adopté.

Article 10

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 228 vise à corriger une erreur matérielle et à transférer 2 milliards d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche famille. L'article 20 de la LFSS 2023 a en effet réalisé un transfert de charges de 2 milliards d'euros de la branche maladie vers la branche famille, correspondant à 60 % de la charge des IJ pour congé de maternité et à l'intégralité des IJ relatives à l'adoption et à l'accueil de l'enfant, sans transférer les ressources correspondantes.

L'amendement n° 228 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'article 10 tend à neutraliser l'augmentation de 250 millions d'euros des plafonds de compensation par la CNSA aux départements de la PCH et de l'APA qui devrait normalement résulter du transfert de 0,15 point de CSG à la CNSA.

L'amendement n° 229 prévoit de supprimer cette neutralisation.

L'amendement n° 229 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 230 vise à supprimer la disposition permettant au Gouvernement de réduire par arrêté, dès 2023 et sans plafonnement, la compensation à l'Unédic du dispositif de réduction dégressive des contributions patronales d'assurance chômage.

L'amendement n° 230 est adopté.

Article 10 bis

L'amendement de précision rédactionnelle n° 231 est adopté.

Article 10 ter

Les amendements rédactionnels nos 232, 233, 234 et 237 sont adoptés, de même que l'amendement de précision n° 235 et l'amendement de coordination n° 236.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 238 vise à supprimer les dispositions permettant au Gouvernement, dans le cadre de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants, de modifier par décret les taux et les assiettes des cotisations de retraite complémentaire des professions libérales et des avocats ainsi que les valeurs d'achat et de service de leurs points de retraite complémentaire.

L'amendement n° 238 est adopté, ainsi que l'amendement de précision n° 239.

Article 10 quinquies

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'article 10 quinquies fixe en multiples du Smic de 2023 (et non plus en multiples du Smic de l'année en cours) les salaires maximaux permettant de bénéficier des allègements de charges patronales dits « bandeau maladie » et « bandeau famille ».

L'amendement n° 240 prévoit que malgré l'augmentation du Smic, cela ne pourra pas amener ces seuils à devenir inférieurs à 2 Smic de l'année en cours. En effet, il faut préserver ces allègements pour les bas salaires. Il convient en outre d'éviter de susciter une incertitude pour les entreprises sur l'avenir du dispositif.

L'amendement n° 240 est adopté.

Article 10 nonies

L'amendement rédactionnel n° 241 est adopté.

Article 10 decies

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'article 10 *decies* prévoit la remise d'un rapport évaluant les effets de la suppression du régime social des indépendants (RSI) et formulant des propositions de règlement amiable des contentieux liés aux dettes contractées auprès du régime en outre-mer, et en particulier à La Réunion.

Conformément à la jurisprudence constante de la commission concernant les demandes de rapports, l'amendement n° 242 vise à supprimer cet article.

L'amendement n° 242 est adopté.

Article 11

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 243 vise à supprimer la réforme de l'assiette et des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments. Celle-ci prévoit de faire dépendre l'essentiel de la contribution due par chaque entreprise de sa part dans le montant remboursé par l'assurance maladie.

L'amendement n° 243 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 244 vise à rendre applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux certaines des garanties envisagées dans le cadre de la réforme de la clause de sauvegarde des médicaments.

L'amendement n° 244 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – En cohérence avec l'amendement proposé à l'article 4, qui augmente le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux au titre de 2023 pour tenir compte de l'incertitude pesant sur le secteur et de l'effet de rattrapage de son chiffre d'affaires après la crise sanitaire, le présent amendement vise à augmenter le montant Z – correspondant aux dispositifs médicaux – pour 2024, en le portant à 2,45 milliards d'euros.

L'amendement n° 245 est adopté.

Article 11 ter

L'amendement de mise en cohérence rédactionnelle n° 246 est adopté.

Article 16

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 247 vise à supprimer cet article, qui approuve l'annexe A au présent projet de loi, celle-ci comprenant notamment la programmation quadriennale des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

L'amendement n° 247 est adopté.

Article 17

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 248 inscrit le principe de la consultation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés avant de fixer les conditions de rémunération associées à la vaccination.

L'amendement n° 248 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 249.

Article 20

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 250 prévoit que le rendez-vous de prévention soit organisé en coordination avec le médecin traitant.

