

N° 4568

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2021

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2022*
(n° 4523)

PAR M. THOMAS MESNIER

Rapporteur général, Rapporteur pour les recettes, l'équilibre général et la santé, Député

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour l'autonomie et le secteur médico-social, Députée

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME II
COMMENTAIRES D'ARTICLES
ET ANNEXES

SOMMAIRE

| | Pages |
|---|-------|
| COMMENTAIRES D'ARTICLES | 7 |
| PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020 | 7 |
| <i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020..... | 7 |
| <i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)..... | 30 |
| DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021 .. | 34 |
| <i>Article 3</i> : Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire | 34 |
| <i>Article 4</i> : Allègement de la contribution « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques..... | 45 |
| <i>Article 5</i> : Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 54 |
| <i>Article 6</i> : Transferts financiers entre branches en 2021 | 63 |
| <i>Article 7</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021..... | 67 |
| <i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2021 | 77 |
| <i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé..... | 82 |
| TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022 ... | 84 |
| TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE | 84 |
| Chapitre I ^{er} – Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement..... | 84 |
| <i>Article 10</i> : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale..... | 84 |
| <i>Article 11</i> : Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne..... | 99 |

| | |
|---|------------|
| <i>Article 12</i> : Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire | 122 |
| Chapitre II – Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants | 132 |
| <i>Article 13</i> : Élargissement de l’expérimentation de l’auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d’erreur d’estimation du revenu | 132 |
| <i>Article 14</i> : Réforme du régime social du conjoint collaborateur..... | 139 |
| Chapitre III – Poursuivre les actions de lutte contre la fraude | 146 |
| <i>Article 15</i> : Modification du droit de communication pour optimiser les investigations..... | 146 |
| Chapitre IV – Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques | 149 |
| <i>Article 16</i> : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé | 149 |
| TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L’ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE | 162 |
| <i>Article 17</i> : Transferts financiers pour 2022..... | 162 |
| <i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l’annexe 5 | 173 |
| <i>Articles 19 et 20</i> : Approbation des tableaux d’équilibre de l’ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022 | 187 |
| <i>Article 21</i> : Approbation de l’annexe C, de l’objectif d’amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse..... | 195 |
| <i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l’emprunt..... | 199 |
| <i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l’évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)..... | 208 |
| QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L’EXERCICE 2022 | 216 |
| TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES..... | 216 |
| Chapitre I ^{er} – Poursuivre la transformation du système de santé | 216 |
| <i>Article 24</i> : Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun | 216 |
| <i>Article 25</i> : Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé | 232 |
| <i>Article 26</i> : Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d’urgence des établissements de santé ex-OQN et report de l’entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1 ^{er} janvier 2022..... | 245 |
| <i>Article 27</i> : Évolution des activités des hôpitaux des armées..... | 254 |
| <i>Article 28</i> : Isolement et contention | 264 |
| Chapitre II – Renforcer la politique de soutien à la perte d’autonomie | 271 |
| <i>Article 29</i> : Revalorisations salariales dans le secteur médico-social | 271 |
| <i>Article 30</i> : Réforme du financement et transformation de l’offre des services à domicile de l’autonomie | 276 |

| | |
|--|-----|
| <i>Article 31</i> : Extension des missions des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes | 284 |
| <i>Article 32</i> : Création d’un système d’information national pour la gestion de l’allocation personnalisée d’autonomie | 288 |
| Chapitre III – Rénover la régulation des dépenses de produits de santé | 293 |
| <i>Article 33</i> : Rénover la régulation des dépenses de produits de santé | 293 |
| <i>Article 34</i> : Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d’inscription de certains dispositifs médicaux..... | 316 |
| <i>Article 35</i> : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières | 328 |
| <i>Article 36</i> : Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé..... | 333 |
| <i>Article 37</i> : Possibilité, pour les pharmaciens d’officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence | 348 |
| <i>Article 38</i> : Prise en compte d’un critère de sécurité d’approvisionnement dans la tarification des produits de santé..... | 356 |
| <i>Article 39</i> : Mise en conformité avec l’obligation de sérialisation pour les pharmacies d’officine | 364 |
| Chapitre IV – Renforcer l’accès aux soins et les actions de prévention en santé | 368 |
| <i>Article 40</i> : Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct | 368 |
| <i>Article 41</i> : Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes | 375 |
| <i>Article 42</i> : Généralisation d’expérimentations en santé..... | 379 |
| <i>Article 43</i> : Prolongation de l’expérimentation haltes soins addictions | 384 |
| <i>Article 44</i> : Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées majeures jusqu’à 25 ans | 390 |
| <i>Article 45</i> : Simplification de l’accès à la complémentaire santé solidaire | 395 |
| Chapitre V – Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale | 405 |
| <i>Article 46</i> : Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l’assurance maladie en cas de risque sanitaire grave | 405 |
| <i>Article 47</i> : Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire | 415 |
| <i>Article 48</i> : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles | 424 |
| <i>Article 49</i> : Généralisation du recours à l’intermédiation financière des pensions alimentaires..... | 432 |
| <i>Article 50</i> : Amélioration de l’indemnisation des victimes professionnelles de pesticides .. | 444 |

| | |
|---|-----|
| <i>Article 51</i> : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives | 454 |
| <i>Article 52</i> : Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte | 459 |
| <i>Article 53</i> : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés | 463 |
| TITRE II – DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE | 466 |
| <i>Article 54</i> : Dotations 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..... | 466 |
| <i>Article 55</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès | 468 |
| <i>Article 56</i> : Objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022 | 472 |
| <i>Article 57</i> : Dotation au Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante, au Fonds de cessation anticipée d’activité des travailleurs de l’amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité | 477 |
| <i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles..... | 485 |
| <i>Article 59</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse | 492 |
| <i>Article 60</i> : Objectifs de dépense de la branche famille | 496 |
| <i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie | 501 |
| <i>Article 62</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse) | 507 |
| ANNEXES | 511 |
| ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES | 511 |
| ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D’ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L’OCCASION DE L’EXAMEN DU PROJET DE LOI | 517 |
| ANNEXE N° 3 : LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO DE L’EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION | 527 |

COMMENTAIRES D'ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020

Adopté par la commission sans modification

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

L'exercice 2020 se conclut ainsi définitivement par un résultat déficitaire de 39,7 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, en incluant le Fonds de solidarité vieillesse. Le déficit des seuls régime général et Fonds de solidarité vieillesse est arrêté à 38,7 milliards d'euros.

Ces montants, particulièrement aggravés par rapport à 2019, reflètent l'ampleur de la crise sanitaire et des mesures qui ont été prises pour la contrer dans le champ de la sécurité sociale.

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

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

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

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

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

Le Parlement est ainsi mis en mesure par les dispositions organiques de voter l'arrêté des comptes pour le dernier exercice clos, en l'occurrence l'année 2020, dans un exercice qui pourrait être rapproché de l'adoption d'une « loi de règlement » pour les finances de l'État. L'article arrêtant, outre les tableaux

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

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

I. LA CLÔTURE D'UN EXERCICE BUDGÉTAIRE 2020 PARTICULIÈREMENT DÉGRADÉ

Comme prévu par le législateur organique depuis 2006 ⁽¹⁾, les tableaux d'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale distinguent désormais la présentation des comptes du régime général et celle de l'ensemble des régimes obligatoires de base, appelant quelques remarques sur la « clé de passage » entre ces deux notions. Ces remarques sont d'ailleurs valables aussi bien pour le commentaire des tableaux d'équilibre de l'exercice rectifié ou de l'exercice à venir, présentés respectivement en deuxième et troisième parties du projet de loi.

Régime général, régimes intégrés et régimes obligatoires de sécurité sociale

Le présent encadré, désormais « traditionnel », rappelle ici les liens entre régime général, régimes intégrés et les régimes obligatoires de sécurité sociale qui constituent « l'ossature » de la loi de financement.

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

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

- le principal régime de sécurité sociale couvrant 80 % ⁽²⁾ des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires ;
- un régime prépondérant pour la branche vieillesse (57 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) (90 %) ; le régime général compte ainsi 22 millions de cotisants et près de 17 millions de bénéficiaires ;
- quasiment le seul régime pour la branche maladie depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) (99 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) ⁽³⁾ ; en comptant les ayants droit et les retraités, la branche maladie du régime général comptait en 2020 62 millions de bénéficiaires ;
- le seul régime pour la branche famille et depuis 2021 pour la branche autonomie.

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

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

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

À la fois incontournable par son poids financier et faisant l'objet d'une documentation plus régulière et plus fournie que les autres régimes ⁽¹⁾, le régime général concentre souvent sur lui une grande partie des débats sur les comptes sociaux, bien qu'il ne représente qu'une partie du champ des lois de financement.

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

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

– des **mécanismes de compensation** ⁽²⁾ peuvent créer une certaine intégration financière avec les autres régimes de base : la « compensation démographique généralisée » prévue à l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale entraîne une dotation de la branche vieillesse du régime général vers les autres régimes obligatoires intégrés déficitaires tandis que des « compensations spécifiques » prévues aux articles L. 134-3 et suivants couvrent d'autres risques (maladie ou AT-MP) pour des régimes identifiés (notamment le régime des salariés des mines) ;

– l'**intégration financière** ⁽³⁾ des branches maladie et vieillesse d'autres régimes obligatoires (sécurité sociale des indépendants jusqu'en 2018, cultes, régimes agricoles) : les déficits ou excédents de ces régimes sont alors pleinement consolidés avec ceux du régime général.

Le régime général contribue ainsi à la réduction des déficits de nombreux autres régimes, et prend en charge la totalité des déficits des régimes financièrement intégrés ⁽⁴⁾.

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

Dans un souci de clarté, la proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale ⁽⁵⁾ du rapporteur général en propose la remise chaque année au Parlement, à compter de l'exercice 2023.

(1) Les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale ne décrivent en juin que la situation du régime général pour l'année en cours, pour des raisons de consolidation. Les dossiers de presse du Gouvernement privilégient également jusqu'ici ce périmètre financier.

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

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

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

(5) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/pplo_lfss.

À l'aune de la liste transmise à l'occasion du PLFSS 2021 ⁽¹⁾, on comptait encore en 2019 dans le champ des régimes obligatoires de base le régime général, dix-sept régimes spéciaux ⁽²⁾, un régime des salariés agricoles, trois régimes de non-salariés (exploitants agricoles, avocats et autres libéraux) ainsi que des régimes et fonds « fermés » qui n'accueillent plus de nouveaux assurés tout en continuant à distribuer quelques prestations ⁽³⁾. Certains régimes ne dérogent au régime général que pour une seule branche (vieillesse généralement, lorsque c'est le cas) ⁽⁴⁾. Parmi les « mouvements » les plus significatifs de ces dernières années, les 3,5 millions de bénéficiaires (2016) du régime social des indépendants (RSI) ont rejoint le régime général en application de la LFSS 2018 ⁽⁵⁾. Cette opération, complètement achevée au 1^{er} janvier 2020, a donc conduit le premier régime obligatoire de base à « absorber » le deuxième en nombre de bénéficiaires.

Moins scruté que le champ du régime général, notamment en raison des difficultés de consolidation ⁽⁶⁾, le périmètre des ROBSS est pourtant le plus pertinent pour analyser les comptes sociaux, combinant à la fois :

- une plus grande **exhaustivité**, puisqu'il constitue le champ actuel des lois de financement de la sécurité sociale ;
- une logique vertueuse issue de la **consolidation** ; en intégrant les soldes de nombreux régimes ou autres organismes de financement traitant le même risque, les ROBSS permettent de prendre en compte l'ensemble des mouvements financiers qui seraient occultés par la seule considération du régime général.

Le rapporteur général se propose donc, dans la mesure où la documentation disponible le permet, de placer son analyse financière à l'échelle de l'ensemble des régimes de base.

Cette préférence s'est traduite dans le cadre de la proposition de loi organique votée par l'Assemblée nationale comme par le Sénat en première lecture par une concentration des futurs tableaux d'équilibre à compter de l'exercice 2023 sur ces régimes obligatoires. Cette évolution ne saurait bien entendu conduire à ce que l'information contenue aujourd'hui dans le rapport remis à la commission des comptes de la sécurité sociale et les annexes sur le régime général ne soit plus mise à disposition de la représentation nationale.

(1) Document triennal de présentation des régimes obligatoires de base, disponible ici : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/PLFSS/2021/PLFSS-2021-ANNEXE%20TRIENNALE.pdf>.

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

(3) Parmi ces régimes, l'annexe triennale nous apprend que celui des chemins de fer de l'Hérault ne compte plus qu'un bénéficiaire, sans le nommer bien entendu.

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

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

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

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

- son mode de financement, qui fait appel à des ressources « partagées » chaque année par les articles « de tuyauterie » ;
- sa mission de prise en charge de dépenses relevant de la branche vieillesse.

L'ignorer ⁽¹⁾ reviendrait donc à tenir compte de recettes pour cette dernière, sans voir qu'elles constituent des charges pour le fonds lui-même financé par des recettes « sociales ».

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

1. Le tableau d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale témoigne d'une stabilisation de la situation financière

a. Le tableau d'équilibre des ROBSS

• Le 1^o de cet article porte approbation du tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS).

Afin de le mettre en perspective, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 27 de la LFSS 2020 ⁽²⁾) ou révisées (article 10 de la LFSS 2021 ⁽³⁾).

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales 2020 (LFSS 2020) | | | Prévisions révisées 2020 (LFSS 2021) | | | Résultats 2020 (PLFSS 2022) | | |
|--------------------------------|--|----------|-------|---|----------|-------|--------------------------------|----------|-------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 244,1 | 247,3 | -3,2 | 236,6 | 247 | -10,3 | 241,2 | 246,1 | -4,9 |
| Maladie | 220,8 | 224,1 | -3,4 | 205,6 | 239,3 | -33,7 | 209,8 | 240,2 | -30,5 |
| Famille | 51 | 50,3 | 0,7 | 46,9 | 50,4 | -3,5 | 48,2 | 50 | -1,8 |
| AT-MP | 15 | 13,6 | 1,4 | 13,5 | 13,9 | -0,4 | 13,5 | 13,6 | -0,1 |
| Total * | 517,1 | 521,6 | -4,5 | 489,1 | 536,9 | -47,8 | 499,3 | 536,6 | -37,3 |
| Total incluant le FSV * | 516,1 | 522,1 | -5,9 | 488,1 | 534,2 | -46,1 | 497,2 | 537 | -39,7 |

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2020, LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Le résultat définitif pour 2020 fait apparaître un déficit de – 39,7 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, incluant le Fonds de

(1) Le FSV a toujours été présenté dans la LFSS mais le solde consolidé comme « dernière ligne » des tableaux d'équilibre ne remonte qu'à la LFSS 2017.

(2) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

solidarité vieillesse. Ce solde doit être apprécié tant à l'aune de l'exercice 2019, d'une part, que des différentes prévisions dont il a fait l'objet avant la clôture des comptes, d'autre part.

b. Un déficit des comptes de la sécurité sociale considérablement aggravé par rapport à 2019 dans un contexte de crise économique et sanitaire

● S'agissant de l'évolution par rapport à l'exercice 2019, les « comptes 2020 » font état d'une très importante dégradation du solde, indissociable de la crise économique.

COMPARAISON DU SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

| | Résultats 2019 (LFSS 2019) | | | Résultats 2020 (PLFSS 2022) | | |
|-------------------------------|-------------------------------|----------|-------|--------------------------------|----------|-------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 240 | 241,3 | -1,3 | 241,2 | 246,1 | -4,9 |
| Maladie | 216,6 | 218,1 | -1,5 | 209,8 | 240,2 | -30,5 |
| Famille | 51,4 | 49,9 | 1,5 | 48,2 | 50 | -1,8 |
| AT-MP | 14,7 | 13,6 | 1,1 | 13,5 | 13,6 | -0,1 |
| Total* | 509,1 | 509,3 | -0,2 | 499,3 | 536,6 | -37,3 |
| Total incluant le FSV* | 508 | 509,7 | -1,7 | 497,2 | 537 | -39,7 |

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Cette dégradation considérable par rapport à l'exercice précédent de 38 milliards d'euros du solde constitue une première pour la sécurité sociale, qui retrouve et même dépasse ses « plus bas » historiques ⁽¹⁾.

L'ampleur du phénomène n'est d'ailleurs compréhensible qu'en le décomposant par branche, en recettes et en solde.

● La structure du déficit révèle une situation dégradée pour toutes les branches mais d'une ampleur variable.

(1) Le précédent « record » avait été atteint en 2010 avec un déficit des régimes obligatoires de 25,5 milliards d'euros et du Fonds de solidarité vieillesse de 4,1 milliards d'euros.

**DÉCOMPOSITION DE L'ÉVOLUTION DU SOLDE DES ROBSS EN 2020
PAR RAPPORT À 2019**

(en milliards d'euros)

| | |
|------------------------------|--------|
| Vieillesse | – 3,6 |
| Maladie | – 29 |
| Famille | – 3,3 |
| AT-MP | – 1,2 |
| FSV | – 0,9 |
| Total hors FSV | – 37,1 |
| Total incluant le FSV | – 38 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

La **branche maladie** subit la majeure partie de l'impact (29 milliards sur les 38 milliards de dégradation du solde), avec un puissant effet en dépenses (22,1 milliards d'euros) mais aussi en recettes (6,8 milliards d'euros de moins qu'en 2019). On peut signaler parmi les dépenses les plus explicatives les dépenses liées à la crise sanitaire et au Ségur pour les établissements (11,3 milliards d'euros de plus qu'en 2019), les soins de ville dynamisés par les tests et les indemnités journalières (6,4 milliards d'euros de plus qu'en 2019) ainsi que les transferts de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) vers Santé publique France (4,8 milliards d'euros, contre 150 millions d'euros prévus et compensés à la sécurité sociale). En recettes, la branche a subi une forte réaction de sa ressource « TVA » à la baisse de la consommation (– 10,2 %), ce qui explique qu'elle ait subi en proportion une plus forte baisse de ses recettes que les autres branches. Seuls les droits « tabacs » qui lui sont affectés ont connu une dynamique significative (+ 14 %), en raison des effets du confinement et de la fermeture des frontières.

La **branche vieillesse** a vu son solde se détériorer également mais de manière beaucoup plus modeste au regard de son poids financier (quasiment la moitié des dépenses de sécurité sociale) : les dépenses ont continué à évoluer à un rythme soutenu (2,2 % de hausse des dépenses de prestations de retraite) – sans lien particulier avec le contexte sanitaire – tandis que les recettes ont continué à croître par le double effet :

- de la moindre exposition de certains régimes à la conjoncture et aux effets de l'activité partielle (notamment ceux des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales) ;

- d'un produit exceptionnel de 5 milliards d'euros lié à la vente de la soulte des industries électriques et gazières ⁽¹⁾ ; cette ressource ponctuelle disparaîtra dès 2021 et la branche devrait naturellement en subir le contrecoup.