L'amendement n° 250 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 251 prévoit que les règles de rémunération des professionnels de santé soient fixées lors de négociations conventionnelles au plus tard le 1er janvier 2026.

L'amendement n° 251 est adopté.

Article 21

L'amendement rédactionnel n° 252 est adopté, de même que l'amendement de cohérence rédactionnelle n° 253.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 254 est un amendement de coordination juridique.

L'amendement n° 254 est adopté.

Article 22

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 255 vise à rendre obligatoire la consultation des organisations syndicales

représentatives des professionnels de santé concernés avant publication d'un arrêté fixant les modalités d'organisation et de rémunération d'un parcours.

L'amendement n° 255 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 256 prévoit que les avis du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) relatifs à la généralisation des expérimentations soient formulés au plus tard trois mois avant leur échéance.

L'amendement n° 256 est adopté.

Article 22 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 257 vise à clarifier la rédaction de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux expérimentations.

L'amendement n° 257 est adopté.

Article 22 ter

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 258 tend à apporter une précision rédactionnelle.

L'amendement n° 258 est adopté.

Article 22 quater

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 259 tend à assurer la transmission effective des conclusions de l'expérimentation avant sa généralisation.

L'amendement n° 259 est adopté.

Article 23

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 260 prévoit de tester « en vie réelle » à compter de 2025 le nouveau modèle de financement des établissements de santé, à l'issue d'une phase de réflexion en 2024.

L'amendement n° 260 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 261 vise à corriger une erreur rédactionnelle.

L'amendement n° 261 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 262 permet la définition de forfaits au regard des spécificités de certains traitements, au premier rang desquels les dialyses et la radiothérapie oncologique.

L’amendement n° 262 est adopté, de même que l’amendement de correction n° 263 et l’amendement de précision n° 264.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 265 vise à reporter l’entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2028, à l’issue d’une expérimentation de trois ans.

L’amendement n° 265 est adopté.

Article 25

Les amendements rédactionnels nos 266 et 267 sont adoptés.

Article 26

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L’amendement n° 268 vise à sécuriser davantage le dispositif de délégation de tâches entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail.

L’amendement n° 268 est adopté.

Article 26 quater

L’amendement de suppression n° 269 est adopté.

Article 26 sexies

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 270 apporte une amélioration rédactionnelle.

L’amendement n° 270 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 271 vise à avancer la date à laquelle le Gouvernement doit adresser au Parlement un rapport d’évaluation, qui évaluera notamment la pertinence d’une généralisation.

L’amendement n° 271 est adopté.

Avant l’article 27

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 272 vise à mettre à la charge des assurés n’honorant pas un rendez-vous en soins de ville une somme forfaitaire fixée par décret, au bénéfice de l’assurance maladie.

L’amendement n° 272 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 273 prévoit une consultation systématique des commissions des affaires sociales de l’Assemblée nationale et du Sénat sur tout projet de texte réglementaire modifiant les montants de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle.

L’amendement n° 273 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 274 apporte deux modifications au régime applicable aux conventions conclues par les professionnels de santé avec l’assurance maladie afin de mieux maîtriser les incidences financières.

L’amendement n° 274 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 275 vise à inciter les professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé (DMP), à limiter les actes inutiles et redondants et à maîtriser les dépenses.

L’amendement n° 275 est adopté.

Article 27

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 276 maintient l’avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions des praticiens.

L’amendement n° 276 est adopté.

Article 27 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 277 vise à apporter une précision juridique.

L’amendement n° 277 est adopté.

Article 28

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 278 tend à autoriser la sage-femme référente à téléprescrire un arrêt de travail pour une durée supérieure à trois jours, ou à porter à plus de trois jours la durée d’un arrêt de travail en cas de renouvellement par téléprescription.

L’amendement n° 278 est adopté, de même que l’amendement rédactionnel n° 279.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 280 est un amendement de coordination juridique.

L’amendement n° 280 est adopté, de même que l’amendement rédactionnel n° 281.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 282 fixe au 1^{er} avril 2024 la date d’entrée en vigueur des dispositions de l’article 28.

L’amendement n° 282 est adopté.

Article 29

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 283 prévoit que la Haute Autorité de santé (HAS) rend son avis sur la base d’un référentiel publié et accessible à tous, et que la mesure n’entre en vigueur que douze mois après la publication de ce référentiel.

L’amendement n° 283 est adopté.

Article 29 bis

Les amendements rédactionnels nos 284 et 285 sont adoptés.

Article 30

L’amendement rédactionnel n° 286 est adopté.

Article 31

Les amendements rédactionnels nos 287 et 288 sont adoptés.

Article 32

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 289 tend à confier la production des préparations hospitalières spéciales à des pharmacies d’officine sous-traitantes dûment autorisées par l’ARS.

L’amendement n° 289 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 290 vise à permettre l’exécution, par les pharmacies d’officine, de préparations hospitalières spéciales à partir d’une matière première à usage pharmaceutique fournie par un établissement autorisé par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à exercer une activité de fabrication, d’importation et de distribution de substances actives.

L’amendement n° 290 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 291 tend à mieux associer les organisations représentatives des pharmaciens à la définition des prix de cession des préparations officinales spéciales.

L’amendement n° 291 est adopté.

Article 33

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 292 vise à supprimer la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de médicaments en rupture.

L'amendement n° 292 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 293 permet au Gouvernement de prendre les mesures envisagées d'épargne de médicaments, y compris en cas de risque de rupture.

L'amendement n° 293 est adopté.

Article 34

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 294 tend à maintenir le renouvellement possible pour une période de trois ans de la prise en charge provisoire des actes professionnels.

L'amendement n° 294 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 295 prévoit de maintenir le délai supplémentaire dont dispose la HAS pour rendre son avis sur l'inscription des actes aux nomenclatures, lorsque l'évaluation présente une complexité.

L'amendement n° 295 est adopté.

Article 35

L'amendement rédactionnel n° 296 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 297 vise à rendre plus favorables les modalités de fixation de l'indemnité par l'assurance maladie lors de la période de prise en charge temporaire en matière d'accès précoce.

L'amendement n° 297 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 298.

Article 36

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 299 prévoit l'information des établissements pharmaceutiques susceptibles d'assurer la reprise de l'exploitation ou de la fabrication, en vue de leur permettre d'anticiper éventuellement l'organisation de celle-ci avec les façonniers.

L'amendement n° 299 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 300 précise la possibilité pour l’ANSM de désigner des médicaments d’intérêt thérapeutique majeur.

L’amendement n° 300 est adopté.

Article 36 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 301 prévoit de maintenir le rapport du Gouvernement au Parlement, en fixant la date limite au 30 juin 2024.

L’amendement n° 301 est adopté.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L’amendement n° 302 vise à compléter l’évaluation de l’expérimentation qui sera présentée par le Gouvernement au Parlement par un avis de la HAS.

L’amendement n° 302 est adopté.

Article 37

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 303 vise à transformer en expérimentation la fusion des sections « soins » et « dépendance » pour le financement des Ehpad.

L’amendement n° 303 est adopté, de même que l’amendement de coordination n° 304.

Article 37 ter

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 305 vise à supprimer une disposition redondante.

L’amendement n° 305 est adopté.

Article 38

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 306 prévoit que, s’agissant du financement des Camps, les conventions ARS-département définissent des objectifs en matière de prévention.

L’amendement n° 306 est adopté.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 307 vise à ajouter à la liste des contributeurs du nouveau service de repérage les services de l’ASE.

L’amendement n° 307 est adopté.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 308 tend à inscrire dans la loi la limite d’âge de 12 ans, actuellement prévue par décret, pour l’accompagnement des enfants présentant un trouble du neurodéveloppement.

L’amendement n° 308 est adopté.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 309 vise à préciser que le nouveau service de repérage pourra être organisé par les plateformes de coordination et d’orientation.

L’amendement n° 309 est adopté.

Après l’article 38

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L’amendement n° 310 permet l’accueil de jeunes de 16 ans et plus en situation de handicap dans des dispositifs de transition.

L’amendement n° 310 est adopté.

Article 38 bis

L’amendement rédactionnel n° 311 est adopté.

Article 39 bis

L’amendement rédactionnel n° 312 est adopté.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L’amendement n° 313 est un amendement de sécurisation juridique.

L’amendement n° 313 est adopté.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L’amendement n° 314 tend à corriger une erreur.