(1) L'origine de cette soulte, issue de l'adossement du régime des IEG au régime général en 2006, a été rappelée en détail par le rapporteur général dans son rapport de première lecture sur le PLFSS 2021.

La **branche famille**, qui renoue pour la première fois depuis 2018 avec un déficit, a connu une dégradation significative de son solde, liée essentiellement à ses produits de cotisations sociales et de CSG « activité ». En dépenses, la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire en 2020 pour un coût de 500 millions d'euros, qui a tiré le volet « allocations aux familles » à la hausse, a été en partie compensée par une baisse exceptionnelle des dépenses de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) (– 6,7 % en 2020). Au global, et compte tenu de la relative stabilité des dépenses, c'est quasiment un « effet pur » en recettes qui explique l'évolution du solde entre 2019 et 2020.

La **branche AT-MP** a elle aussi renoué avec un déficit pour la première fois depuis 2012, dans un contexte certes de ralentissement de ses dépenses lié au confinement et au télétravail, mais qui a été surcompensé par un effondrement des recettes supérieur à celui de la sécurité sociale en général (– 8,8 %). Cette « sur-réaction » en recettes s'explique par la nature même des produits :

– les cotisations qui varient en fonction des accidents du travail ont chuté plus fortement (– 7,4 %) que l'assiette de cotisations (– 5,7 %), car la crise a fait diminuer les taux de sinistres dans les secteurs les plus exposés ;

– les recours contre tiers qui permettent aux régimes de récupérer auprès du tiers responsable des accidents ont fortement diminué (– 24,5 %) dans un contexte de forte diminution des accidents du travail.

Au total, c'est donc la forte diminution des accidents dans un contexte de travail profondément transformé, lorsque ce dernier n'était pas totalement suspendu, qui a dominé les évolutions en recettes comme en dépenses de la branche.

La situation du **FSV**, enfin, s'est dégradée également de manière significative en recettes comme en dépenses, en cohérence avec sa double dépendance au cycle économique :

– en recettes, les produits ont reculé quoique moins fortement que pour d'autres régimes (– 3,2 %) ; cette évolution mitigée s'explique par la combinaison de ressources très dépendantes de la conjoncture qui ont fortement réagi à la crise (– 5,9 % sur la CSG sur les revenus du capital et – 10,5 % sur les revenus de placements) et de ressources plutôt stables comme la CSG sur les revenus de remplacement plutôt dynamique dans un contexte de forte mobilisation du chômage partiel (+ 3,9 %) ;

– en dépenses, le FSV a eu à prendre en charge davantage de cotisations « chômage » (+ 4,9 %), « maladie » en raison du recours accru aux arrêts maladie (+ 11,3 %) et d'activité partielle (dépenses totalement nouvelles de 255 millions d'euros supplémentaires en 2020).

c. En 2020, un puissant « effet de ciseau » entre diminution très forte des recettes dans un environnement économique dégradé et hausse des dépenses liée au contexte sanitaire

Au-delà d'une analyse par branche, on peut observer plus globalement que la hausse des dépenses a joué un rôle plus grand (+ 27,3 milliards d'euros) que la baisse des recettes (– 10,8 milliards d'euros). Dit autrement, la seule conjoncture économique qui a joué essentiellement en recettes n'explique qu'une partie minoritaire de cette détérioration de la situation de la sécurité sociale en 2020.

Prises globalement, les recettes n'ont diminué « que » de 2,1 % en 2020 alors que le produit intérieur brut avait baissé de 7,9 % d'après l'INSEE et que la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations avait diminué de 5,7 %.

Cette relative « résilience » des recettes s'explique d'abord et avant tout par la diversité des assiettes de sécurité sociale :

– une part des cotisants et contribuables sociaux n'a pas été directement impactée par la crise même avec des chocs aussi massifs (fonctionnaires, retraités, ...) ce qui explique que les cotisations sociales n'ont diminué « que » de 4,6 % et la CSG de seulement 3,5 % dans la période ;

– les impôts et taxes ont continué à être dynamiques dans un contexte de hausse des droits « tabacs » et avec la mise en place d'une contribution exceptionnelle à la charge des organismes complémentaires par la LFSS 2021.

Ce résultat est d'autant plus significatif que d'autres mouvements jouaient en sens inverse pour aggraver la dimension macro-économique de la crise, et notamment l'inscription d'une charge de non-recouvrement de 5,8 milliards d'euros dans un contexte de report massif des obligations sociales des entreprises et des travailleurs indépendants.

Il convient par ailleurs de rappeler que les exonérations et aides au paiement exceptionnelles pour soutenir les entreprises ont fait diminuer les cotisations proprement dites (2,9 milliards d'euros) mais ont été entièrement compensées par l'État aux régimes.

En dépenses, ce sont les prestations sociales mais plus encore les transferts qui ont tiré la dynamique (+ 5,3 % de charges nettes dont + 57,2 % de transferts). Sur les 5 milliards d'euros de transferts supplémentaires, 4,8 s'expliquent par la dotation de l'assurance maladie à Santé publique France dont le financement venait d'être transféré en 2020 à la sécurité sociale. Quant à la hausse des prestations, plus de la moitié s'expliquerait par la crise sanitaire (+ 2,8 % sur les + 4,7 % de hausse des prestations légales).

Les charges de gestion, traditionnellement limitées pour la sécurité sociale (12,5 milliards d'euros sur 509,8 milliards d'euros de dépenses en 2020), ont quant à elles continué à diminuer en 2020 (– 0,4 %).

d. Le déficit constaté est beaucoup plus élevé que la prévision initiale de la LFSS 2020, mais plus faible que la prévision révisée en LFSS 2021

Initialement, la LFSS 2020 avait prévu un déficit relativement important de 5,9 milliards d'euros dans un contexte macroéconomique moins favorable que prévu et une dégradation de la prévision pour le système de retraite.

Comme le soulève le tableau suivant, les prévisions ont été largement révisées à l'occasion de la LFSS 2021, dans un contexte de crise sanitaire, qui a porté à 46,1 milliards d'euros la prévision du déficit des ROBSS et du FSV. Cette rectification anticipait une situation très dégradée en recettes pour toutes les branches et une forte hausse des dépenses pour la branche maladie liée à la crise sanitaire et à la mise en place – non anticipée en 2020 – d'une partie du Ségur de la santé dès l'automne 2020 ⁽¹⁾.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales (LFSS 2020) | | | Prévisions révisées (LFSS 2021) | | |
|------------------------------|-------------------------------------|----------|-------|------------------------------------|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 244,1 | 247,3 | - 3,2 | 236,6 | 247 | - 10,3 |
| Maladie | 220,8 | 224,1 | - 3,4 | 205,6 | 239,3 | - 33,7 |
| Famille | 51 | 50,3 | 0,7 | 46,9 | 50,4 | - 3,5 |
| AT-MP | 15 | 13,6 | 1,4 | 13,5 | 13,9 | - 0,4 |
| Total | 517,1 | 521,6 | - 4,5 | 489,1 | 536,9 | - 47,8 |
| Total incluant le FSV | 516,1 | 522,1 | - 5,9 | 488,1 | 534,2 | - 46,1 |

Sources : LFSS 2019 et LFSS 2020

Le rapporteur général avait déjà eu l'occasion de commenter cette nouvelle prévision dans le cadre du commentaire de l'année dernière sur les tableaux d'équilibre rectifiés en reprenant l'ensemble des nouvelles hypothèses macroéconomiques mais aussi l'état prévisionnel des dépenses liées à la crise.

- Le solde définitivement constaté dans le présent article est lui aussi très éloigné des prévisions révisées en LFSS 2021, puisque l'écart constaté, favorable cette fois-ci, est de 6,4 milliards d'euros.

(1) Deux millions de personnels ont ainsi reçu les premières revalorisations en novembre et décembre 2020, avec un effet rétroactif au 1^{er} septembre correspondant à la moitié du complément de traitement indiciaire (93 euros sur 183 euros atteints au 1^{er} mars 2021). L'indemnité d'engagement en faveur du service public exclusif (IESPE) a elle aussi été versée aux médecins concernés à hauteur de 700 euros à compter du 1^{er} septembre (1 010 euros depuis le 1^{er} mars 2021). Ces montants représentaient 1,5 milliard d'euros en 2020.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions révisées (LFSS 2021) | | | Résultats (PLFSS 2022) | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------|--------|---------------------------|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 236,6 | 247 | - 10,3 | 241,2 | 246,1 | - 4,9 |
| Maladie | 205,6 | 239,3 | - 33,7 | 209,8 | 240,2 | - 30,5 |
| Famille | 46,9 | 50,4 | - 3,5 | 48,2 | 50 | - 1,8 |
| AT-MP | 13,5 | 13,9 | - 0,4 | 13,5 | 13,6 | - 0,1 |
| Total | 489,1 | 536,9 | - 47,8 | 499,3 | 536,6 | - 37,3 |
| Total incluant le FSV | 488,1 | 537,4 | - 46,1 | 497,2 | 537,0 | - 39,7 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022

Cette « bonne surprise » conséquente est la combinaison de mouvements en sens contraires en recettes et en dépenses :

– la prévision en recettes est meilleure de 9,1 milliards d'euros par rapport à ce que prévoyait la LFSS 2021 ; cette amélioration des prévisions est due à une amélioration substantielle du cadrage macro-économique qui s'est révélé rétrospectivement excessivement pessimiste : la masse salariale n'a ainsi reculé « que » de 5,7 points alors que la LFSS 2021 faisait l'hypothèse d'un recul de 8,9 % et le PIB a chuté de trois points de moins que prévu (- 7,9 % au lieu de - 11 %) ;

– la prévision en dépenses était quant à elle surestimée par la LFSS 2021 à hauteur de 0,4 milliards d'euros.

2. Le régime général est dans une situation légèrement meilleure que celle des autres régimes de base

Le 2° porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général. Comme pour l'ensemble des régimes obligatoires, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales de la loi de financement pour 2020 ou rectifiées par la loi de financement pour 2021.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales (LFSS 2020) | | | Prévisions révisées (LFSS 2021) | | | Résultats (PLFSS 2022) | | |
|--|-------------------------------------|----------|-------|------------------------------------|----------|--------|---------------------------|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 139 | 141,7 | - 2,7 | 132,7 | 140,6 | - 7,8 | 135,9 | 139,6 | - 3,7 |
| Maladie | 219,2 | 222,6 | - 3,3 | 204,8 | 236,1 | - 29,8 | 208,3 | 238,8 | - 30,4 |
| Famille | 51 | 50,3 | 0,7 | 47,1 | 50,4 | - 3,3 | 48,2 | 50 | - 1,8 |
| AT-MP | 13,5 | 12,2 | 1,4 | 12,1 | 13,9 | - 0,3 | 12,1 | 12,3 | - 0,2 |
| Total * | 409,4 | 413,5 | - 4,1 | 383,7 | 424,9 | - 41,2 | 391,6 | 427,8 | - 36,2 |
| Total incluant le FSV * | 409,6 | 415,1 | - 5,4 | 382,3 | 426,6 | - 44,3 | 390,8 | 429,4 | - 38,7 |

(*) Hors transferts entre branches.

Source : LFSS 2020, LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Le résultat définitif pour 2020 fait apparaître un déficit, incluant le FSV, de 38,7 milliards d'euros contre 1,9 milliard en 2019, soit une dégradation du solde de 36,8 milliards d'euros.

Compte tenu de son poids et de l'intégration financière croissante, le solde du régime général est souvent très proche de celui de l'ensemble des régimes obligatoires. Les branches maladie et famille étant quasi-totalement intégrées dans le régime général, et compte tenu du poids financier plus limité de la branche AT-MP, les écarts aux données relevés pour l'ensemble des ROBSS concernent par construction davantage la branche vieillesse.

En 2020, l'écart entre le solde de l'ensemble des ROBSS et le solde du régime général est d'1 milliard d'euros, qui s'explique :

- par une situation plus détériorée des régimes obligatoires que celle du régime général sur les branches vieillesse (1,2 milliard d'euros) et « maladie » (100 millions d'euros) ;

- par une situation un peu meilleure du régime général que les régimes obligatoires sur la branche AT-MP (100 millions d'euros).

Le solde constaté du régime général, FSV compris, s'éloigne des prévisions initiales, telles qu'elles ont été présentées dans la LFSS 2019 et s'éloigne encore davantage des prévisions révisées dans la LFSS 2020. Les raisons de ces écarts reposent très largement sur les explications données pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

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

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

Ce fonds, prévu aux articles L. 135-1 et suivants du code de la sécurité sociale, est doté de 16,7 milliards d'euros de recettes en 2020 et finance des prestations non contributives servies par les régimes de base d'assurance vieillesse, notamment :

– la prise en charge du financement des droits pour les périodes pendant lesquelles les assurés n'ont pas pu cotiser, par exemple en cas de chômage (12,2 milliards d'euros en 2020) ou d'arrêt maladie (2,1 milliards d'euros en 2020) ; l'activité partielle s'est ajoutée à ces prises en charge à partir de 2020 (255 millions d'euros) ;

– l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour 3,9 milliards d'euros en 2020 – prestation « socle » différentielle ouverte à tous les pensionnés qui s'est substituée au « minimum vieillesse ».

À compter de 2020, le Fonds ne finance plus le minimum contributif qui comptait encore pour 967 millions d'euros dans ses charges en 2019.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (FSV)

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales (LFSS 2020) | | | Prévisions révisées (LFSS 2021) | | | Réalisé (PLFSS 2022) | | |
|------------|-------------------------------------|----------|-------|------------------------------------|----------|-------|-------------------------|----------|-------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| FSV | 16,8 | 18,2 | - 1,4 | 16,7 | 19,7 | -2,9 | 16,7 | 19,1 | - 2,5 |

Source : LFSS 2020, LFSS 2021 et PLFSS 2022.

● Le solde du FSV s'est détérioré par rapport à 2019 (- 1,6 milliard d'euros), avec un déficit accru de 0,9 milliard d'euros, en raison :

– d'une diminution des ressources en 2020 par rapport à 2019 (- 500 millions d'euros) ;

– d'une hausse des dépenses dans le contexte de crise, liée à la dynamique forte de l'ASPA mais aussi à une hausse des prises en charge de droits « chômage » et « maladie », auxquelles s'est ajoutée celle de l'activité partielle.

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

- Ce résultat « final » est moins bon que la prévision initiale qui anticipait beaucoup moins de dépenses notamment, mais meilleur que ce qu'anticipait la LFSS 2021 qui avait en partie surestimé ces mêmes dépenses (hypothèse de chômage, notamment).

4. Un objectif national de dépenses d'assurance maladie en très légère sous-exécution

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

La LFSS 2020 avait fixé le montant de l'ONDAM à 205,6 milliards d'euros. Cet objectif était en progression de 2,45 % à périmètre constant, après un ONDAM déjà fixé à 2,5 % en 2019. L'ONDAM a été lourdement rectifié en LFSS 2021, dans le cadre de la crise, pour être fixé à 218,9 milliards d'euros, soit 9,2 % de hausse.

Le 4^o arrête finalement un montant de 219,4 milliards d'euros de dépenses relevant du champ de l'ONDAM en 2020 (+ 9,4 % que 2019 à périmètre constant), soit un niveau supérieur de 13,8 milliards d'euros à l'objectif initial et de 500 millions de plus que l'objectif rectifié.

Plus précisément, l'exécution de l'ONDAM par sous-objectif se décompose comme suit.

- Les dépenses de soins de ville ont représenté 94,7 milliards d'euros, soit un montant en progression de 3,7 % par rapport à 2019 et en forte hausse tant par rapport à la prévision initiale (93,6 milliards d'euros) que par rapport à la prévision rectifiée (93,8 milliards) ; cette augmentation significative mais moindre que la tendance générale de l'ONDAM s'explique par des évolutions contrastées :

- d'un côté, 6,2 milliards d'euros de surcoûts liés à la crise avec, au premier chef, 2,4 milliards d'euros d'indemnités journalières dérogatoires ou de droit commun, 2,2 milliards de dépenses liées aux tests réalisés en ville et 1,3 milliard d'euros de compensation pour perte d'activité pour les professions libérales ;

- de l'autre, 4 milliards d'euros de sous-exécution, dans un contexte de ralentissement de l'activité lors des périodes de confinement, sur certains postes comme les honoraires médicaux et dentaires (2,2 milliards d'euros) ainsi que ceux des auxiliaires médicaux (0,7 milliard d'euros) ; on peut également citer les transports (0,6 milliard d'euros) ou les moindres remboursements des produits de santé (0,3 milliard d'euros).

2,2 milliards d'euros se sont donc ajoutés aux dépenses initialement prévues, auxquels il faut soustraire la taxe exceptionnelle sur les organismes complémentaires prévue par la LFSS 2021, soit l'écart d'1,2 milliard signalé par le

rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin ou par l'annexe 7.

La taxe est en effet considérée comme une recette « atténuative » de l'ONDAM susceptible de faire l'objet d'un traitement en moindres dépenses, à l'instar des remises sur le médicament. Elle est conventionnellement traitée en « ville » car il est généralement considéré que l'effet de substitution se joue principalement sur ce sous-objectif.

• Les dépenses à destination des établissements de santé ont représenté 89,7 milliards d'euros, en progression de 8,8 % par rapport à 2019 et en sous-exécution de 300 millions d'euros par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2021. Elles ont donc fortement « tiré » les dépenses de santé en 2020, ce qui n'est pas illogique dans le cadre d'une crise pandémique sans précédent.

Là aussi et quoique dans une moindre mesure, la crise a eu des effets contrastés :

– d'un côté, des surcoûts (5 milliards d'euros au total) aisément compréhensibles dans ce contexte sanitaire, et notamment les dotations de l'assurance maladie aux établissements (2,9 milliards d'euros) ainsi que les primes et revalorisations des heures supplémentaires pour les personnels de ces établissements (1,6 milliard d'euros) ; la mise en œuvre des premières revalorisations liées au Ségur de la santé a par ailleurs augmenté d'1,1 milliard d'euros les dépenses sur ce poste ;

– de l'autre, des moindres dépenses (700 millions d'euros) liées aux effets combinés de plusieurs facteurs ; le moindre recours aux dispositifs médicaux de la liste en sus lié aux déprogrammations a surcompensé la hausse des anticancéreux (100 millions d'euros en moins au total) mais il a été neutralisé par un reclassement des forfaits techniques d'imagerie en dépenses hospitalières pour un montant équivalent ; au final, ce sont les remises supérieures aux prévisions qui ont permis d'atteindre ces 700 millions d'euros.