L’amendement n° 314 est adopté, de même que l’amendement rédactionnel n° 315.

Article 39 ter

Les amendements rédactionnels nos 316 et 317 sont adoptés.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L’amendement n° 318 vise à inclure les organismes de sécurité sociale dans la liste des entités auprès desquelles le Fiva peut requérir des informations.

L’amendement n° 318 est adopté.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L’amendement n° 319 vise à garantir que les potentiels bénéficiaires identifiés par le Fiva puissent être systématiquement avisés de leur droit de s’opposer à la poursuite du traitement des données.

L'amendement n° 319 est adopté.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L'amendement n° 320 limite la conservation des données personnelles.

L'amendement n° 320 est adopté.

Article 40

L'amendement de précision n° 321 est adopté, de même que l'amendement rédactionnel n° 322.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 323 vise à sécuriser la situation des habitants de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon.

L'amendement n° 323 est adopté.

Article 40 bis

Les amendements rédactionnels nos 324 et 325 sont adoptés.

Article 40 quater

L'amendement rédactionnel n° 326 est adopté.

Article 40 sexies

L'amendement rédactionnel n° 327 est adopté.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 328 vise à mettre en cohérence l'âge d'entrée en jouissance de la majoration de pension résultant de la prise en compte de l'indemnité de feu pour le calcul de la pension de retraite avec celle de l'âge de départ en retraite anticipée applicable aux sapeurs-pompiers professionnels.

L'amendement n° 328 est adopté.

Après l'article 40 sexies

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale, en remplacement de Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement n° 329 vise à rendre obligatoire la justification de l'existence des retraités résidant hors de France par le biais de la biométrie à compter du 1^{er} janvier 2027.

L'amendement n° 329 est adopté.

Article 41

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale. – L'amendement n° 330 tend à fixer dans la loi les dotations accordées à un certain nombre d'organismes.

L'amendement n° 330 est adopté.

Article 43

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 331 vise à rejeter l'Ondam.

L'amendement n° 331 est adopté.

Après l'article 43

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 332 prévoit une clause de retour devant le Parlement en cas de dépassement de plus de 1 % de l'Ondam.

Mme Raymonde Poncet Monge. – On n'a pas fini de siéger !
(*Sourires.*)

L'amendement n° 332 est adopté.

Article 43 bis

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'amendement n° 333 tend à redonner au comité d'alerte sa fonction et son rôle dans le pilotage des dépenses d'assurance maladie en cours d'exercice.

L'amendement n° 333 est adopté.

Article 44

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – L'amendement n° 334 vise à fixer à 1 milliard d'euros le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie.

L'amendement n° 334 est adopté.

Article 45

L'amendement rédactionnel n° 335 est adopté.

Article 46 ter

M. Olivier Henno, rapporteur. – L'amendement n° 336 permet de s'assurer que la réforme du complément de libre choix du mode de garde tienne compte de toutes les situations de famille – je pense aux personnes ayant des horaires atypiques.

L'amendement n° 336 est adopté.

M. Olivier Henno, rapporteur. – L'amendement n° 337 prévoit de maintenir au 1^{er} septembre 2024 l'entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG.

L'amendement n° 337 est adopté.

Article 46 quater

M. Olivier Henno, rapporteur. – L'amendement n° 338 tend à supprimer une demande de rapport sur la prestation partagée d'éducation de l'enfant.

L'amendement n° 338 est adopté.

La commission propose au Sénat d'adopter le projet de loi de financement de la sécurité sociale, sous réserve de l'adoption de ses amendements.