Au total, c'est donc un dépassement de 4,3 milliards d'euros de l'enveloppe initialement fixée qui est ainsi constaté en 2020.

• Les dépenses des sous-objectifs médico-sociaux ont crû de manière particulièrement importante (+14,4 %) pour atteindre 24 milliards d'euros contre 21,6 milliards d'euros prévus initialement, montant conforme à l'objectif rectifié l'année dernière. On retrouve là encore différentes composantes de la crise et des réponses qui lui ont été apportées, même si elles ont toutes joué dans le même sens sur ce poste :

– 2 milliards d'euros liés à la réponse immédiate à la crise, avec les primes et revalorisations des personnels (800 millions d'euros), les dotations pour la couverture des surcoûts des établissements (800 millions d'euros), la compensation des pertes de recettes de la section hébergement (300 millions d'euros) ou celles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (200 millions d'euros) ;

– 300 millions d’euros de revalorisations dans le cadre du Ségur pour les personnels des établissements médico-sociaux.

- Les dépenses relatives aux « autres prises en charge » ont quant à elles explosé en 2020, passant de 2,4 milliards d’euros prévus en LFSS 2020 à 7 milliards d’euros (+ 211,7 %) dans les résultats définitifs (légèrement inférieurs à la prévision de la LFSS 2021 cependant). Cette révision de 4,6 milliards d’euros s’explique très largement par la dotation supplémentaire considérable de l’assurance maladie à Santé publique France pour financer des équipements individuels, des respirateurs, des tests ainsi que des masques chirurgicaux pour faire face à la crise (4,8 milliards d’euros), partiellement compensée par de moindres remboursements à l’étranger (200 millions d’euros).

Interrogée sur ce dernier point, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général que ces moindres remboursements étaient liés en partie aux contraintes pesant sur les déplacements mais aussi à la moindre dépense liée à la prise en charge des enfants en situation de handicap en Belgique, qui ont par construction, moins pu être pris en charge à ce titre pour les mêmes raisons.

- Enfin, la contribution de l’assurance maladie aux dépenses relatives au fonds d’intervention régional (FIR) a été relevée de 300 millions d’euros dès la LFSS 2021 par rapport à la prévision initiale (3,9 au lieu de 3,6 milliards d’euros). Le résultat conforme à la prévision rectifiée s’explique en totalité par le financement de dépenses en lien avec la gestion locale de la crise sanitaire, et notamment des dépenses d’intervention des ARS sur le terrain.

5. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et au Fonds de solidarité vieillesse

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

En effet, en application de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, le Fonds a été mis en extinction : aucune recette ne lui est plus affectée, tandis qu’il décaisse chaque année 2,1 milliards d’euros au profit de la Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES) afin de participer au financement des déficits des organismes chargés d’assurer les prestations du régime de base de l’assurance vieillesse pour les exercices 2011 à 2024, en application de la LFSS 2011 ⁽¹⁾.

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011. L’article 4 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie a par ailleurs prévu que ce montant sera abaissé à 1,45 milliard d’euros à compter de 2025 pour permettre un versement constant à ce niveau jusqu’en 2033.

Créé en 1999 ⁽¹⁾, le Fonds de réserve pour les retraites était chargé de mettre en réserve et de faire fructifier des ressources qui lui étaient affectées afin de maintenir voire d'améliorer le niveau des pensions à horizon 2020, dans la perspective d'une dégradation prévisible des équilibres financiers. Compte tenu de la forte dégradation des régimes d'assurance vieillesse à la suite de la crise financière des années 2008-2009, il a été décidé de mettre à contribution le Fonds avant l'horizon initialement prévu, pour « alimenter » la CADES.

Cette absence de mise en réserve n'est pas synonyme d'absence de produits pour le FRR. Comme rappelé à l'annexe 8 au présent projet de loi, au 31 décembre 2020, la valeur des actifs du FRR était de 26,3 milliards d'euros, en baisse de 7,3 milliards d'euros par rapport à 2019 (33,6 milliards d'euros). Ce recul est dû en grande partie au versement de 5 milliards d'euros à la CNAV correspondant à la soulte des IEG, mais aussi au versement de 2,1 milliards d'euros à la CADES qu'une performance modérée des actifs (+1 % contre +9,7 % en 2019) n'a pas permis de compenser. 45,7 % de ces actifs sont placés de manière très sûre (poche dite « de couverture ») afin de permettre de poursuivre les versements à la CADES jusqu'à l'extinction de cette dernière, et 54,3 % sont placés de manière plus dynamique afin de produire du rendement (poche dite « de performance »).

Ces placements permettent de dégager un résultat financier en 2020 de 722 millions d'euros, en légère baisse par rapport aux 842 millions enregistrés en 2019.

• Dans la même logique, le 6^o prévoit que le FSV ne met aucune somme en réserve, comme chaque année depuis 2011 ⁽²⁾.

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

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

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

– depuis la LFSS 2008, d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG)⁽³⁾ ;

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

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

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

– depuis 2011, du versement annuel du FRR précité ⁽¹⁾.

Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés ⁽²⁾. L'amortissement est égal à la différence entre le produit des ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le 7^o porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2020, à savoir 16,1 milliards d'euros.

Ce chiffre, légèrement supérieur à l'objectif fixé dans la partie rectificative de la LFSS 2021 (16 milliards d'euros), s'explique à la fois par l'amélioration des recettes et par des conditions d'emprunt toujours très favorables.

II. CES COMPTES SONT VALIDÉS PAR LA COUR DES COMPTES, QUI FORMULE NÉANMOINS COMME CHAQUE ANNÉE CERTAINES RÉSERVES

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

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

L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre figure dans le rapport sur l'application des LFSS (RALFSS), produit annuellement par la Cour en application du 1^o du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Les principales conclusions de l'avis rendu dans le « RALFSS 2021 » sont reproduites dans l'encadré suivant.

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

(2) La CADES bénéficie depuis sa création du soutien de l'Agence France Trésor, renforcé par le décret n^o 2017-869 du 9 mai 2017. Les services de l'agence ont depuis le 1^{er} octobre 2017 la responsabilité des opérations de la Caisse, sans que cela remette en cause son caractère « cantonné » au remboursement de la dette des régimes de sécurité sociale.

(3) Pour plus d'informations sur la question de la certification, qui dépasse le cadre du présent commentaire, on se reportera utilement au rapport de la Cour des comptes (Certification des comptes du régime général de sécurité sociale – Exercice 2019, mai 2020. https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200519-rapport-certification-comptes-securite-sociale-exercice-2019_0.pdf), ainsi qu'à l'annexe 2 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, « Objectifs et moyens des organismes de sécurité sociale ». On rappellera que les comptes des régimes autres que le régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), sont quant à eux certifiés par des commissaires aux comptes.

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2020

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

1. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels [...] ;
2. la Cour a estimé qu'elle était dans l'impossibilité de formuler une opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2020, ce qui emporte des conséquences sur la fiabilité des comptes des branches du régime général [...] ;
3. les réserves formulées par la Cour sur les comptes des branches du régime général de sécurité sociale et le maintien de la réserve émise par les commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole, portant sur les incidences de la fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA, soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2020, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne, au surplus allégés sur l'exercice dans le contexte de la crise sanitaire, et de difficultés comptables [...] ».

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

● Contrairement aux années précédentes, la Cour des comptes semble avoir disposé d'un projet d'annexe 4 pour effectuer sa mission, ce qui explique que la réserve récurrente tenant à son absence ait disparu de son avis. Le rapporteur général s'en félicite bien entendu tout en soulignant l'intérêt au moins aussi grand qui s'attache à ce document pour les parlementaires dans le cadre de leur travail d'examen de la loi proprement dite.

● La première observation formulée par la Cour, tout aussi récurrente, reproche au Gouvernement sa méthode de contractions de produits et de charges, qui méconnaîtrait le cadre normatif organique. Ces consolidations sont retracées dans l'annexe 4 précitée et répondent à une double préoccupation de neutralisation :

– la première consiste à neutraliser les transferts entre régimes de sécurité sociale et permet d'éviter une double comptabilisation de recettes ou de produits qui correspondraient en réalité aux relations financières entre deux régimes, ou entre des branches d'un même régime ; l'utilité de cette neutralisation est entièrement reconnue, notamment pour la question des remises sur les produits de santé qui constituent une alternative-substitution à des baisses de prix ;

– la seconde consiste à neutraliser les écritures d'inventaire et c'est elle qui fait l'objet des critiques renouvelées de la Cour ; interrogée lors de l'examen de la LFSS 2018 sur ce même point, la direction de la sécurité sociale avait fait savoir que ce retraitement des données répondait à la préoccupation assumée de

« neutraliser l'hétérogénéité des modes de comptabilisation d'un petit nombre d'écritures entre régimes et dans le temps pour un même régime » ; en effet, les régimes appliquent des règles de comptabilité différentes et les modifient parfois entre deux exercices ; c'est pourquoi il est procédé à une harmonisation des présentations comptables des différents régimes, d'une part, et dans le temps, d'autre part ; par ailleurs, la direction de la sécurité sociale se réserve la possibilité de ne pas faire figurer des écritures comptables n'ayant aucune contrepartie économique ou de conséquence sur le solde.

Au regard de ces explications, le rapporteur général se satisfait de cette présentation comptable, dont la méthodologie est présentée de manière détaillée et illustrée dans l'annexe 4, et sous réserve :

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

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

De fait, la récurrence de ces désaccords montre qu'*a minima* la première condition est remplie.

● Les deuxième et troisième observations reproduisent synthétiquement les réserves émises par la Cour à l'occasion de son rapport sur la certification des comptes du régime général (cf. *infra*), s'agissant :

– de l'activité de recouvrement du régime général ;

– des dispositifs de contrôle interne, en visant cette année plus spécifiquement la Mutualité sociale agricole pour laquelle le commissaire aux comptes aurait émis certaines réserves liées à la fiabilité des données.

2. Des comptes du régime général certifiés en formulant vingt-huit réserves, contre vingt-neuf l'année précédente

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

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

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

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

Dans son rapport remis en mai 2021 ⁽²⁾, la Cour a certifié les comptes du régime général tout en formulant vingt-deux réserves, contre seize l'année précédente.

Sans prétendre rappeler l'ensemble des observations formulées par la Cour, on peut retenir qu'un nombre important des réserves repose sur les difficultés rencontrées dans la maîtrise des risques de portée financière mais aussi à « *l'importance inédite des incertitudes ou des désaccords portant sur les produits, les charges, les créances, les dettes ou les provisions comptabilisées au titre des mesures exceptionnelles décidées par les pouvoirs publics* ».

La Cour s'est par ailleurs estimée dans l'impossibilité de certifier les comptes de l'activité de recouvrement du régime général ⁽³⁾.

À l'initiative du rapporteur général mais aussi de plusieurs de ses collègues, cette dernière question a été abordée de front pendant le Printemps social de l'évaluation tant avec le directeur de la sécurité sociale qu'avec le directeur général de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Le directeur de la sécurité sociale a ainsi plaidé « *une divergence d'appréciation* » qu'il a décrite en ces termes :

« Le refus de certification a fait l'objet de nombreux échanges entre la Cour des comptes, la direction de la sécurité sociale et l'ACOSS. Nous avons une divergence d'appréciation. Il s'agit pour l'essentiel de savoir comment comptabiliser les cotisations qui n'ont pas été payées par les travailleurs indépendants en 2020.

« Le Gouvernement a en effet fait le choix en 2020 d'abattre les cotisations des travailleurs indépendants. Elles n'ont pas été prélevées durant le premier

(1) Dont la rédaction est pour l'essentiel issue de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS).

(2) *Cour des comptes*, Certification des comptes 2019 du régime général de sécurité sociale, mai 2020, disponible ici : https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-05/20200519-rapport-certification-comptes-securite-sociale-exercice-2019_0.pdf

(3) Il ne s'agit pas d'une première toutefois : la Cour a dans le cadre de ses missions déjà refusé de certifier les comptes de la branche recouvrement et de l'ACOSS en 2007 et a constaté plusieurs fois l'impossibilité de cette certification pour la branche famille et la CNAF en 2006 et 2007 ou pour la branche AT-MP en 2012. Un tel événement n'était toutefois pas arrivé depuis plusieurs années.

confinement et, à partir de l'été, il a été décidé d'abaisser les cotisations de 50 %. Si nous ne l'avions pas fait, les cotisations non payées pendant le premier confinement auraient dû être payées à la fin de l'année par les travailleurs indépendants. Ils auraient dû payer en quatre ou cinq mois tout ce qu'ils n'avaient pas payé pendant le premier confinement. Ils auraient donc payé des cotisations bien supérieures à d'habitude puisque ce sont des cotisations mensuelles, payées tout au long de l'année et faisant l'objet d'une régularisation l'année suivante au moment de la déclaration de revenus.

« Nous avons décidé que ces cotisations seraient uniquement de 50 %. La divergence avec la Cour des comptes provient de ce qu'elle a considéré qu'il aurait fallu passer les produits à recevoir dans les comptes de l'ACOSS au titre des cotisations non appelées. Nous n'avons pas voulu le faire parce que nous n'avons pas la visibilité sur les revenus des travailleurs indépendants en 2020. Ceux-ci les déclarent encore actuellement, jusqu'au mois de juin. Ce n'est qu'à l'issue de ces déclarations que nous connaissons réellement ces revenus. Nous avons donc préféré appliquer un principe de prudence, comme nous le faisons toujours dans ce cas, et considérer que les cotisations qui seront à payer à partir de 2021 seront rattachées à l'année 2021, au moment des régularisations. Nous avons ainsi appliqué la règle habituelle. La Cour des comptes avait une divergence sur ce point. »

La réponse du directeur général de l'ACOSS a plus particulièrement souligné l'instabilité méthodologique qu'aurait apporté la solution proposée par la Cour des comptes au regard des règles habituelles :

« S'agissant de la position de la Cour des comptes sur nos comptes, je précise d'abord qu'il ne s'agit pas techniquement d'un refus de certifier mais d'une impossibilité de certifier. Le refus de certifier aurait signifié que la Cour des comptes considérait qu'il existait des défaillances dans le contrôle interne et dans la maîtrise des risques qui pouvaient affecter la sincérité des risques et leur capacité à donner une image fiable de la situation comptable de la sécurité sociale. L'impossibilité de certifier traduit par contre un niveau d'incertitude élevé, l'incertitude n'étant pas imputable aux mesures prises par les Urssaf mais au contexte économique.

« Ainsi, nous provisionnons chaque année des pertes au titre des créances apparues au cours de l'année. Nous le faisons classiquement sur les constats statistiques de non-recouvrement des créances nées au cours de l'année. Cette hypothèse historique n'était absolument pas applicable au montant des reports de cotisations apparus au cours de l'année 2020 et nous avons donc, de manière partagée avec la Cour des comptes, retenu des hypothèses différentes. La Cour des comptes considère qu'il existe des incertitudes pour savoir si, effectivement, les cotisations reportées en 2020 ne seront pas recouvrées à la hauteur que nous estimons. Il existe évidemment une incertitude et elle est intrinsèque au contexte exceptionnel que nous avons connu.

« Concernant le point particulier des travailleurs indépendants évoqué par le directeur de la sécurité sociale, la Cour des comptes aurait souhaité que nous inscrivions dans nos comptes un produit à recevoir lié au fait que les cotisations pour 2020 des travailleurs indépendants, telles qu'elles seront connues après leurs déclarations, ne seront pas nécessairement égales à 50 % de leur valeur en 2019 et donc ne seront pas égales à ce qui a été appelé. Elle aurait aussi voulu que nous appliquions à ce produit à recevoir une dépréciation tenant compte des difficultés de paiement des indépendants.

« Nous n'avons jamais procédé ainsi. En accord avec les normes comptables rendues par le Conseil de normalisation des comptes publics, il est acquis de n'inscrire chaque année dans les comptes que les montants certains, c'est-à-dire les montants appelés. Ce qui résulte l'année suivante de la régularisation se retrouve dans l'exercice suivant. Ce point a été acquis au cours de travaux qui ont montré que retenir les régularisations, très variables car très tributaires de l'évolution des revenus des indépendants, aurait créé davantage d'incertitudes dans les comptes. Cela est encore plus vrai pour une année comme 2020 pour laquelle il n'existe aucun moyen sérieux ni aucune source permettant de connaître ce qu'ont été les revenus des indépendants. Nous les connaissons à la fin du mois de juin, lorsque la campagne de déclaration des revenus sera terminée.

« La position de la Cour des comptes nous surprend donc car elle nous semble ne respecter ni le principe important de permanence des méthodes comptables, ni le principe de prudence. Elle conduirait à introduire dans nos comptes un produit en dérogation flagrante avec tout ce qui a été fait depuis que les comptes de la sécurité sociale existent, sur des bases absolument impossibles à évaluer, tant sur la nature du produit lui-même que sur les risques de dépréciation du fait des difficultés des indépendants. Si nous avions fait ce choix, il aurait dû être considéré comme très hasardeux par la Cour des comptes. Nous maintenons donc cette divergence de position et nous considérons que notre position est la plus conforme aux principes de permanence et de prudence comptables. »

Au total, et sans prétendre trancher sur le fond ce différend comptable, le rapporteur général estime que ce dernier est d'abord et avant tout lié à un contexte exceptionnel que l'ensemble du commentaire de l'article 1^{er} n'a cessé de rappeler. Il reviendra, au regard notamment du déroulement de l'exercice 2021, de constater si les hypothèses retenues pour ces créances non recouvrées étaient pertinentes ou non. Il estime par ailleurs difficile de blâmer l'administration d'avoir souhaité maintenir – dans des temps compliqués – une méthode éprouvée et favorisant la comparabilité de l'exercice 2020 avec les exercices précédents.

*

* *

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A)

Adopté par la commission sans modification

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace la situation financière dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale au 31 décembre du dernier exercice clos (2020) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Ce tableau reflète la situation globalement détériorée de la situation patrimoniale de la sécurité sociale en 2020.

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

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

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

Le II de l'article L.O. 111-14 précise qu'il s'agit d'« un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos [qui] présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement⁽¹⁾, à l'amortissement de leur dette⁽²⁾ ou à la mise en réserve de recettes à leur profit⁽³⁾ ».

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

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

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

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

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

1. Le tableau présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale reflète une détérioration de la situation des comptes sociaux en 2020

L'annexe A reflète, en rupture avec l'évolution positive depuis 2014, une détérioration du solde des régimes de sécurité sociale en 2020, qu'il s'agisse du passif net (dette) ou du passif financier net (endettement financier).

a. Un passif net en hausse

Le passif net en 2020, retracé dans la première partie du tableau du I de l'annexe A, s'est accru de 25,3 milliards d'euros par rapport à 2019.