TABLEAU DES AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

Auteur	N°	Objet
Article liminaire (Supprimé)		
Mme DOINEAU	185	Rétablissement de l'article
Article 1^{er} (Supprimé) Rectification des tableaux d'équilibre		
Mme DOINEAU	186	Rétablissement de l'article
Article 2 (Supprimé) Rectification de l'Ondam et des sous-Ondam		
Mme DOINEAU	187	Rétablissement de la révision de l'Ondam 2023 suivant une ventilation remaniée
Article 4 Révision à la hausse du montant M 2023		
Mme DOINEAU	188	Augmentation du montant Z pour 2023
Article 5 Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier		
Mme DOINEAU	189	Dérogation à l'obligation de paiement par les Urssaf des prestations déclarées par un particulier employeur en cas d'exclusion ou de suspension du dispositif d'avance des aides aux services à la personne
Mme DOINEAU	190	Extension du champ de l'obligation de conservation des pièces justificatives des versements directs réalisés par un particulier employeur au profit de son salarié
Mme DOINEAU	191	Amendement de précision
Mme DOINEAU	192	Amendement de précision
Mme DOINEAU	193	Amendement de précision
Mme DOINEAU	194	Amendement de précision
Mme DOINEAU	195	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Mme DOINEAU	196	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	197	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	198	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	199	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	200	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	201	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	202	Amendement rédactionnel
Article 6 Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par leurs utilisateurs		
Mme DOINEAU	203	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	204	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	205	Amendement de précision
Mme DOINEAU	206	Amendement rédactionnel
Article 7 Annuler la participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude		
Mme DOINEAU	207	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	208	Suppression d'une mention superfétatoire
Article 7 ter Création d'un délit de facilitation de la fraude sociale		
Mme DOINEAU	209	Qualification d'incitation à la fraude sociale des actes d'incitation non publics
Mme DOINEAU	210	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	211	Amendement rédactionnel
Article 7 quinquies Communication par l'Assurance maladie des informations relatives à la fraude des professionnels de santé aux ordres professionnels		
Mme DOINEAU	212	Suppression de l'article
Article 8 Simplification de l'organisation du recouvrement		
Mme DOINEAU	213	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	215	Sécurisation du transfert aux Urssaf du recouvrement de la CSG due au titre des revenus de remplacement perçus par les salariés agricoles
Mme DOINEAU	216	Annulation du transfert aux Urssaf du recouvrement de la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
Mme DOINEAU	217	Répartition entre les branches du régime général du produit du recouvrement de l'ensemble des cotisations concernées par le dispositif de reversement des sommes dues
Mme DOINEAU	218	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	219	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Mme DOINEAU	220	Sécurisation du transfert aux Urssaf du recouvrement de la cotisation d'assurance maladie due au titre des revenus de remplacement perçus par les salariés agricoles
Mme DOINEAU	221	Transmission des déclarations sociales nominatives à la Caisse de sécurité sociale de Mayotte
Mme DOINEAU	222	Amendement de précision
Article 9		
Simplification du schéma de financement du système de retraite		
Mme GRUNY	223	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	224	Intégration du régime des régies ferroviaires d'outre-mer à la liste des régimes spéciaux adossés au régime général
Mme GRUNY	225	Suppression des dispositions prévoyant une contribution de l'Agirc-Arrco au titre de la solidarité financière du système de retraite et compensation intégrale par l'État des conséquences, pour le régime général, de l'adossement des régimes spéciaux fermés
Mme GRUNY	226	Amendement de coordination
Mme GRUNY	227	Suppression des dispositions permettant au Gouvernement de geler les taux de la contribution tarifaire d'acheminement
Article 10		
Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État (« article tuyau »)		
Mme DOINEAU	228	Correction d'une erreur matérielle et transfert de 2 Md€ de la branche maladie vers la branche famille
Mme DOINEAU	229	Suppression de la neutralisation de l'impact du transfert de CSG de la Cades vers la CNSA sur les plafonds des compensations PCH et APA versées par la CNSA aux départements
Mme DOINEAU	230	Suppression de la possibilité pour le Gouvernement de réduire par arrêté la compensation à l'Unédic des allègements de contributions patronales
Article 10 bis		
Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous condition de revenus		
Mme DOINEAU	231	Amendement de précision
Article 10 ter		
Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants		
Mme GRUNY	232	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	233	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	235	Amendement de précision
Mme GRUNY	236	Amendement de coordination
Mme GRUNY	237	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	238	Suppression des dispositions permettant au Gouvernement de relever les taux et les barèmes des cotisations de retraite complémentaire des professionnels libéraux
Mme GRUNY	239	Amendement de précision