Cet agrégat, comme le rappelle la Cour des comptes chaque année dans son RALFSS, « pourrait être assimilé à la situation nette consolidée des entités entrant dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale ».

ÉVOLUTION DU PASSIF NET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 2009

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|---|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|
| Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs) | - 66,3 | - 87,1 | - 100,6 | - 107,2 | - 110,9 | - 110,7 | - 109,5 | - 101,4 | - 88,5 | - 77,0 | - 61,4 | - 86,7 |

Source : annexe A du PLFSS 2022.

Cette évolution traduit assez largement la détérioration de la situation financière de la sécurité sociale en 2020, avec un déficit de 39,7 milliards d'euros des régimes de base et du FSV, d'une part, que ne permet pas de compenser l'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) (16,1 milliards d'euros) et le résultat du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), d'autre part. Le résultat net global des organismes dans le champ serait de - 22,9 milliards d'euros, soit une dégradation de 38,3 milliards d'euros par rapport à 2019.

Quelques effets de « reports à nouveau » permettent d'atténuer l'effet du résultat net global de l'année sur l'évolution du passif net, et notamment les « excédents » 2019 de la CADES et du FRR pour 14,7 milliards d'euros et la couverture par la CADES des reports à nouveau des branches pour 20 milliards d'euros (ce second effet, cité par la Cour des comptes comme « positif » pour les régimes, est toutefois neutre au total, car il augmente le passif net de la CADES à due concurrence).

b. Un endettement financier également en forte hausse

La deuxième partie du tableau présente la différence entre l'actif et le passif financier de la sécurité sociale. Assez logiquement, son évolution suit largement celle du passif net, même s'il est davantage modifié par les variations liées aux opérations de trésorerie.

Cet endettement financier s'est lui aussi fortement accru en 2020 (+ 36 milliards d'euros par rapport à 2019), dans des proportions qui correspondent mécaniquement à la hausse du passif net mais aussi à l'augmentation du besoin de fonds de roulement dans une période particulièrement incertaine sur le plan financier.

ÉVOLUTION DE L'ENDETTEMENT FINANCIER DEPUIS 2009

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|
| Endettement financier net au 31/12 | - 76,3 | - 96,0 | - 111,2 | - 116,2 | - 118,0 | - 121,3 | - 120,8 | - 118,0 | - 102,9 | - 86,8 | - 74,6 | - 110,6 |

Source : Annexe A PLFSS 2022

c. L'avis de la Cour des comptes sur le tableau patrimonial

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

Dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* d'octobre 2021, la Cour des comptes juge que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A du présent projet « fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2020 »⁽¹⁾.

Elle formule toutefois une observation liée à l'impossibilité de certifier l'activité de recouvrement (cf. commentaire de l'article 1^{er}) et à la réserve lors de la certification des comptes de la mutualité sociale agricole (MSA) en raison de la « *fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA* ».

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

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

– le régime général et le FSV étaient en déficit de 36,2 milliards d'euros en 2020, et celui-ci s'est ainsi ajouté à la dette gérée par l'ACOSS, en attendant une reprise par la CADES qui devrait intervenir entre 2021 et 2023 (les législateurs organique⁽²⁾ et ordinaire⁽³⁾ ont en effet provisionné 92 milliards d'euros pour la reprise des déficits 2020-2023) ;

(1) Page 101 : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>

(2) Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, qui a modifié l'horizon d'extinction de la CADES pour tenir compte, entre autres transferts, de cette provision.

(3) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie qui a fixé les montants à transférer pour chaque régime et chaque branche.

– de nouveau en léger excédent depuis 2020, le régime de retraite des exploitants agricoles voyait jusqu’ici les déficits cumulés financés (3,6 milliards d’euros en 2020) par des avances rémunérées de l’ACOSS, conformément aux nouvelles dispositions adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; ces déficits sont ou seront désormais entièrement repris par la CADES en 2020 et 2021 ; les perspectives démographiques combinées à cet « apurement » de la situation financière devraient donc permettre au régime de ne plus solliciter que des ressources non permanentes pour couvrir sa trésorerie dans les années à venir ;

– la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a de nouveau enregistré un déficit en 2020 (– 1,5 milliard) lié à la dégradation de ses recettes, dans un contexte de « gel » des rémunérations et de forte hausse de ses prestations, l’effet du report de l’âge légal ayant pris fin ; la CADES a repris ses déficits 2018 et 2019 dans le cadre d’une reprise intervenue au 1^{er} janvier 2021 ;

– la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) a accusé un léger déficit en 2020 de 0,02 milliard d’euros qui devrait pouvoir être couvert par les excédents passés du régime (2,3 milliards d’euros fin 2019) ;

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

– les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard) et du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (0,1 milliard) sont affectés aux réserves de ces deux régimes.

● Comme chaque année, l’annexe A rappelle par ailleurs que les déficits passés accumulés par le régime des mines avant qu’il ne bénéficie de la subvention d’équilibre ont été transférés à la CNAMTS à hauteur de 0,7 milliard d’euros en 2016.

*

* *

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire

Adopté par la commission sans modification

L'article 3 vise à affilier au régime général les personnes ayant participé à la campagne de vaccination sans avoir de statut de travailleur indépendant.

Il prévoit :

- pour les médecins salariés ou agents publics qui participaient à la campagne en dehors de leur contrat de travail, une affiliation au régime général en tant que travailleur indépendant ; leurs cotisations seraient calculées sur la base d'un taux global ;
- pour les personnels qui n'étaient ni travailleurs indépendants ni médecins salariés ou agents publics, un abattement substantiel sur ces cotisations et contributions afin que ces prélèvements coïncident avec les cotisations des professionnels libéraux qui ont participé dans des conditions similaires à la campagne de vaccination.

Il prévoit en outre une base légale aux dérogations introduites par lettres ministérielles pour assouplir le régime du cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé mobilisés entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021 dans le contexte de l'épidémie de covid-19 notamment. Il s'agit ainsi de déroger à certaines règles, comme l'écèlement de la pension de retraite ou le délai de carence de six mois entre le début de la retraite et la reprise d'une activité. Le coût de l'assouplissement du cumul emploi-retraite est estimé à près de 29 millions d'euros en 2021.

I. L'ARTICLE 3 CLARIFIE LES RÈGLES D'AFFILIATION DES PERSONNELS AYANT PARTICIPÉ À LA CAMPAGNE DE VACCINATION

A. LE RECOURS MASSIF ET URGENT AU PERSONNEL VACCINANT N'A PAS PERMIS DE CLARIFIER LE RÉGIME APPLICABLE À LEUR RÉMUNÉRATION

1. Le recours à un important personnel vaccinant

• L'évaluation préalable du Gouvernement présente quelques chiffres éclairants :

– au 4 juillet 2021, 457 millions d'euros ont été versés à l'ensemble des personnels participant à la vaccination à ce titre et qui ont été rémunérés pour le faire ;

– au 31 mai 2021, 15,5 millions de rémunérations brutes ont été versées à 12 301 professionnels (1 047 étudiants, 5 259 retraités, 5 271 salariés ou fonctionnaires, 724 autres types de professionnels).

La campagne n'étant pas terminée, il s'agit bien sûr de chiffres provisoires.

• Ce recrutement massif ainsi que ces montants significatifs sont naturellement à rapporter à l'ampleur – et le rapporteur général ajoute volontiers : à la réussite – de la campagne de vaccination.

Sans prétendre décrire cette dernière en détail dans le cadre d'un article portant exclusivement sur une question d'affiliation, quelques éléments chiffrés ⁽¹⁾ permettent d'en prendre la pleine mesure :

– en 2021, 4,7 milliards d'euros ont été consacrés aux vaccins et à la campagne de vaccination ; parmi les 3,2 milliards d'euros supplémentaires consacrés à la vaccination par rapport à la prévision initiale, 700 millions d'euros sont liés à la rémunération des personnels ;

– 115 millions de doses seraient injectées en 2021, dont 109 millions « en ville » (95 %).

Le récapitulatif des rémunérations par catégorie professionnelle, par statut et par lieux de vaccination est détaillé dans les tableaux ci-dessous.

(1) Tous issus du dernier rapport remis à la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre dernier.

RÉMUNÉRATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

| Catégorie professionnelle | Centres de vaccination Demi-journée classique | Centres de vaccination Demi-journée samedi après-midi, dimanche et jours fériés | Cabinet libéral (rémunération à l'acte) |
|--|--|--|---|
| Médecins libéraux ou exerçant en centre de santé | 420 euros ou 105 euros par heure | 460 euros ou 115 euros par heure | Consultation pré-vaccinale : tarif d'une consultation à 25€ pour tous les médecins Visite : tarif d'une visite à 25€ pour tous les médecins (et application des majorations habituelles) Injection (1e ou 2e) : Au cours consultation : 25€ En dehors consultation : équivalent = 9,60€ |
| Infirmiers libéraux ou exerçant en centre de santé | 220 euros ou 55 par heure | 240 euros ou 60 euros par heure | 7,80 euros |
| Sages-femmes libérales ou exerçant en centre de santé | 280 euros ou 70 euros par heure | 300 euros ou 75 euros par heure | 25 euros dans le cadre d'une consultation ou 9,60 euros |
| Masseurs-kinésithérapeutes libéraux ou exerçant en centre de santé | 160 euros ou 40 euros par heure | 180 euros ou 45 euros par heure | 48 euros |
| Pharmaciens libéraux | 280 euros ou 70 euros par heure | 300 euros ou 75 euros par heure | 7,90 euros |
| Chirurgiens-dentistes libéraux ou exerçant en centre de santé | 280 euros ou 70 euros par heure | 300 euros ou 75 euros par heure | |
| Vétérinaires | 160 euros ou 40 euros par heure | 180 euros ou 45 euros par heure | |

Source : réponses de la DSS au questionnaire du rapporteur général.

La direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général que les professionnels libéraux habilités, titulaires de la carte de Professionnel de Santé (CPS) bénéficient d'une rémunération de 5,40 euros pour le renseignement pour chaque patient des données relatives à la vaccination dans le système d'information SI-VAC. Cette rémunération est plafonnée à 270 euros par jour dans la limite de 3 000 euros par mois.

**RÉMUNÉRATION HORAIRE DES PROFESSIONNELS SALARIÉS,
AGENTS PUBLICS OU RETRAITÉS**

| Catégorie professionnelle | 8h – 20h | 20h-23h et 6h à 8h | 23h à 6h, dimanche, jours fériés |
|--|----------|--------------------|----------------------------------|
| Médecins retraités, salariés ou agents publics et Étudiants 3 ^{ème} cycle médecine/pharma/odontologie | 50 euros | 75 euros | 100 euros |
| Sages-femmes, pharmaciens et chirurgiens-dentistes retraités, salariés ou agents publics | 32 euros | 48 euros | 64 euros |
| Infirmiers retraités, salariés ou agents publics | 24 euros | 36 euros | 48 euros |
| Étudiants 2 ^{ème} cycle médecine/pharmacie/odontologie, maïeutique | 24 euros | 36 euros | 48 euros |
| Masseurs-kinésithérapeutes retraités, salariés ou agents publics | 20 euros | 32 euros | 40 euros |
| Aides-soignants, auxiliaires de puériculture et détenteurs de la formation 1 ^{er} secours | 17 euros | 27 euros | 34 euros |
| Étudiants en soins infirmiers inscrits en deuxième ou troisième année d'études préparant au diplôme d'État d'infirmier, + étudiants en formation de médecine, d'odontologie et de maïeutique ayant validé la deuxième année du premier cycle | 12 euros | 18 euros | 24 euros |

Source : réponses de la DSS au questionnaire du rapporteur général.

Les résultats de ces importants moyens ont été au rendez-vous puisqu'à date, 50 555 192 de personnes ont reçu une dose parmi lesquelles 49 048 908 personnes sont entièrement vaccinées. Dit autrement, 89 % de la population adulte a reçu au moins une dose et 86 % est entièrement vaccinée. Ces proportions montent respectivement à 92 et 90 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus ⁽¹⁾.

(1) Données actualisées de Santé publique France au 9 octobre 2021.

2. Des rémunérations au régime social incertain

● Si la question de l'affiliation à un régime de sécurité sociale de ces personnels n'était pas au rang des priorités au moment de la mise en place de la campagne, elle n'en devait pas moins être tranchée par voie législative. En l'absence de détermination du législateur, le régime applicable aurait été en effet peu adapté sur des plans pratique comme financier.

À rigoureusement parler, ces personnels constituent juridiquement des collaborateurs occasionnels du service public au sens du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ qui les assimile à des salariés et les affine d'office au régime général.

L'article D. 311-1 du code énumère limitativement, comme l'y invite le législateur, la liste des activités susceptibles de correspondre à une collaboration occasionnelle au service public.

L'article D. 311-2 du même code précise que leur sont alors applicables l'ensemble des cotisations dues par les salariés du secteur privé, et que les taux de droit commun s'appliquent à l'ensemble de la rémunération versée au premier euro.

C'est donc le barème complet du régime général qui devrait s'appliquer dans cette hypothèse, à savoir :

PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX APPLICABLES AUX RÉMUNÉRATIONS VERSÉES À UN COLLABORATEUR OCCASIONNEL DU SERVICE PUBLIC

| Régime général | Taux (« employeur » + collaborateur) |
|---|--------------------------------------|
| Assurance maladie maternité | 13 % |
| Contribution de solidarité pour l'autonomie | 0,30 % |
| <i>Alsace-Moselle</i> | 14,80 % |
| Allocations familiales | 5,25 % |
| Vieillesse de base | 17,75 % |
| AT/MP | 1,40 % |
| FNAL | 0,10 % |
| CSG (hors abattement) | 9,20 % |
| CRDS (hors abattement) | 0,50 % |
| Total | 47,50 % |

Ce barème aurait objectivement constitué un prélèvement extrêmement élevé sur la rémunération brute, en ne tenant compte d'aucune exonération. Il serait par ailleurs, pour une même mission de vaccination, beaucoup plus élevé que le régime des praticiens et auxiliaires médicaux ou celui des professionnels libéraux.

(1) La formule, passée de la jurisprudence administrative au langage « commun » n'est pas tout à fait celle du code de la sécurité sociale qui parle de « personnes qui contribuent à l'exécution d'une mission de service public à caractère administratif pour le compte d'une personne publique ou privée, lorsque cette activité revêt un caractère occasionnel ».

- En attendant la détermination du régime légalement applicable, un précompte de 19 % a été appliqué aux sommes versées par les caisses primaires d'assurance maladie qui ont rémunéré ces personnels.

Ce taux correspond aux prélèvements sociaux applicables aux actifs rattachés au régime général (cf. *supra*), après application d'un abattement de 60 %. Cet abattement a été retenu d'abord et avant tout pour des raisons pratiques : il correspond à l'abattement pour frais professionnels des loueurs de meublés. Si l'assimilation peut sembler surprenante au premier abord, elle est en réalité doublement compréhensible :

- les personnels concernés ont dû utiliser l'interface déclarative desdits loueurs de meublés, car dans l'urgence, il s'agissait de la plus adaptée pour déclarer leur activité commodément ;

- cet abattement n'est pas isolé : il est aussi utilisé pour le régime dit des « nano-activités » de moins de 1 500 euros par an créé en LFSS 2021, avec lequel la comparaison est plus aisée.

Le taux retenu serait par ailleurs du même ordre que celui retenu pour les praticiens et auxiliaires médicaux ou les professionnels libéraux.

B. L'ARTICLE 3 PROPOSE DE « RATIFIER » A POSTERIORI UNE AFFILIATION SIMPLE ET CLAIRE AU RÉGIME GÉNÉRAL

Le dispositif, temporaire et par conséquent non-codifié, pose le principe du rattachement au régime général des « *personnes participant à la campagne vaccinale dans le cadre de la lutte contre la covid-19 en centre de vaccination* », tout en prévoyant un barème aménagé.

1. Un rattachement de principe au régime général

- La rédaction du **I** de l'article prévoit deux types de situation : celle des médecins salariés ou agents publics, auxquels sont assimilés les médecins retraités et les étudiants en médecine et celle de toutes les autres personnes ayant participé à la campagne.

Les personnes ayant déjà le statut de travailleur indépendant, et qui possédaient déjà une structure et un régime d'affiliation adapté, ne sont pas concernées.

Seul le cas des centres de vaccination est visé, les autres modes de vaccination « en ville » (cabinets médicaux, pharmacies, ...) ayant déjà prévu leur mode de rémunération dans le cadre de l'affiliation « classique » des professionnels.

- Le **1°** du **I** vise les médecins salariés ou agents publics qui participent à la campagne ainsi que les médecins retraités et les étudiants en médecine. Ces publics seront affiliés au régime général au titre de la sécurité sociale des travailleurs

indépendants, lorsqu'ils relèvent de cette catégorie, et au régime des professionnels libéraux ou des praticiens et auxiliaires médicaux, lorsqu'ils sont déjà affiliés à ces régimes.

La nouvelle formulation issue du Conseil d'État n'est vraiment pas claire, avec l'exclusion d'emblée de ceux qui sont déjà affiliés à un régime d'indépendant.

- Le 2° du I en imposant l'obligation prévue à l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale entraîne l'affiliation des personnels concernés au régime général, au même titre que les salariés et assimilés, s'ils n'ont pas déjà un statut d'indépendant.

Ce rattachement s'explique autant pour des motifs de simplicité (les sommes ont déjà été versées à ce titre, *via* la plateforme pour les loueurs de meublés) que dans un souci de cohérence des statuts.

En effet, si les personnes étaient employées *dans* les centres de vaccination et non *par* ces centres, il était plus difficile encore de les assimiler à des travailleurs indépendants. Une telle assimilation aurait en outre, comme le rappelle à juste titre le Gouvernement dans l'évaluation préalable, eu pour effet d'engendrer « *des formalités administratives peu opportunes* », en obligeant les personnes concernées à créer une structure juridique, *a minima* sous la forme d'une microentreprise.

2. Un barème de prélèvement aménagé

- Le 1° du I renvoie pour les médecins salariés, agents publics, retraités ou étudiants au taux global prévu pour les médecins remplaçants et pour les étudiants en médecine (régime simplifié des professions médicales – RSPM).

Ce régime comprend en principe deux taux selon que le revenu est inférieur ou supérieur à 19 000 euros (respectivement 13,30 % et 21 %).

Toutefois, l'évaluation préalable du Gouvernement ne fait allusion qu'à l'application du taux de 13,30 %, ce qui laisserait à penser qu'il serait le seul possible au regard des rémunérations versées.