Auteur	N°	Objet
Article 10 <i>quinquies</i> Réforme des « bandeau maladie » et « bandeau famille »		
Mme DOINEAU	240	Instauration pour le salaire maximal permettant de bénéficier des "bandeau famille" et "bandeau maladie" d'un plancher égal à 2 Smic de l'année en cours
Article 10 <i>nonies</i> Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des non-salariés agricoles ultramarins		
Mme GRUNY	241	Amendement rédactionnel
Article 10 <i>decies</i> Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du régime social des indépendants		
Mme DOINEAU	242	Suppression de l'article
Article 11 Révision des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé		
Mme DOINEAU	243	Suppression de la réforme de l'assiette et des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde
Mme DOINEAU	244	Encadrement du calendrier de liquidation de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux
Mme DOINEAU	245	Augmentation du montant Z pour 2024
Article 11 <i>ter</i> Modification de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux		
Mme DOINEAU	246	Amendement de correction rédactionnelle dans le code de la sécurité sociale
Article 16 Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe A)		
Mme DOINEAU	247	Suppression de l'article
Article 17 Campagne de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) et harmonisation des conditions de prise en charge de certains vaccins		
Mme IMBERT	248	Consultation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé
Mme IMBERT	249	Amendement rédactionnel
Article 20 Mise en œuvre des rendez-vous de prévention		
Mme IMBERT	250	Organisation du rendez-vous de prévention en coordination avec le médecin traitant
Mme IMBERT	251	Renvoi à la négociation conventionnelle avant le 1 ^{er} janvier 2026 pour fixer les tarifs des rendez-vous de prévention
Article 21 Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux		
Mme IMBERT	252	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	253	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	254	Coordination juridique

Auteur	N°	Objet
Article 22 Inscription dans le droit commun des expérimentations article 51		
Mme IMBERT	255	Consultation des professionnels de santé concernés avant la publication d'un arrêté fixant les modalités d'organisation et de rémunération d'un parcours coordonné renforcé
Mme IMBERT	256	Réduction du délai de transmission des avis du conseil stratégique de l'innovation en santé relatifs à la généralisation d'une expérimentation à trois mois avant la fin de l'expérimentation
Article 22 bis Inscription de la prévention comme un objectif du dispositif d'innovation en santé		
Mme IMBERT	257	Amendement rédactionnel
Article 22 ter Autorisation des professionnels de santé, travaillant dans les établissements scolaires, à adresser des élèves au dispositif <i>MonSoutienPsy</i>		
Mme IMBERT	258	Amendement rédactionnel
Article 22 quater Financement par forfaits de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie		
Mme IMBERT	259	Codification de la mesure et transmission du bilan de l'expérimentation des forfaits avant l'entrée en vigueur de leur généralisation
Article 23 Réforme des financements MCO des établissements de santé		
Mme IMBERT	260	Expérimentation de la réforme pour une durée de trois ans à compter du 1 ^{er} janvier 2025
Mme IMBERT	261	Correction d'une erreur rédactionnelle
Mme IMBERT	262	Possibilité de prévoir un financement par forfaits au regard des spécificités de certains traitements
Mme IMBERT	263	Correction d'une erreur rédactionnelle
Mme IMBERT	264	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	265	Report au 1 ^{er} janvier 2028 de la réforme du financement du MCO et préservation jusqu'à la fin d'année 2025 du mécanisme de sécurisation modulée à l'activité
Article 25 Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique		
Mme IMBERT	266	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	267	Amendement rédactionnel
Article 26 Ouverture, pour les médecins du travail, de la possibilité de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail certains actes pour le renouvellement de l'examen médical d'aptitudes salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé		
Mme RICHER	268	Renforcement de l'encadrement des protocoles de délégation d'actes entre médecins du travail et infirmiers qualifiés en santé au travail
Article 26 quater Report de l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale		
Mme IMBERT	269	Suppression de l'article

Auteur	N°	Objet
Article 26 <i>sexies</i>		
Mise en place par l'agence régionale de santé d'un parcours « dépression post-partum »		
Mme IMBERT	270	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	271	Anticipation de la date de remise du rapport d'évaluation du Gouvernement au Parlement
Articles additionnels avant l'article 27		
Mme IMBERT	274	Création d'un droit d'opposition des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé à une convention remettant en cause substantiellement la trajectoire de l'Assurance maladie. Remplacement du délai de six mois avant l'entrée en vigueur d'une convention dépensière par l'adoption d'une loi de financement de la sécurité sociale pour que la convention s'applique
Mme IMBERT	272	Création d'une somme forfaitaire versée à l'assurance maladie à la charge des assurés n'honorant par un rendez-vous médical
Mme IMBERT	273	Consultation des commissions des affaires sociales des deux chambres du Parlement sur toute modification des montants de la participation forfaitaire ou de la franchise annuelle
Mme IMBERT	275	Modulation de la rémunération des professionnels prévue dans une convention selon l'utilisation du dossier médical partagé et l'effort de maîtrise des dépenses de santé
Article 27		
Détecter plus efficacement les arrêts de travail injustifiés par un contrôle accru des prescripteurs et des assurés		
Mme IMBERT	276	Maintien de l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions
Article 27 <i>bis</i>		
Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse		
Mme IMBERT	277	Prise en compte de la compétence de prescription d'arrêts de travail de professionnels médicaux non médecins
Article 28		
Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission ou appel téléphonique		
Mme IMBERT	278	Ouverture aux sages-femmes référentes du droit à prescrire un arrêt de travail sans limitation de durée
Mme IMBERT	279	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	280	Coordination juridique
Mme IMBERT	281	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	282	Report de l'entrée en vigueur au 1 ^{er} avril 2024
Article 29		
Réduction de l'impact environnemental des dispositifs médicaux		
Mme IMBERT	283	Avis de la Haute autorité de santé sur un référentiel publié et accessible, et report de l'entrée en vigueur du référentiel douze mois après sa publication
Article 29 <i>bis</i>		
Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance		
Mme IMBERT	284	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Mme IMBERT	285	Amendement rédactionnel
Article 30 Inciter au recours aux transports partagés		
Mme IMBERT	286	Amendement rédactionnel
Article 31 Réforme du financement de l'établissement français du sang (EFS)		
Mme DOINEAU	287	Amendement rédactionnel
Mme DOINEAU	288	Amendement rédactionnel
Article 32 Utilisation des préparations officinales spéciales dans le cadre du plan blanc		
Mme IMBERT	289	Extension des sous-traitants pouvant produire des préparations hospitalières spéciales
Mme IMBERT	290	Exécution par les pharmacies d'officine de préparations officinales spéciales à partir d'une matière première à usage pharmaceutique
Mme IMBERT	291	Consultation des représentants des pharmaciens concernés à la définition des prix de cession des préparations officinales et, le cas échéant, hospitalières spéciales
Article 33 Renforcement des leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement		
Mme IMBERT	293	Possibilité pour le Gouvernement de prendre des mesures d'épargne de médicaments en cas de risque de rupture
Mme IMBERT	292	Suppression de la possibilité pour le Gouvernement de rendre obligatoire la dispensation à l'unité de médicaments en rupture
Article 34 Faciliter l'inscription à la nomenclature d'un acte associé à l'utilisation d'un dispositif médical à usage collectif		
Mme IMBERT	294	Suppression du plafonnement à 18 mois du renouvellement de la prise en charge provisoire des actes professionnels
Mme IMBERT	295	Maintien du délai supplémentaire accordé à la HAS pour rendre son avis sur une inscription complexe à la nomenclature
Article 35 Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé		
Mme IMBERT	296	Amendement rédactionnel
Mme IMBERT	297	Modification des modalités de prise en charge de l'accès dérogatoire
Mme IMBERT	298	Amendement rédactionnel
Article 36 Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures		
Mme IMBERT	299	Information des établissements pharmaceutiques publics susceptibles d'assurer la reprise de l'exploitation ou de la fabrication d'un MITM
Mme IMBERT	300	Renforcement des missions de l'ANSM en matière d'identification des MITM et de supervision des plans de gestion des pénuries