**TAUX APPLICABLES AUX MÉDECINS « VACCINANTS » SOUS DIFFÉRENTS STATUTS
(TAUX DU RSPM)**

| RSPM | Taux |
|---------------------------------------|----------------|
| Assurance maladie maternité | 0,10 % |
| Allocations familiales | 0 % |
| Vieillesse de base | 7,95 % |
| Vieillesse – complémentaire | 2,45 % |
| PCV | 0,00 % |
| CSG - CRDS | 9,70 % |
| Total avant abattement | 20,20 % |
| Total après abattement de 34 % | 13,30 % |

Source : Gouvernement, évaluation préalable (annexe 9 du PLFSS).

● Le 2° du I prévoit cette fois pour les autres catégories que l’assiette des cotisations fera l’objet d’un abattement forfaitaire, calqué sur la « fourchette » prévue pour les loueurs de meublés.

Si le dispositif prévoit un plafond et un plancher pour cet abattement, l’évaluation préalable précise qu’il s’agira de l’abattement de 60 % déjà applicable aux loueurs de meublés. Compte tenu du barème des cotisations applicables, la somme des taux applicables – abattement compris – reviendrait à 19 % dans le cas général et à 19,60 % dans les départements d’Alsace-Moselle, pour lesquels la cotisation maladie est un peu plus élevée.

L’évaluation préalable du Gouvernement précise qu’au regard de « *la situation spécifique de cette population rattachée* », les professionnels concernés ne seront pas rattachés à l’AGIRC-ARRCO pour leur retraite complémentaire.

● L’avant-dernier alinéa du I prévoit que les sommes versées au titre du 1° (médecins sous divers statuts) ou du 2° (autres) ne font pas l’objet du prélèvement à la source, prévu à l’article 204 A du code général des impôts. Elles devront donc être déclarées par leurs bénéficiaires à leur initiative, au moment d’ajuster leur déclaration de revenu.

En l’absence d’employeur clairement désigné et compte tenu de l’urgence dans laquelle il a été fait appel à ces personnes, il n’était en effet pas envisageable de mettre en place un système de prélèvement à la source « de fortune » qui aurait supposé la transmission d’un taux aux CPAM ainsi qu’un circuit de reversement spécifique.

Cette disposition qui, prise isolément, n’aurait pas sa place en loi de financement est difficilement détachable de la mesure d’affiliation et a été opportunément prévue dans le même article.

• Ces dispositions nécessairement rétroactives s’appliqueraient à compter du 1^{er} janvier 2021, ce qui permet « d’embrasser » l’ensemble de la campagne de vaccination ⁽¹⁾.

II. L’ARTICLE 3 PROPOSE ÉGALEMENT UN ASSOULISSEMENT DU CUMUL EMPLOI-RETRAITE POUR LES SOIGNANTS

A. LE RÉGIME JURIDIQUE DU CUMUL EMPLOI-RETRAITE

Le cumul emploi-retraite permet à un retraité de reprendre une activité professionnelle et de cumuler les revenus de cette activité avec ses pensions de retraite. Le cumul peut être total ou partiel selon la situation du retraité. En tout état de cause, les cotisations versées au titre de la nouvelle activité professionnelle ne créent pas de nouveaux droits ⁽²⁾.

• Les revenus de retraite et d’activité peuvent être entièrement cumulés lorsque l’assuré a liquidé tous ses droits à retraite – de base et complémentaire – et s’il a atteint les conditions pour obtenir une retraite à taux plein, que ce soit par le nombre d’annuités ou l’âge d’annulation de la décote.

À défaut, ce cumul est plafonné – la pension est réduite du montant du dépassement – de différentes façons selon les régimes de retraite concernés :

– s’agissant du régime général, du régime des salariés agricoles et des assurés relevant des régimes spéciaux mentionnés à l’article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, le total des revenus d’activité et des montants de retraites de base et complémentaires est plafonné dans la limite de 160 % du SMIC – 2 487,33 euros bruts par mois au 1^{er} janvier 2021 – ou de la moyenne mensuelle des revenus d’activité des trois derniers mois avant la liquidation de la pension, selon l’option la plus favorable à l’assuré (article L. 161-22) ;

– dans les régimes de la fonction publique et des marins, le total des pensions et revenus d’activité doit être inférieur à un tiers du montant annuel brut de la pension perçue la même année, majoré de la moitié du minimum garanti annuel (article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite).

En outre, la reprise d’activité chez le dernier employeur est conditionnée au respect d’un délai de carence de six mois à partir du début de la retraite, dans les régimes de base des salariés et des agents non-titulaires de la fonction publique.

• Le recours au cumul emploi-retraite demeure relativement limité. En 2018, selon l’enquête Emploi de l’Insee ⁽³⁾, 482 000 personnes, soit 3,4 % des

(1) À quatre jours près, puisque la campagne de vaccination a démarré de manière très progressive le 24 décembre 2020. Il n’y avait toutefois aucun centre de vaccination à ce stade de la campagne. Le premier centre de vaccination a ouvert à Nanterre le 6 janvier 2021.

(2) Articles L. 161-22 à L. 161-22-2 du code de la sécurité sociale.

(3) Source : [Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques \(DREES\)](#).

retraités de 55 ans ou plus résidant en France, exerçaient une activité professionnelle tout en percevant une pension de retraite.

B. DES DÉROGATIONS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LE CADRE DE LA GESTION DE L'ÉPIDÉMIE

● La hausse du nombre de personnes hospitalisées au cours de la troisième vague de covid-19 ainsi que la montée en charge de la campagne de vaccination ont conduit à renforcer les équipes hospitalières et à faire appel à des personnels chargés de l'accueil et de l'administration des vaccins dans les centres de vaccination. En outre, l'année 2021 a été marquée par une surcharge de travail liée à la réalisation d'actes médicaux, non liés à la covid-19, qui ont été retardés dans la mesure où ils n'avaient pu être effectués en 2020 du fait de la gestion de l'épidémie. Des personnels retraités ont ainsi été sollicités pour assurer ces actes.

Aussi, afin de lever tous les freins éventuels à la reprise d'activité, deux lettres ministérielles du 23 mars 2021 et du 9 avril 2021 ont prévu un assouplissement des règles du cumul emploi-retraite plafonné, respectivement pour les personnels hospitaliers et les professionnels de santé libéraux, d'une part, et pour les fonctionnaires retraités de l'État et de la fonction publique territoriale, d'autre part. Une troisième lettre a étendu ce dispositif dérogatoire à l'ensemble des professionnels de santé pour la période d'octobre 2020 à décembre 2021.

● Une intervention du législateur est ainsi nécessaire pour donner un fondement légal à ces règles d'exception établies par lettres ministérielles. Elle permettra de sécuriser par voie de conséquence les droits à retraite des personnes intéressées. Pour mémoire, une disposition similaire avait été prise durant le premier état d'urgence sanitaire ⁽¹⁾.

C. UNE SÉCURISATION JURIDIQUE DES DÉROGATIONS INTRODUITES PAR LETTRES MINISTÉRIELLES

La mesure proposée vise à donner rétroactivement un fondement légal aux dérogations introduites par lettres ministérielles dans un contexte d'urgence sanitaire.

● Le **A** du **II** prévoit qu'à titre exceptionnel, une pension de vieillesse pourra être entièrement cumulée avec les revenus tirés d'une activité reprise ou poursuivie en qualité de professionnel de santé, quel que soit le régime d'affiliation, entre le 1^{er} octobre 2020 et le 31 décembre 2021.

Il s'agit ainsi de déroger temporairement aux règles d'écêtement de la pension de retraite en cas de dépassement d'un certain seuil, mais aussi au délai de

(1) Article 14 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

carence de six mois en cas de reprise d'activité après la retraite auprès du dernier employeur.

Sont concernés par la mesure les professionnels de santé visés par la quatrième partie du code de la santé publique. Il s'agit aussi bien des professions médicales (médecins, sages-femmes, etc.), des professions de la pharmacie que des professions paramédicales (infirmiers, aides-soignants, masseurs-kinésithérapeutes, etc.). Par ailleurs, le dispositif ne donnant pas de précision sur la nature les activités concernées, il pourra bénéficier à l'ensemble des professionnels de santé ayant participé à la mobilisation du secteur pour faire face à la crise sanitaire.

- La population éligible au dispositif est évaluée à près de 2 400 assurés, dont 200 ayant spécifiquement repris une activité en qualité de renfort. Le coût de la mesure est estimé à 28,8 millions d'euros pour la branche vieillesse en 2021.

- Le **B** du **II** prévoit l'application de ce dispositif à Mayotte qui demeure régie, malgré sa départementalisation, par certaines dispositions spécifiques de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte.

*

* *

Article 4

Allègement de la contribution « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques

Adopté par la commission sans modification

Afin de tenir compte des difficultés accrues des grossistes-répartiteurs ces dernières années dans un contexte de baisse des prix du médicament, l'article 4 réduit de manière significative la première tranche de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques, à compter du 1^{er} janvier 2021.

I. DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DÉGRADÉ POUR LES GROSSISTES-RÉPARTITEURS, LE « CALIBRAGE » DE LEUR FISCALITÉ SPÉCIFIQUE MÉRITE D'ÊTRE RÉINTERROGÉ

1. Un contexte économique dégradé pour les grossistes-répartiteurs

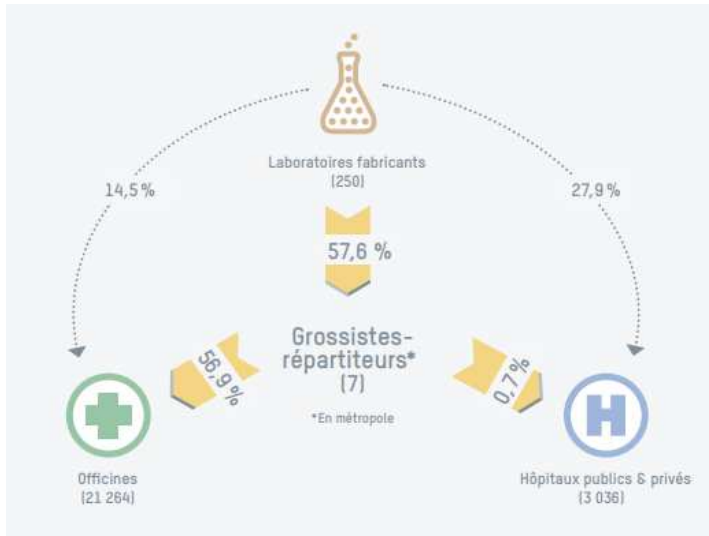
a. La place spécifique de la répartition pharmaceutique dans la chaîne de distribution du médicament

● Maillon intermédiaire de la chaîne du médicament, la « répartition pharmaceutique » – ainsi nommée car elle ne participe pas à la fabrication mais par ses achats et ses reventes assure une « répartition » des produits pharmaceutiques – assure la distribution aux pharmacies d'officine et aux établissements hospitaliers. Tout en appartenant à la « famille » des établissements pharmaceutiques, les grossistes-répartiteurs se distinguent du fabricant – qui crée ou transforme le produit – ou de l'importateur – qui se fournit à l'étranger – mais aussi du dépositaire de médicaments qui agit au nom du fabricant ou d'un importateur sans être propriétaire du stock ⁽¹⁾.

Le schéma ci-dessous rappelle le rôle central des grossistes dans la chaîne du médicament.

(1) L'article R. 5124-2 du code de la santé publique définit ces grandes catégories de manière plus précise.

LA PLACE DES GROSSISTES-RÉPARTITEURS DANS LE CIRCUIT DU MÉDICAMENT



Source : LEEM, 2019.

Le code de la santé publique a donné des obligations réglementaires spécifiques aux grossistes-répartiteurs, indissociables de la mission de service public qu'ils assurent auprès des pharmacies. On peut citer parmi les obligations les plus significatives celles que l'on retrouve à l'article R. 5124-59 du code de la santé publique :

- le grossiste doit desservir toutes les pharmacies de son secteur sans en exclure aucune ;
- il doit livrer tout médicament en stock dans les 24 heures ;
- il doit avoir en stock au moins 90 % des médicaments et accessoires médicaux ;
- il doit pouvoir satisfaire deux semaines de consommation de sa clientèle habituelle.

De telles obligations sont spécifiques à cette activité de répartition et ne s'imposent pas aux autres acteurs de la chaîne qui peuvent pourtant effectuer concurremment des ventes en gros directement aux pharmacies.

• La Cour des comptes indiquait en 2017 que les grossistes-répartiteurs représentaient 70 % des « boîtes » contre 30 % qui sont vendues aux pharmaciens par les autres entreprises pharmaceutiques, ce qui montre bien l'importance « en volume » de la répartition ⁽¹⁾.

Comme l'indiquait l'inspection générale des affaires sociales dans un rapport de 2014 ⁽²⁾, le principe de la répartition n'est pas en cause (« *la distribution en gros du médicament présente une organisation robuste et sûre que tous les acteurs valorisent et que la mission ne recommande que de perfectionner* »), c'est son modèle économique qui est en difficulté.

b. Les grossistes-répartiteurs, « victimes collatérales » de l'indispensable régulation du prix des médicaments

Les difficultés rencontrées par le secteur de la répartition pharmaceutique sont connues de longue date et sont liées à la régulation du prix du médicament, prix dont dépendent encore largement les revenus des grossistes-répartiteurs.

Les grossistes sont en effet autorisés à se rémunérer en réalisant une marge qui est réglementée en fonction d'un pourcentage du prix unitaire de vente du médicament.

La diminution régulière du prix des médicaments remboursés dans le cadre global de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie a ainsi conduit mécaniquement à une diminution des revenus des grossistes-répartiteurs.

L'évaluation préalable du Gouvernement rappelle ainsi que le chiffre d'affaires du secteur en 2019 était de 17,6 milliards d'euros alors qu'il était de 18,4 milliards d'euros entre 2010 et 2012.

D'après la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP), la perte d'exploitation en 2019 des grossistes était de 65 millions d'euros, alors que leur résultat était excédentaire en 2008 (200 millions d'euros).

(1) Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, chapitre IX « Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires », septembre 2017, disponible ici : https://www.csrp.fr/sites/default/files/presse/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf.

(2) Gaëlle Turan-Pelletier et Hayet Zeggar (IGAS), « La distribution en gros du médicament en ville », juin 2014, disponible ici : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_2014-004R3_-_mise_en_ligne.pdf.

2. Une fiscalité spécifique qui pèse significativement sur les résultats du secteur

a. La taxe sur la vente en gros, une fiscalité « comportementale » relativement ancienne

i. Historique

• Créée par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social, la taxe originellement :

– visait les seuls grossistes-répartiteurs ;

– n'avait qu'une seule composante, avec une contribution d'1,2 % ⁽¹⁾ sur le chiffre d'affaires réalisé en France au titre de spécialités pharmaceutiques remboursables ; ce taux pouvait varier en fonction de la croissance constatée du chiffre d'affaires ;

– était assortie d'un plafonnement des remises des grossistes aux pharmaciens ;

– était temporaire et n'avait vocation à s'appliquer qu'aux exercices 1991 et 1992.

Les motivations originelles n'apparaissent pas de manière très claire dans les travaux parlementaires, mais la rapporteure du Sénat d'alors la suspectait d'être une mesure de nature essentiellement budgétaire ⁽²⁾. Il semble qu'elle se comprenait alors comme la contrepartie d'un plafonnement des remises à 2,25 % dans le même temps qui allait mécaniquement faire augmenter les revenus des grossistes-répartiteurs.

• Une deuxième part est venue compléter le dispositif pour prendre en compte la croissance du chiffre d'affaires en octobre 1993.

• Reconduite à cinq reprises, la contribution a été pérennisée par la loi de financement pour 1996, puis modifiée substantiellement à plusieurs reprises :

– le taux de la première part a d'abord augmenté jusqu'à 1,9 % (LFSS 2004 ⁽³⁾) puis diminué à 1,75 % (LFSS 2014 ⁽⁴⁾) ;

(1) Initialement fixée à 0,6 %, le taux a été relevé dès la fin de l'année 1991.

(2) Le rapport d'Hélène Missoffe se montre alors sévère, plus sur la forme que sur le fond : « Il est hors de question que notre commission puisse donner un avis favorable à un tel article qui, s'inscrit, à l'évidence, dans le cadre d'un plan de financement de la sécurité sociale dont rien ne lui a été dit. » (rapport n° 223 du 19 décembre 1991 au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture portant diverses dispositions d'ordre social).

(3) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

(4) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014. Interrogée sur « l'historique » du dispositif, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général qu'il s'agissait alors pour le Gouvernement « de rendre la contribution plus juste économiquement au vu des réalités pratiques des acteurs de ce marché ».

– des deuxième et troisième parts ont été créées par la LFSS 2004, avec un plafonnement et un plancher global ; la première part s’est appliquée à l’ensemble du chiffre d’affaires et non à son évolution, conduisant davantage de redevables à contribuer.

ii. Les modalités de calcul actuelles

● *Les redevables*

Sont concernées par la taxe deux grandes catégories d’assujettis :

– d’une part, les grossistes-répartiteurs proprement dits ;

– les fabricants, importateurs et exploitants qui réalisent *de facto* de la « vente en gros » auprès des pharmacies.

D’après l’évaluation préalable du Gouvernement, 115 laboratoires et 26 grossistes étaient redevables de la contribution en 2019. Les grossistes représentaient toutefois 85 % du rendement de la première tranche de la contribution, ce qui illustre bien le poids de la répartition dans les volumes de vente.

● *Une « triple » composition*

La taxe a désormais trois tranches qui ont chacune leur objet et leur assiette propre :

– une première tranche qui reprend les caractéristiques « historiques » de la contribution ; elle vise le chiffre d’affaires hors taxe (CAHT), net des remises, ristournes et avantages commerciaux et assimilés, réalisé auprès des pharmacies ; cette première part est soumise à un taux d’1,75 % ;

– une deuxième tranche prend davantage en compte la progression du chiffre d’affaires puisque son assiette correspond à la différence entre le CAHT de l’année N-1 et de l’année N-2 ; pour le calcul de la contribution proprement dite, lui est appliqué un taux de 2,25 % ;

– la troisième et dernière tranche porte enfin sur la marge rétrocédée aux pharmacies, calculée *via* la différence entre la marge maximale réglementée et la marge effectivement appliquée ; elle frappe plus directement les pratiques des entreprises fabricantes ou importateurs qui « court-circuitent » les grossistes-répartiteurs en pratiquant des rétrocessions auprès des pharmaciens ; pour le calcul de la contribution proprement dite, lui est appliqué un taux de 20 %.

- *Plafonnements et exonérations*

Le calcul de la contribution comprend plusieurs dispositifs visant à plafonner son calcul :

– au niveau du chiffre d'affaires pris en compte, le montant du prix de vente des médicaments concernés est plafonné à 150 euros par médicament augmenté de la marge maximum autorisée, soit en l'état du droit 160,02 euros dans l'hexagone ⁽¹⁾ ;

– au niveau de la contribution due au titre des deux premières parts, puisque ce montant ne peut excéder 2,55 %, ni d'ailleurs être inférieur à 1,25 % du CAHT ; la troisième tranche s'ajoute sans conditions ni plafonnement.

Par ailleurs, certaines spécialités sont exclues du calcul de la taxe à l'instar des médicaments orphelins, dès lors que le chiffre d'affaires correspondant n'excède pas 30 millions d'euros.

- *Un recouvrement par les URSSAF*

Comme beaucoup de contributions « médicaments », la taxe sur la vente en gros est recouverte par les URSSAF. Un acompte est versé le 1^{er} juin de l'année en cours sur la base de 80 % de la contribution due l'année précédente. Le solde actualisé est recalculé le 1^{er} mars de l'année suivante.

L'URSSAF procède naturellement au remboursement de l'entreprise si le solde « régularisateur » au mois de mars s'avère négatif.

- *Une affectation du produit à la branche maladie*

En cohérence avec son rôle de régulation dans la vente de médicaments, la taxe est affectée depuis son origine à des régimes d'assurance maladie ou à des opérateurs (Haute autorité de santé).

Depuis le 1^{er} janvier 2014 et dans un souci de rationalisation, elle est devenue une ressource exclusive de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Elle pourrait rapporter avec ses trois composantes 252 millions d'euros en 2021.

b. La nécessité d'un « recalibrage » de la contribution

La contribution « vente en gros », si elle n'est pas l'origine des difficultés des répartiteurs, pourrait néanmoins constituer une partie de la solution. Au regard des pertes évoquées *supra* (65 millions d'euros en 2019), les paramètres actuels de

(1) Le plafond est différent dans les départements d'outre-mer, en raison d'une marge maximale différenciée. Il peut donc varier de 199,05 euros à la Réunion à 215,62 euros en Guyane.

ce dispositif fiscal sont naturellement à questionner, d'autant que ce dernier a régulièrement évolué au gré des circonstances.

Parmi les différentes composantes de la contribution, c'est plus naturellement la première part, fondée sur le chiffre d'affaires, qui peut concentrer l'attention car c'est celle qui s'apparente le plus à un dispositif « de rendement » et le moins à un dispositif « comportemental ».

Toutefois, au regard des difficultés structurelles rencontrées par les grossistes-répartiteurs et malgré la relative commodité de recourir à ce vecteur fiscal pour soutenir le secteur, ce dernier ne saurait être la seule piste à explorer.

II. L'ARTICLE 4 PROPOSE DE DIMINUER DE MANIÈRE SIGNIFICATIVE LA PRESSION FISCALE DES GROSSISTES-RÉPARTITEURS

1. Une diminution significative de la première tranche de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques

a. Une diminution de 14 % de la contribution via une mesure de taux sur la première part

Le dispositif proposé, essentiellement paramétrique, est particulièrement simple : l'unique alinéa de l'article prévoit ainsi que le taux de la première tranche est diminué de manière pérenne de 0,25 point, passant de 1,75 % à 1,5 %.

Cette baisse correspondrait, d'après l'évaluation préalable, à une réduction de 35 millions d'euros de la pression fiscale sur les entreprises concernées et, en parallèle, des recettes de l'assurance maladie ⁽¹⁾, soit 13 % du rendement actuel.

L'impact croîtrait régulièrement pour atteindre 43 millions d'euros en 2025.

Comme évoqué *supra*, la première tranche de la taxe sur les ventes en gros ne concerne pas que les grossistes-répartiteurs, mais aussi d'autres entreprises. En appliquant à cette diminution la part des grossistes dans le rendement global de la taxe (85 %), on peut estimer que 28,9 millions d'euros devraient leur revenir directement.

b. Une mesure « de petite rétroactivité »

Située dans la deuxième partie du projet de loi, qui concerne l'année en cours, la mesure entrerait en vigueur au 1^{er} janvier 2021.

(1) La direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général que la perte de recettes de cette mesure ne serait pas compensée, sans faire l'objet d'une mesure spécifique de non-compensation. Ce choix peut se comprendre au regard de l'importance que représente la répartition pharmaceutique dans les politiques de sécurité sociale et notamment d'accès au médicament, mais aussi par la nature de la modification opérée : il s'agit d'une modification du taux de droit commun, et non d'une exonération ciblant spécifiquement certains publics.

S'agissant d'une mesure éminemment favorable aux contribuables, cette rétroactivité ne pose aucune difficulté juridique.

Sur un plan pratique, les entreprises ont versé en 2021 un acompte correspondant à 80 % de la somme due au titre de l'année précédente. Des régularisations devront donc intervenir au 1^{er} mars 2022 en cas d'excès de versement, même si dans le cas général, la réduction de 14 % de l'impôt dû devrait pouvoir s'imputer des 20 % restant à payer.

2. Une mesure qui s'inscrit dans une action globale de soutien aux grossistes-répartiteurs

La diminution de la contribution « vente en gros » n'est pas isolée et s'inscrit dans un plan plus global de soutien au secteur de la répartition pharmaceutique.

À l'occasion de la crise sanitaire qui avait frappé très durement les grossistes-répartiteurs, le Gouvernement avait relevé les marges réglementées pour un montant de 30 millions d'euros. Cette mesure serait pérennisée, sous un format un peu différent, à partir de 2021 (cf. encadré ci-dessous).

Le relèvement des marges réglementées

Le rapporteur général a obtenu de la direction de la sécurité sociale des précisions sur ce relèvement qu'il estime utile de partager.

Sur son objectif, commun avec celui du présent article, « *la révision de l'arrêté relatif à la marge de distribution permet de répondre à la demande des [répartiteurs] de revalorisation de la marge de vente en gros pour agir efficacement et durablement sur le modèle économique des [répartiteurs] sans trop générer d'effet de bord positif sur les autres acteurs de la chaîne de distribution.* ».

Concrètement, deux modifications successives sont intervenues :

– une mesure d'urgence mise en œuvre à partir du 30 septembre 2020 : la marge a été fixée à 7,53 % entre 0 et 571,05 euros et 0 % au-delà de 571,05 euros, dans la limite d'une marge totale de 43 euros (contre 6,68 % actuellement jusqu'à un plafond de marge de 30,06 euros) avec toujours un minimum de 0,30 euro garanti ;

– de manière plus pérenne, à compter du 1^{er} février 2021 : la marge a été fixée à 6,93 % entre 0 et 468,97 euros et 0 % au-delà de 468,97 euros dans la limite d'une marge totale de 32,50 euros, toujours avec un minimum de 0,30 euro garanti.

Exactement comme pour le volet « taxe vente en gros », la mesure aura un impact principalement sur les répartiteurs, à hauteur de 30 millions d'euros, mais aussi de 8 millions d'euros sur les autres acteurs de la chaîne (4 millions d'euros liés aux ventes directes et 4 millions d'euros sur les marges rétrocédées par les grossistes aux pharmaciens sur les médicaments génériques).

L'impact n'est pas entièrement absorbé par l'assurance maladie obligatoire (34 millions d'euros sur 38).

Source : DSS, en réponse au questionnaire du rapporteur général

Le Gouvernement entend par ailleurs créer un forfait spécifique lié à la distribution de produits froids pour un montant de 30 millions d'euros également. Cette mesure va dans le sens d'une refonte plus systémique du mode de rémunération des grossistes, afin d'en décorrélérer une partie des prix du médicament.

L'instauration d'un forfait sur les produits froids

Le rapporteur général a également obtenu de la direction de la sécurité sociale des précisions sur les conditions de l'instauration de ce forfait sur les produits froids.

Il s'agirait en principe de compléter les autres mesures (marge et « vente en gros ») en couvrant « *les surcoûts liés à la distribution de produits stockés au froid qui pèsent sur les charges d'exploitation* ».

Concrètement, un « *montant forfaitaire par boîte vendue de médicament thermolabile* » s'ajouterait à la marge réglementée.

Le ciblage d'une telle mesure semble assez bon puisque 80 % de ces produits sont distribués par les grossistes, au regard des données de la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique et des données de marché disponibles.

Source : DSS en réponse au questionnaire du rapporteur général

*

* *

Article 5

Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article vise à adapter l'échéance de signature des contrats susceptibles d'engager le versement d'une dotation d'investissement aux établissements assurant le service public hospitalier.

La loi de financement pour 2021 avait prévu, en son article 50, un mécanisme de dotation par l'assurance-maladie pour ces établissements, à hauteur d'un maximum de 13 milliards d'euros pour une durée maximale de dix ans. Cette dotation, qui doit servir notamment à accompagner les établissements dans une trajectoire de désendettement et de rétablissement de leur investissement courant, est conditionnée à la signature de contrats, avant le 31 décembre 2021.

Ces contrats, signés entre les représentants de l'établissement et le directeur de l'agence régionale de santé (ARS), doivent notamment préciser les engagements auxquels consent le représentant de l'établissement, les modalités de versement de la dotation ainsi que les modalités de reprise, le cas échéant, si les engagements ne sont pas respectés. Ces contrats doivent par ailleurs permettre d'éviter toute « surcompensation » des engagements de service public auxquels les établissements sont astreints, afin de respecter le droit de l'Union européenne en matière d'aides d'État.

La rapidité avec laquelle les contrats doivent être conclus tenait de la nécessité de rapidement mettre en œuvre le rétablissement de la situation financière des établissements, dont plus de 40 % sont encore dans une situation problématique au regard de leur endettement. Il est toutefois apparu que le volet de cette dotation relative aux investissements structurants des établissements ne pouvait être instruit dans des conditions adéquates avant le 31 décembre 2021.

Le présent article propose donc de repousser l'échéance de la signature de ces contrats au 31 décembre 2030 au plus tard, concernant les dotations uniquement concentrées sur ces investissements structurants.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UN EFFORT MASSIF EN FAVEUR DE L'INVESTISSEMENT HOSPITALIER

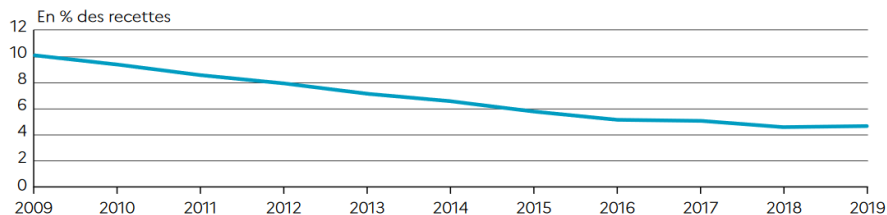
A. L'INVESTISSEMENT AU SEIN DU SERVICE PUBLIC HOSPITALIER SE SITUE À UN NIVEAU PRÉOCCUPANT, MALGRÉ UNE AMÉLIORATION RÉCENTE DE LA TENDANCE

1. Le faible niveau de l'investissement concerne notamment les dépenses courantes

• La tendance désormais pluri-décennale de l'investissement hospitalier est à la diminution, à mesure qu'augmente parallèlement le poids des dettes financières. C'est ce que démontre encore le dernier rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des Solidarités et de la santé, concernant la situation financière des établissements de santé : au cours

des dix dernières années, la décroissance des investissements se poursuit de manière constante, même si elle ralentit depuis 2016 ⁽¹⁾.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2009

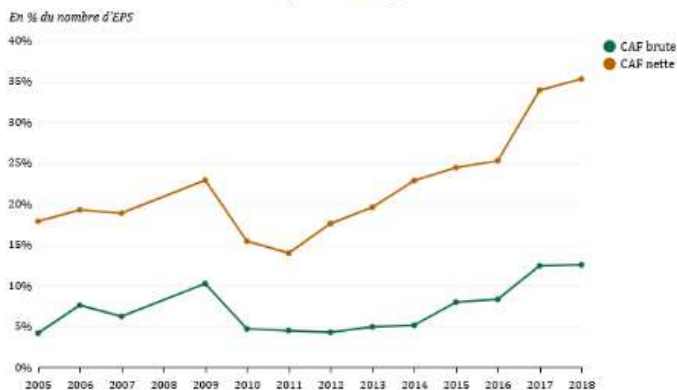


Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.
Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

• Cette situation découle avant tout de la diminution progressive de la capacité d'autofinancement des établissements publics de santé (EPS), comme le montre le rapport de la mission conduite par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) en 2020 ⁽²⁾, en préparation d'une mesure pour alléger la charge financière pesant sur les établissements de santé, décrite *infra*.

Alors que 18 % des EPS présentaient une capacité d'autofinancement (CAF) nette négative en 2005, cette situation concernait 35 % d'entre eux en 2018, soit près de 300 établissements.

Graphique 3 : Part des établissements présentant une capacité d'autofinancement négative (2005-2018)



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après données DREES (issues des comptes financiers transmis par la DGFIP). *Nota* : la mission a constaté une rupture de périmètre sur l'exercice 2008, dont les données ont été exclues de l'analyse.

(1) *Panorama de la Drees*, « Les établissements de santé », édition 2021, juillet 2021.

(2) « Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise », rapport conjoint de l'Inspection générale des finances et de l'inspection générale des affaires sociales, avril 2020.

S'agissant de l'investissement courant, il est reconnu qu'un taux de 3 % permet un renouvellement régulier du capital de l'établissement et donc un accueil optimal des patients. Ce sont pourtant 83 % des établissements publics de santé qui consacraient une fraction moindre de leurs produits à ce pan de leur action. Cette situation a progressivement entraîné une augmentation des taux de vétusté des équipements et des bâtiments, qui ont atteint respectivement 80 % et 50 %.

2. Une situation financière dégradée notamment par le poids des dettes financières

- La Cour des comptes, dans son rapport public annuel de 2018 ⁽¹⁾ tout comme l'IGAS et l'IGF dans leur rapport précité, avaient identifié l'origine de l'« emballement » de la dette hospitalière dans les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », majoritairement financés par un recours à l'emprunt, comprenant parfois le recours à des titres risqués à taux variables.

- Engagé en 2003, le plan « Hôpital 2007 » aurait ainsi favorisé l'accroissement de la dette en raison des aides pour l'emprunt (4,5 milliards d'euros). De la même manière, le second plan, engagé en 2008, a financé à hauteur de 85 % des projets immobiliers et conduit à une couverture de 3,8 milliards d'euros d'emprunts ⁽²⁾.

Les conditions difficiles de refinancement, la structure parfois problématique de l'endettement des établissements et les conséquences des plans susmentionnés ont conduit à un maximum d'encours de dette agrégé à 41 % du total des produits en 2013.

- Si la tendance a ensuite suivi un léger reflux, 42 % des établissements publics de santé étaient soumis à autorisation préalable pour leurs emprunts par le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) en 2018. Ces derniers cumulent nécessairement deux ou trois des facteurs entraînant la mise en œuvre de cette procédure ⁽³⁾, à savoir :

- un ratio d'indépendance financière ⁽⁴⁾ supérieur à 50 % ;
- une durée apparente de dette supérieure à dix ans ;
- un encours de la dette supérieur à 30 % de l'ensemble de ses produits, toutes ressources confondues.

(1) « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir », *insertion au rapport public annuel de la Cour des comptes, février 2018.*

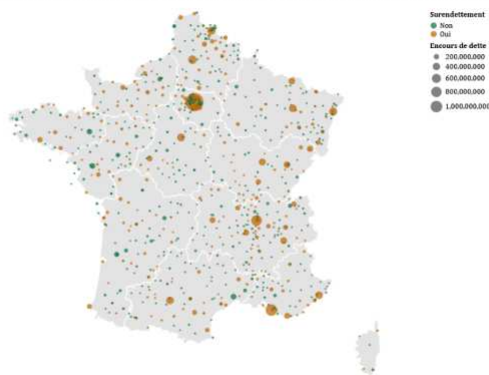
(2) IGAS, IGF, *op.cit.*

(3) Ces critères sont fixés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

(4) Ce ratio correspond au rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents.

La mission conduite par l'IGF et l'IGAS précitée a permis de cartographier les établissements de santé surendettés, dont le niveau d'investissement est inversement corrélé à leur capacité d'investissement.

Figure 1 : Répartition territoriale des EPS surendettés au 31 décembre 2018



Source : Calculs pôle Science des données de l'IGF, d'après les comptes financiers 2018. Nota : seuls sont présents sur la carte les 810 EPS dont le FINESS était associé à des coordonnées géographiques.

3. De premiers signes timides de désendettement

Les tendances récentes identifiées par la DREES montrent toutefois que les établissements de santé, et notamment ceux qui assurent le service public hospitalier, sont engagés dans une trajectoire progressive de désendettement. Ainsi, en 2019, si le déficit cumulé diminuait par rapport à 2017 (569 millions d'euros en 2019, contre 740 en 2017), l'encours de dette a diminué pour la première fois depuis 2015 (29,3 milliards d'euros contre 29,5 milliards en 2018). Autre signe encourageant, le taux d'endettement lui-même ⁽¹⁾ a diminué pour la première fois depuis 2002.

L'encours de dette est estimé à 35,7 % des recettes en 2019, soit un niveau qui demeure trop élevé pour permettre aux établissements de santé de disposer des marges financières suffisantes pour investir et adapter leurs équipements légers et lourds aux nouveaux enjeux sanitaires.

B. LES DOTATIONS VOTÉES EN LFSS 2021 PARTICIPENT DU REDRESSEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ASSURANT LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

1. La LFSS 2021 : un plan de 13 milliards d'euros sur dix ans

Face à cette situation dégradée, le Gouvernement et la majorité ont engagé, dans le cadre du « Ségur de la santé », un plan massif d'investissement en faveur

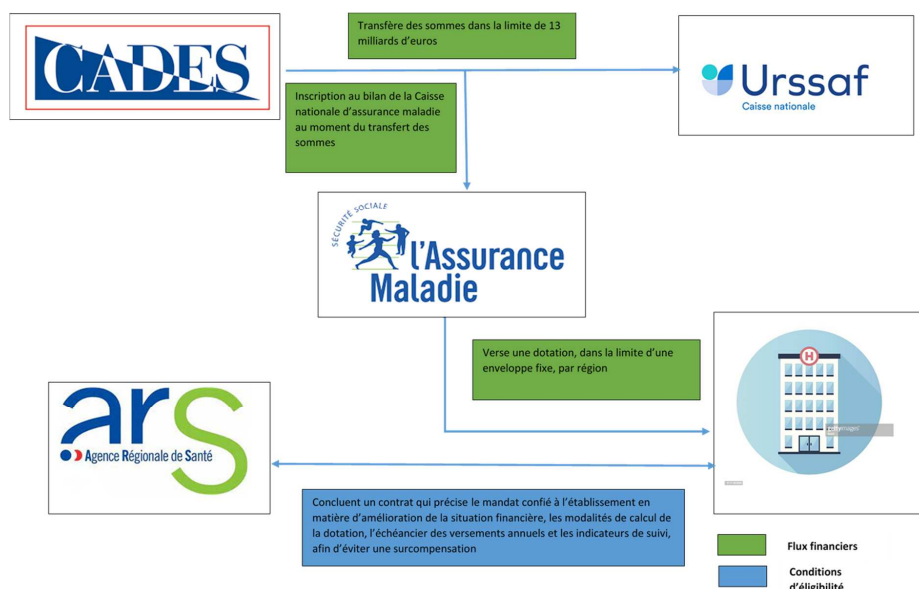
(1) Il s'agit de la part de dettes au sein des ressources stables, comptabilisant les capitaux propres et les dettes financières.

des établissements publics de santé, afin de les accompagner dans une trajectoire de désendettement et de rétablissement de leur taux d'investissement.