Auteur	N°	Objet
Article 36 bis		
Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical		
Mme IMBERT	302	Sollicitation d'un avis de la HAS sur la prise en charge du cannabis à usage médical
Mme IMBERT	301	Rétablissement d'un rapport au Parlement sur l'expérimentation relative au cannabis médical
Article 37		
Régime adapté de financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes		
Mme DESEYNE	303	Transformation en expérimentation de la fusion des sections "soins" et "dépendance"
Mme DESEYNE	304	Coordinations
Article 37 ter		
Prolongation de l'expérimentation du « relayage » à domicile et des séjours de répit aidant-aidé		
Mme DESEYNE	305	Suppression d'une disposition redondante
Article 38		
Création d'un service de repérage et d'orientation précoce pour toutes les situations de handicap		
Mme DESEYNE	306	Définition d'objectifs de prévention dans les conventions de financement des Camsp
Mme DESEYNE	307	Participation de l'aide sociale à l'enfance au service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce
Mme DESEYNE	308	Fixation à 12 ans de la limite d'âge du parcours de bilan et intervention précoce pour les troubles du neuro-développement
Mme DESEYNE	309	Possibilité d'organisation du parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention précoce par les plateformes existantes
Article additionnel après l'article 38		
Mme DESEYNE	310	Expérimentation d'un dispositif de transition pour les jeunes adultes en situation de handicap
Article 38 bis		
Prise en charge renforcée de certains produits et prestations		
Mme DESEYNE	311	Rédactionnel
Article 39 bis		
Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante versés par l'Établissement national des invalides de la marine (Enim)		
Mme RICHER	312	Amendement rédactionnel
Mme RICHER	313	Sécurisation juridique du dispositif
Mme RICHER	314	Sécurisation de la mesure de validation
Mme RICHER	315	Amendement rédactionnel
Article 39 ter		
Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) pour détecter les personnes qui sont susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation		
Mme RICHER	316	Correction orthographique
Mme RICHER	317	Amendement rédactionnel

Auteur	N°	Objet
Mme RICHER	318	Inclusion des organismes de sécurité sociale dans la liste d'entités desquelles le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pourra requérir des données
Mme RICHER	319	Amendement rédactionnel
Mme RICHER	320	Extension de l'obligation de destruction des données personnelles portant sur des personnes non consentantes ou non éligibles aux prestations du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante à l'ensemble des données détenues sur ces publics
Article 40 Adaptation de la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon		
Mme GRUNY	321	Amendement de précision
Mme GRUNY	322	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	323	Non-application de la réforme des retraites aux habitants de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon liquidant leurs droits entre le 1 ^{er} septembre 2023 et le 1 ^{er} janvier 2024
Article 40 bis Allongement du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable aux fonctionnaires		
Mme GRUNY	324	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	325	Amendement rédactionnel
Article 40 quater Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés et les mandataires sociaux		
Mme GRUNY	326	Amendement rédactionnel
Article 40 sexies Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de l'indemnité de feu des sapeurs-pompiers professionnels		
Mme GRUNY	327	Amendement rédactionnel
Mme GRUNY	328	Mise en cohérence de l'âge d'entrée en jouissance de la majoration de pension liée à l'indemnité de feu avec celle de l'âge de départ en retraite anticipée applicable aux sapeurs-pompiers professionnels
Article additionnel après l'article 40 sexies		
Mme GRUNY	329	Obligation de justification annuelle de l'existence des retraités résidant à l'étranger par le biais de la biométrie à compter de 2027
Article 41 Dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'office national d'indemnisation des accidents médicaux		
Mme IMBERT	330	Fixation par la loi du montant des dotations de la sécurité sociale aux fonds et organismes subventionnés
Article 43 Ondam et sous-Ondam		
Mme IMBERT	331	Rejet de l'Ondam 2024
Article additionnel après l'article 43		
Mme IMBERT	332	Qualification de la « clause de retour devant le Parlement » pour 2024 à 1% de l'Ondam

Auteur	N°	Objet
Article 43 bis Prorogation en 2024 de la neutralisation du dispositif d’alerte de l’Ondam si le risque de dépassement provient de la crise sanitaire		
Mme IMBERT	333	Suppression de l’article
Article 44 Dotation au Fiva, au Fcaata, transfert lié à la compensation de la sous-déclaration des AT-MP et au dispositif de retraite anticipée pour incapacité et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité		
Mme RICHER	334	Diminution à un milliard d’euros du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie
Article 45 Objectif de dépenses de la branche AT-MP		
Mme RICHER	335	Correction rédactionnelle
Article 46 ter Ajustement des réformes du complément de libre choix du mode de garde (CMG)		
M. HENNO	336	Maintien de la prise en compte des horaires atypiques de garde au sein des critères du CMG et clarification rédactionnelle
M. HENNO	337	Suppression du report à septembre 2026 de l’entrée en vigueur de la réforme du tiers payant pour le CMG « structure »
Article 46 quater Rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la prestation partagée d’éducation de l’enfant		
M. HENNO	338	Suppression de l’article

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/plfss2024.html>