• L'article 50 de la loi de financement pour 2021 ⁽¹⁾ a ainsi prévu le versement sur une période maximale de dix ans – entre le 1^{er} janvier 2022 et le 31 décembre 2031 – d'une enveloppe de 13 milliards d'euros.

Cette enveloppe, déjà mentionnée dans la loi « dette sociale et autonomie » ⁽²⁾, correspond à un tiers du montant total de la dette cumulée par les établissements assurant un service public hospitalier. Constitutive d'une aide publique au regard de l'article 106, paragraphe 2 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), cette mesure respecte les critères fixés par la Commission européenne dans sa décision du 20 décembre 2011 relative à l'application de cet article ⁽³⁾.

Le versement de cette dotation suit le circuit financier suivant :



Source : commission des affaires sociales.

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

(3) Décision de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.

Pour rappel, ces critères sont ceux que la Cour de justice des Communautés européennes avait dégagés dans son arrêt Altmark de 2003 : l'entreprise concernée doit avoir à sa charge des obligations de service public clairement définies ; les paramètres de la compensation doivent être connus à l'avance ; cette compensation ne doit pas dépasser le montant strictement nécessaire à la satisfaction des obligations de service public ; le montant de la compensation lui-même doit être calculé en fonction des coûts qu'aurait supportés une entreprise moyenne bien gérée dans des circonstances comparables.

● Pour assurer une mise en œuvre rapide du dispositif, le législateur avait également prévu, au même article 50 :

– la comptabilisation de la dotation en capitaux propres en une fois et pour sa totalité, dès la signature du contrat ;

– la nécessité de conclure les contrats encadrant le versement de cette dotation avant le 31 décembre 2021.

Ce plan, visant à permettre aux établissements assurant le service public hospitalier de retrouver rapidement les leviers de financement permettant de maintenir et renouveler leurs outils sanitaires, s’inscrit dans une enveloppe plus large de 19 milliards d’euros, dont 6 milliards de crédits « France Relance », refinancés par l’Union européenne.

2. Une mise en œuvre rapide qui assure le respect des échéances prévues par le législateur

L’application de la mesure a suivi un rythme relativement rapide, puisque le décret en Conseil d’État prévu dans le dispositif initial est paru le 30 juin de cette année ⁽¹⁾.

● Ce décret pris en Conseil d’État prévoit notamment une tripartition des paramètres pris en compte pour déterminer le montant de la dotation entre chaque établissement éligible, entre les besoins de financement ;

– nécessaires afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, en priorité par le renouvellement des investissements courants indispensables au fonctionnement du service public hospitalier ;

– nécessaires pour les opérations d’investissements structurants concourant à la transformation du service public hospitalier, en lien avec les missions et engagements contractuels des établissements, notamment en termes d’accès aux soins, de continuité des soins et de service rendu au patient ;

– structurels permettant, une fois déduit le service de la dette, de restaurer les capacités de financement des investissements nécessaires pour garantir la continuité des soins.

Pour éviter de renouveler le recours excessif à l’emprunt, le décret précise que les dotations permettent, « *en cohérence avec les orientations stratégiques de l’établissement, une maîtrise de l’endettement en évitant un recours excessif à la dette* ». Les établissements conviennent notamment d’une trajectoire d’endettement sur laquelle ils s’engagent dans le cadre du contrat conclu avec l’ARS.

(1) Décret n° 2021-868 du 30 juin 2021 organisant un dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application de l’article 50 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

● Le ministre de la santé a pris un arrêté à la suite de ce décret ⁽¹⁾ fixant le montant alloué aux opérations d'investissement courant et de couverture des financements structurels à 6,5 milliards d'euros, répartis entre régions selon la clé suivante :

RÉPARTITION RÉGIONALE DE L'ENVELOPPE DE 6,5 MILLIARDS D'EUROS

(en euros)

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Auvergne-Rhône-Alpes | 899 919 755 |
| Bourgogne-Franche-Comté | 471 619 217 |
| Bretagne | 246 850 038 |
| Centre | 214 106 518 |
| Corse | 68 023 969 |
| Grand Est | 834 875 562 |
| Guadeloupe | 73 292 593 |
| Guyane | 32 136 564 |
| Hauts-de-France | 657 217 675 |
| Île-de-France | 844 275 424 |
| Martinique | 74 858 192 |
| Mayotte | 25 846 696 |
| Normandie | 255 396 315 |
| Nouvelle-Aquitaine | 367 190 253 |
| Occitanie | 426 940 623 |
| Pays de la Loire | 184 149 341 |
| Provence-Alpes-Côte d'Azur | 742 716 172 |
| Réunion | 121 855 511 |
| Saint-Pierre-et-Miquelon | 58 148 |
| Total général | 6 541 328 566 |

Source : arrêté du 27 juillet 2021 relatif aux enveloppes régionales et au contrat entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021.

Cette allocation régionale s'est faite en prenant notamment en compte les établissements dont le taux d'endettement est supérieur à 30 % ou dont le taux de capacité d'autofinancement nette est inférieur à 1 %.

3. Une transparence accrue des modalités de versement des dotations

Les débats parlementaires ont permis d'accroître le degré de transparence dans lequel s'exerce le versement des dotations par les directeurs des ARS.

(1) Arrêté du 27 juillet 2021 relatif aux enveloppes régionales et au contrat entre les agences régionales de santé et les établissements de santé dans le cadre du dispositif de soutien aux établissements de santé assurant le service public hospitalier en application du décret n° 2021-868 du 30 juin 2021.

- Il est en effet prévu que l'ARS, dans le cadre de la rédaction du contrat, mais surtout du suivi des engagements pris par les établissements de santé, informe au moins une fois par an le conseil territorial de santé.

Par ailleurs, un résumé de chaque contrat, comprenant une synthèse des objectifs et engagements, le montant total de la dotation attribuée à l'établissement, ainsi que les critères retenus pour déterminer ce montant, est publié par l'ARS. La publication est actualisée en fonction de l'éventuelle conclusion d'un avenant au contrat initial.

- Outre le renforcement de la démocratie sanitaire que de telles dispositions permettent, la publicité et la transparence quant aux modalités retenues pour choisir le montant de la dotation participent de la mise en conformité du dispositif aux règles de l'Union européenne en matière de concurrence. Le rapporteur général se félicite de cette ouverture, qui constitue une garantie supplémentaire que chaque euro de ce plan sera un euro utile.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN ASSOUPPLISSEMENT POUR LES INVESTISSEMENTS STRUCTURANTS

Le présent article vise à modifier l'article 50 de la loi de financement précitée pour créer une dérogation au calendrier de conclusion des contrats.

Cette dérogation calendaire, inscrite au 1^o de l'article, est applicable aux contrats ou avenants aux contrats qui visent à participer au financement des « investissements structurants ». Cette catégorie, qui reprend les termes employés dans l'arrêté du 27 juillet précité, correspond à des investissements qui dépassent le seul investissement courant, et qui s'inscrivent dans une réorientation du service public hospitalier cohérente avec les priorités fixées dans le cadre du Ségur de la Santé.

- Cette catégorie vise, plus précisément ⁽¹⁾, les projets d'envergure qui ne pourraient être financés par les établissements de santé seuls sans que ceux-ci ne reprennent une nouvelle trajectoire de hausse de leur endettement. Connue de longue date dans les comptes financiers des établissements, cette catégorie recouvre notamment les opérations de modernisation, de construction ou les rénovations lourdes.

La phase d'instruction de ces projets d'investissement par les ARS a commencé par la définition par ces dernières de stratégies régionales d'investissement, qui doivent être transmises au comité de pilotage des investissements sanitaires (CPIS) d'ici le mois d'octobre 2021 ⁽²⁾. Cette phase d'instruction doit être suivie de la construction d'une programmation pluriannuelle divisant le versement des dotations en

(1) *Instruction n° DGOS/PF1/DSS/1A/2021/165 relative aux crédits dédiés au soutien à l'investissement et à la transformation du service public hospitalier, publiée au Bulletin officiel de la sécurité sociale du 16 août 2021.*

(2) *Circulaire du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.*

deux tranches, la première pour la période 2021-2025 ⁽¹⁾ et la seconde pour la période 2026-2029, au regard de l'état d'avancement des investissements structurants. Cette seconde tranche pourra être transcrite par la voie d'avenants ou, naturellement, par la signature de nouveaux contrats.

● La mise en œuvre de ce calendrier justifie donc une modification de l'échéance fixée actuellement pour l'ensemble des contrats au 31 décembre 2021, afin que :

– les contrats portant sur une dotation exclusivement consacrée aux investissements structurants puissent être conclus jusqu'au 31 décembre 2030, soit un an avant la date à laquelle le plan décennal d'investissement de 13 milliards d'euros parvient à échéance. Dans la réalité, la majorité des contrats seront signés entre 2022 et 2025 afin d'enclencher la première tranche mentionnée ci-dessus ;

– le maintien d'un calendrier comparable à celui des enveloppes « désendettement » et « investissement courant » ne se traduise pas par une comptabilisation de la dotation en une seule fois et pour sa totalité. Cette souplesse supplémentaire doit notamment permettre au CPIS ainsi qu'aux ARS d'instruire régulièrement la bonne utilisation des dotations par les établissements de santé engagés dans les investissements structurants ;

– des projets structurants autoportés par des établissements de santé, notamment dans la dernière partie de la décennie, puissent être soutenus par une dotation inscrite dans le présent dispositif. Un réglage fin pourrait ainsi permettre à ces établissements de faire face à des imprévus ou un renchérissement du projet ne lui permettant pas de le régler à terme. Pour cela, une forme de souplesse permettant la signature de contrats jusqu'en 2030 est nécessaire.

Le même 1° de l'article prévoit un terme aux versements effectués sur la base de la contractualisation, également au 31 décembre 2030.

Le 2° prévoit enfin une comptabilisation en plusieurs fois des dotations ou fractions de dotations concernées par les investissements structurants. Il s'agit d'une dérogation au principe inscrit au V de l'article 50 de la loi de financement pour 2021 précitée, selon laquelle les dotations étaient comptabilisées dans leur ensemble et en une fois. La condition de comptabilisation unique des dotations en fonds propres n'est en effet plus applicable dès lors que le même établissement peut émarger à la fois à la dotation de compensation des charges de restauration de ses marges de manœuvre financières et à la dotation de soutien aux investissements structurants.

*

* *

(1) Cette tranche correspond à un montant de l'ordre de 70 % de l'ensemble de la dotation.

Article 6

Transferts financiers entre branches en 2021

Adopté par la commission avec modifications

L'article 6 procède à titre rectificatif pour l'année 2021 à des transferts de la branche maladie vers la branche autonomie, en vue de compenser à cette dernière sa contribution à la gestion administrative de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ainsi que les charges liées au non-recouvrement et aux frais de dégrèvement.

1. La création de la branche autonomie a déjà donné lieu à des transferts significatifs de la branche maladie vers la branche autonomie en LFSS 2021

Le législateur a entendu créer au sein du régime général une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie, dite « branche autonomie ».

Éclairée par les travaux du rapport « Vachey »⁽¹⁾, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a procédé à la mise en place « financière » de la branche en fléchant une part importante de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée à la branche maladie vers la branche autonomie.

Ce transfert était cohérent à la fois :

– avec le fait que la branche maladie finançait jusqu'ici une partie des dépenses relevant de l'autonomie *via* la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; la création de cette nouvelle branche devait donc logiquement conduire à une baisse de ses charges, ce qui pouvait justifier une diminution de ses recettes ;

– avec la nature des dépenses financées par la branche autonomie dont le caractère universel s'accommode particulièrement bien d'une ressource fiscale à assiette large comme l'est la CSG.

Au total, 25,9 milliards d'euros de CSG ont été transférés directement ou indirectement⁽²⁾ à la branche autonomie par la branche maladie du régime général, en même temps que 24 milliards d'euros de dépenses médico-sociales⁽³⁾ qui figuraient auparavant au sein des comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie.

(1) Laurent Vachey, La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, septembre 2020.

(2) 2,6 milliards d'euros parmi les 25,9 ont en effet « transité » par le Fonds de solidarité vieillesse qui a rétrocédé une fraction de CSG « capital ». Le but était de lui affecter une fraction « homogène » de 1,93 point des CSG « activité », « remplacement » et « capital ».

(3) Ce transfert s'est donc réalisé dans des conditions plutôt avantageuses : même en « vieillissant » les 24 milliards de la tendance suivie par l'ONDAM médico-social en 2021 (+ 3,7 %), on obtiendrait un équivalent de dépenses de 24,9 milliards d'euros.

2. L'article 6 procède à un nouveau transfert d'une ampleur plus modeste visant à compenser à la CNSA certaines charges non prévues

• Dans le souci de tenir compte de la nécessité pour la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie de charges qui n'avaient pas été ou ne pouvaient pas être anticipées, il est procédé à un transfert de ressources depuis la branche maladie.

Ces charges supplémentaires (587 millions d'euros au total) correspondent :

– à la contribution aux frais de gestion administrative de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour un montant de 109 millions d'euros, d'après l'évaluation préalable du Gouvernement ; cette contribution « nouvelle » se substituera à celle de la CNAM ;

– à des charges liées au non-recouvrement de la contribution sociale généralisée affectée (432 millions d'euros) et des frais de dégrèvement (46 millions d'euros).

CHARGES SUPPLÉMENTAIRES DE LA CNSA PAR RAPPORT À LA PRÉVISION LFSS 2021

| En M€ | 2021 |
|---|------|
| Frais de dégrèvement | 46 |
| Charges liées au non recouvrement | 432 |
| Contribution aux frais de gestion administrative de l'ACOSS | 109 |
| Dégrèvement + CLNR+FNGA : modification de la clé en 2022 | 587 |

Source : Annexe 9 PLFSS 2022.

La taxe sur les salaires, qui sert désormais de « clé » principale de répartition entre les branches, apparaît le « véhicule » le plus logique de cette compensation, la compensation par « les » CSG pour des montants aussi modestes pouvant entraîner des complexités inutiles de calcul ⁽¹⁾.

(1) Complexités d'autant plus regrettables, que la « tuyauterie 2021 » en LFSS 2021 avait parfaitement disposé les choses de sorte que la CNSA reçoive 1,93 point de toutes les CSG (activité, capital, remplacement).

La taxe sur les salaires, tuyau principal entre les branches

La taxe sur les salaires est un impôt dû par les employeurs domiciliés en France qui ne sont pas soumis à la TVA sur la totalité de leurs chiffres d'affaires. Elle « frappe » donc des secteurs assez spécifiques comme le sanitaire, le médico-social, la banque, l'assurance, certaines professions libérales et les associations.

Son produit en 2021 était de 14,2 milliards d'euros et il est estimé à 15,8 milliards d'euros pour 2022 ; il est entièrement affecté à la sécurité sociale (il s'agit d'une recette « exclusive » de la sécurité sociale).

La taxe sur les salaires avait trois affectataires en 2021 (la CNAV, la CNAM, la CNAF), soit les trois principales branches nécessitant de la « tuyauterie » (la branche AT-MP est quasi-exclusivement financée par des cotisations). Elle en aurait ainsi une quatrième avec la CNSA, si le présent article ainsi que l'article 17 étaient adoptés, ce qui renforcerait sa place « centrale » dans la neutralisation des relations financières entre les branches.

Source : rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021, annexe 6 PLFSS 2022.

● Dans cette perspective, le **I** procède à une modification de la « clé » de répartition de la taxe sur les salaires, prévue à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale.

Le **1°** du **I** prévoit la diminution de 3,81 points de la fraction de taxe sur les salaires affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie, ce qui se traduirait par une diminution de 587 millions d'euros de son produit.

En parallèle, le **2°** de ce même **I** prévoit l'affectation de ces 3,81 points de taxe sur les salaires à la CNSA qui en devient un nouvel affectataire.

Au total, l'impact serait toutefois limité à 480 millions d'euros sur les comptes des deux branches concernées, car :

– côté CNAM, la perte de ces recettes est en partie compensée par la moindre contribution aux charges de l'ACOSS ;

– côté CNSA, le gain de ces recettes est en partie compensée par la création de cette contribution aux charges de l'ACOSS.

Ce transfert participe pleinement de la logique poursuivie par le Gouvernement au moment du dépôt du PLFSS 2021. Il s'agit en effet de créer cette nouvelle branche avec une « mise de jeu » lisible et équilibrée, ce que n'aurait pas permis le transfert de recettes « à proportion » des dépenses transférées – ou dit autrement, le transfert de la part des déficits de la CNAM qui couvrait les dépenses médico-sociales qu'elle finançait.

● Compte tenu de cette affectation nouvelle, le **II** modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles qui énumère les ressources de la branche autonomie pour y ajouter cette fraction de taxe sur les salaires.

● Le **III** prévoit l'entrée en vigueur de l'ensemble de ces dispositions au 1^{er} janvier 2021, en cohérence avec l'exercice rectificatif auquel il est procédé.

*

* *

Article 7

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021

Adopté par la commission sans modification

L'article 7 porte la rectification des prévisions de recettes et de soldes ainsi que des objectifs de dépenses relatifs à l'année en cours, afin de tenir compte des données disponibles les plus récentes, ainsi que des mesures rectificatives.

La rectification pour l'année 2021 (34,8 milliards d'euros de déficit pour les régimes obligatoires de base et le FSV) est relativement proche de ce que prévoyait déjà la prévision initiale pour 2021 (34,6 milliards). Cette proximité masque en réalité plusieurs mouvements en sens contraire en recettes comme en dépenses.

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

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

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le FSV pour l'année en cours, soit 2021, en utilisant notamment les données fournies par la direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 24 septembre dernier, et en intégrant d'éventuelles mesures rétroactives prises dans la présente deuxième partie.

Juridiquement, le présent article rectifie :

– au titre des tableaux d'équilibre et des prévisions de recettes, deux articles de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 ⁽¹⁾ ;

○ l'article 42, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

○ l'article 43, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ⁽¹⁾.

– au titre des objectifs de dépenses :

- l'article 96 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ⁽²⁾ ;
- l'article 102 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (« AT-MP ») ;
- l'article 106 pour la branche vieillesse ;
- l'article 107 pour la branche famille.

Concernant l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le FSV, cet article rectifie les montants prévus par l'article 44.

I. UNE SITUATION DÉGRADÉE DES COMPTES SOCIAUX CONFIRMÉE EN 2021

Le 1^o du I de cet article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre, fixant ainsi provisoirement le déficit de ce périmètre à 34,8 milliards d'euros.

Comme pour les tableaux d'équilibre pour le dernier exercice clos, l'analyse du solde suppose de le comparer avec ce qui était attendu en LFSS 2021, d'une part, et avec l'exercice précédent, d'autre part.

1. La rectification des prévisions : d'importantes modifications en recettes et en dépenses qui se « neutralisent » quasiment

En vue de procéder à cette première comparaison, les données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS 2021.

(1) L'article 29, qui fixe le niveau de recettes mises en réserve par le FSV, n'est pas modifié.

(2) Appelée le plus souvent par souci de simplicité, « branche maladie ».

TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2021 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales 2021 (LFSS 2021) | | | Prévisions rectifiées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|------------------------|--|----------|--------|--|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 242,9 | 251,9 | - 9 | 246,4 | 250,4 | - 4 |
| Maladie | 195,5 | 219,1 | - 23,7 | 202,2 | 232,2 | - 30 |
| Famille | 49,6 | 49,3 | 0,3 | 50,5 | 49,4 | 1,2 |
| Autonomie | 31,2 | 31,6 | - 0,4 | 31,8 | 32,2 | -0,4 |
| AT-MP | 14,4 | 14,1 | 0,3 | 14,6 | 13,9 | 0,7 |
| Total* | 519,5 | 552 | - 32,5 | 531,3 | 563,8 | - 32,5 |
| Total incluant le FSV* | 517,5 | 552,4 | - 34,9 | 529,3 | 564,1 | - 34,8 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

a. Une rectification généralisée de soldes dégradés par la crise

- Des « bonnes surprises » en recettes liées à un rebond plus haut que prévu

Les recettes des régimes sont réparties fortement à la hausse en 2021, ce qui était en partie anticipé. La croissance de la masse salariale avait déjà été prévue à un niveau élevé et le plein effet du « Ségur de la Santé » permettait d'envisager des recettes en nette hausse ⁽¹⁾, mais cette tendance s'est fortement accentuée.

Parmi les recettes plus dynamiques qu'anticipées, on trouve notamment les cotisations sociales brutes (3,7 milliards d'euros de plus que prévu pour le régime général ⁽²⁾) bien que celles-ci aient continué de faire l'objet d'exonérations et d'aides au paiement importants en 2021. Parallèlement, les cotisations prises en charge par l'État ont également crû fortement (1,6 milliard d'euros de plus que dans la prévision initiale). Les impôts et taxes ont également été plus dynamiques que prévu (+ 5,8 milliards).

Tirée par la masse salariale, cette évolution est aussi le produit d'autres « bonnes nouvelles » sur la situation économique. Ainsi, les travailleurs indépendants ont massivement régularisé les cotisations non appelées en 2020, avec un effet favorable de 4,1 milliards d'euros sur le régime général.

La totalité des branches ont été positivement impactées par cet important ressaut, quoique dans des proportions variables.

(1) Les hausses de rémunération ont permis des hausses de cotisations et contributions importantes, à hauteur d'1,9 milliard d'euros d'après les chiffres « CCSS » de septembre dernier.

(2) Le rapport remis à la commission des comptes de la sécurité sociale ne permet pas d'en savoir davantage sur la situation de l'ensemble des régimes obligatoires de base, bien qu'y figurent leur solde, leurs recettes et leurs dépenses.

Dernier point important de ce paysage résolument optimiste : le Haut conseil des finances publiques a estimé dans son avis du 17 septembre 2021 que ces prévisions d'emploi et de masse salariale pour 2021 sont « *trop basses* », appréciation que le Haut conseil a rarement l'occasion de formuler.

Dans l'annexe B annexée au projet de loi, le Gouvernement considère que « *si ces aléas haussiers se matérialisaient, ils seraient de nature à améliorer la trajectoire de recettes et donc de solde de la sécurité sociale à l'horizon de la présente annexe* », position dont le rapporteur général partage la sagesse dans un contexte de déficits durables des régimes.

- *Des dépenses en forte hausse par rapport à la prévision, notamment pour la branche maladie*

Les dépenses sont rehaussées par rapport à la prévision initiale, quasiment à due concurrence des recettes, en raison notamment de besoins importants liés à la crise sanitaire et couverts par la branche maladie dans le cadre de l'ONDAM (cf. commentaire de l'article 10).

La branche vieillesse, à l'inverse, a connu des dépenses moindres que prévu à hauteur d'1,5 milliard d'euros, ainsi que la branche AT-MP (200 millions d'euros). S'agissant du premier point, plus significatif, il semblerait que cela soit dû à des « *effets démographiques liés aux décès, notamment la surmortalité enregistrée liée à la crise sanitaire fin 2020 et début 2021 et la modification des hypothèses démographiques dans le modèle utilisé par la CNAV ainsi que d'un effet moindre des coefficients de solidarité sur les départs à la retraite* »⁽¹⁾. S'agissant du second, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général que les dépenses de soins de ville et de rente seraient moins dynamiques que prévu et que les remboursements à la CNAV au titre des départs dérogatoires liés à l'amiante ont été revus à la baisse, depuis la dernière prévision.

Les dépenses de la branche autonomie sont plus élevées que prévu, en raison de la contribution aux charges de gestion de l'ACOSS, de non-recouvrement de CSG ainsi que des frais de dégrèvement (cf. commentaire de l'article 6).

Enfin, la branche famille est très proche des prévisions initiales de dépenses, à 100 millions d'euros près.

- *Quelques mesures rectificatives nouvelles proposées par le PLFSS 2022*

Plusieurs mesures en seconde partie ont un impact financier plus ou moins important sur les comptes :

(1) Annexe 4, PLFSS 2022, p. 32.

– l’affiliation du personnel vaccinant (article 3) rapportera 5 millions d’euros au régime général ; un tel impact est toutefois invisible dans les comptes, dont l’unité de présentation est plutôt le milliard d’euros ;

– l’assouplissement des règles de cumul emploi-retraite pendant la crise (article 3) représente un coût supplémentaire en termes de droits de 29 millions d’euros ;

– l’allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques (article 4) représenterait des pertes de recettes de 35 millions d’euros en 2021 ;

– l’assouplissement de l’échéance de signature des contrats d’investissement (article 5) a un impact important en recettes et en dépenses, mais à due concurrence, ce qui ne modifie pas le solde global en 2021 ⁽¹⁾ ;

– enfin, les transferts financiers rectificatifs (article 6) en faveur de la CNSA ne modifient pas le solde de l’ensemble des régimes mais aggravent le solde de la branche maladie de 480 millions d’euros en même temps qu’ils améliorent ceux de la branche autonomie du même montant.

Au total, ces mesures nouvelles rectificatives comptent pour moins de 200 millions d’euros dans l’aggravation du solde total.

b. Au total, un déficit amélioré par rapport à 2020

• Ces prévisions rectifiées témoignent par ailleurs d’une désormais probable amélioration du solde des régimes obligatoires en 2021, par rapport à l’« abyssal » exercice 2020.

COMPARAISON DU TABLEAU D’ÉQUILIBRE 2021 DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AVEC L’EXERCICE 2020

(en milliards d’euros)

| | Résultats 2020 (PLFSS 2022) | | | Prévisions rectifiées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------|--------|--|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 241,2 | 246,1 | - 4,9 | 246,4 | 250,4 | - 4 |
| Maladie | 209,8 | 240,2 | - 30,5 | 202,2 | 232,2 | - 30 |
| Famille | 48,2 | 50 | - 1,8 | 50,5 | 49,4 | 1,2 |
| Autonomie | | | | 31,8 | 32,2 | - 0,4 |
| AT-MP | 13,5 | 13,6 | - 0,1 | 14,6 | 13,9 | 0,7 |
| Total* | 499,3 | 536,6 | - 37,3 | 531,3 | 563,8 | - 32,5 |
| Total incluant le FSV* | 497,2 | 537 | - 39,7 | 529,3 | 564,1 | - 34,8 |

Source : PLFSS 2022.

(1) Le report à des années ultérieures des investissements structurants diminuera en effet les produits issus de la CADES et les charges des dotations aux établissements du même montant.

● Globalement, cette amélioration est tirée par les recettes dont l'augmentation (+ 32,1 milliards d'euros) a surpassé la hausse des dépenses (+ 27,1 milliards d'euros).

Les recettes ont bénéficié d'un véritable rétablissement de la conjoncture économique dont témoigne l'évolution des prévisions macro-économiques ci-dessous.

**COMPARAISON DES PRÉVISIONS MACRO-ÉCONOMIQUES POUR 2021
ENTRE LA LFSS 2021 ET LE PLFSS 2022**

(en pourcentage)

| | Prévisions 2020 LFSS 2021 | Prévisions 2021 PLFSS 2022 | Prévisions 2021 LFSS 2021 | Prévisions 2021 PLFSS 2022 | Évolution 2020-2021 LFSS 2021 | Évolution 2020-2021 PLFSS 2022 |
|--|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| Évolution du PIB en volume | - 11,0 % | - 7,9 % | 6,0 % | 6,0 % | - 5,7 % | - 2,4 % |
| Évolution de la masse salariale du secteur privé | - 8,9 % | - 5,7 % | 4,8 % | 6,2 % | - 4,5 % | 0,1 % |

Source : annexes B des LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Le PIB, qui commande de manière générale les ressources fiscales, a évolué conformément à ce qui était prévu, mais en repartant d'une base plus favorable que prévu en 2020 (- 7,9 % au lieu de - 11 %). Au final, sur deux années, le PIB aura chuté de 3,3 points de moins.

La masse salariale du secteur privé qui avait moins chuté que prévu en 2020 (- 5,7 % au lieu de - 8,9 %), est repartie plus fortement en 2021 qu'anticipé (1,4 point de plus).

Rappelons qu'au regard des hypothèses contenues dans le rapport remis à la commission des comptes de la sécurité sociale, un point de masse salariale du secteur privé supplémentaire apporte 1,97 milliard d'euros au régime général. La seule réévaluation de la prévision sur cette assiette est donc susceptible d'expliquer 2,8 milliards d'euros de hausses de recettes par rapport à la prévision 2021 ; 6,2 % de hausse apportent « spontanément » près de 12 milliards d'euros de recettes de cotisations, sans parler des cotisations des travailleurs indépendants et des ressources fiscales (taxe sur la valeur ajoutée, contribution sociale généralisée, taxe sur les salaires). Une partie de ces ressources fiscales est d'ailleurs elle aussi très sensible à l'évolution de la masse salariale (au total, deux tiers des ressources de la sécurité sociale).

En reprenant le « film » sur deux années, c'est même un écart de 4,6 points qui sépare les prévisions de croissance de la masse salariale, soit près de 9,2 milliards d'euros de cotisations et contributions supplémentaires pour le seul régime général sur la seule assiette des salariés du secteur privé.

• L'évolution annuelle est positive pour l'ensemble des branches, même si la tendance est d'une inégale intensité.

Le rétablissement est particulièrement rapide pour la branche famille qui bénéficie à plein de la dynamique en recettes, tout en voyant ses dépenses diminuer par rapport à 2020 (- 0,6 milliard d'euros). Les facteurs structurels de modération de dépenses y rencontrent la fin des dispositifs exceptionnels mis en place pendant la crise (notamment la majoration de l'allocation de rentrée scolaire qui représentait 500 millions d'euros en 2020).

Dans une moindre mesure, les branches vieillesse et AT-MP voient également leur solde s'améliorer, les recettes « post-crise » ayant augmenté plus vite que les dépenses qui suivent un cours largement « normalisé ».

Enfin, la branche maladie bénéficie d'un effet globalement similaire même si ses recettes et ses dépenses sont globalement en diminution par rapport à 2020, essentiellement en raison de transferts vers la branche autonomie. Réduite dans son volume par cette réforme de son périmètre, la branche a néanmoins bénéficié de ce contexte économique favorable et d'un « plateau » élevé de dépenses en 2020.

Naissante sur un plan financier, la branche autonomie n'avait pas encore de point de comparaison en 2021.

II. DES TENDANCES GLOBALEMENT PARTAGÉES ENTRE LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LES AUTRES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Le 2° porte rectification, pour le régime général, des prévisions de recettes fixées par la loi de financement pour 2021, des objectifs de dépenses afférents et du tableau d'équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que propose d'y apporter cet article.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2021 DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales 2021 (LFSS 2021) | | | Prévisions rectifiées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|-------------------------------|--|----------|--------|--|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 135 | 144,7 | - 9,7 | 140 | 143,7 | - 3,7 |
| Maladie | 195,5 | 219,1 | - 23,7 | 200,7 | 230,7 | - 30 |
| Famille | 49,6 | 49,3 | 0,3 | 50,5 | 49,4 | 1,2 |
| Autonomie | 31,2 | 31,6 | -0,4 | 31,8 | 32,2 | - 0,4 |
| AT-MP | 12,8 | 12,7 | 0,2 | 13,1 | 23,5 | 0,6 |
| Total* | 408,6 | 442 | - 33,3 | 422,5 | 454,7 | - 32,3 |
| Total incluant le FSV* | 407,9 | 443,7 | - 35,8 | 421,7 | 456,3 | - 34,6 |

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Comme pour les régimes obligatoires de base, sa lecture peut être enrichie d'une comparaison avec l'exercice 2020.

**TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DU RÉGIME GÉNÉRAL
EN COMPARAISON AVEC L'EXERCICE 2019**

(en milliards d'euros)

| | Résultats 2020 (PLFSS 2022) | | | Prévisions rectifiées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------|--------|--|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 135,9 | 139,6 | - 3,7 | 140 | 143,7 | - 3,7 |
| Maladie | 208,3 | 238,8 | - 30,4 | 200,7 | 230,7 | - 30 |
| Famille | 48,2 | 50 | - 1,8 | 50,5 | 49,4 | 1,2 |
| Autonomie | | | | 31,8 | 32,2 | - 0,4 |
| AT-MP | 12,1 | 12,3 | - 0,2 | 13,1 | 23,5 | 0,6 |
| Total* | 391,6 | 427,8 | - 36,2 | 422,5 | 454,7 | - 32,3 |
| Total incluant le FSV* | 390,8 | 429,4 | - 38,7 | 421,7 | 456,3 | - 34,6 |

Sources : commission des affaires sociales à partir du PLFSS 2022.

Le régime général représentant l'essentiel du volume financier des régimes obligatoires, l'intégralité ou la quasi-intégralité de ce volume dans trois des cinq branches (famille, maladie depuis la mise en place de la PUMA, et désormais autonomie) et assurant l'intégration financière de nombreux autres régimes, sa situation financière commande très largement celle de l'ensemble du champ couvert par les lois de financement. Aussi, presque « en sens inverse », l'essentiel des observations sur le tableau d'équilibre des régimes obligatoires s'applique naturellement à lui.

Les écarts significatifs entre le résultat du régime général et celui des régimes obligatoires de base en solde résultent, assez logiquement, des risques « vieillesse » et « AT-MP ».

Le régime général d'assurance vieillesse est ainsi dans une situation relativement meilleure que l'ensemble des régimes obligatoires (un écart de 300 millions d'euros, qui s'est toutefois plutôt amenuisé par rapport à la prévision initiale). Sans trop de surprise, la CNAV a engrangé plus de recettes supplémentaires que l'ensemble des régimes et représente les deux tiers de la baisse des dépenses par rapport à la prévision 2021 (1 milliard sur les 1,5 milliard).

La branche AT-MP du régime général est quant à elle dans une situation légèrement moins favorable (100 millions d'euros), ce qui correspond à un écart quasi-structurel (la prévision initiale quoique différente dans ses estimations identifiait le même différentiel).

Au total, l'écart de solde entre régime général et régimes obligatoires ne dépasse pas 200 millions d'euros.

III. LA SITUATION DES ORGANISMES « SATELLITES » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2021

a. Le Fonds de solidarité vieillesse

Le 3^o porte rectification, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, c'est-à-dire le seul FSV, du tableau d'équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections qu'il est proposé d'y apporter.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2021 DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

| | Prévisions initiales 2021 (LFSS 2021) | | | Prévisions révisées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|-----|--|----------|-------|--|----------|-------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| FSV | 16,7 | 19,2 | -2,4* | 17,2 | 19,6 | -2,4 |

*L'écart avec la somme « recettes-dépenses » est dû ici à un effet d'arrondi.

| | Réalisation 2020 (PLFSS 2022) | | | Prévisions révisées 2021 (PLFSS 2022) | | |
|-----|----------------------------------|----------|-------|--|----------|-------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| FSV | 16,7 | 19,1 | -2,5 | 17,2 | 19,6 | -2,4 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

La situation du fonds serait améliorée par rapport à la réalisation 2020 et proche de la prévision 2021.

Comme chaque année, les éléments apportés en annexe ont été complétés d'une documentation très riche fournie par le président du FSV au rapporteur général, permettant une analyse fine de ces évolutions.

Côté recettes (+ 500 millions d'euros par rapport aux prévisions initiales), le FSV bénéficie des effets d'un rendement de la CSG « capital » plus important que prévu (+ 8,5 % en 2021), qui surcompenserait la diminution de la CSG « remplacement » (- 1,1 % en raison de la diminution du recours à l'activité partielle).

À la suite des transferts liés à la création de la cinquième branche, le Fonds de solidarité vieillesse avait été bénéficiaire d'une part accrue de cette CSG « remplacement », qui devait compenser le transfert d'une fraction de la CSG « capital » à la CNSA. Perdant rétrospectivement dans cet « échange » puisque la dynamique a finalement plutôt été du côté de la CSG « capital », le Fonds semble

toutefois avoir globalement bénéficié d'un contexte économique plus favorable comme beaucoup de régimes.

Côté dépenses (+ 400 millions d'euros par rapport aux prévisions initiales), le FSV, en raison de ses missions, continue à assurer le « service après crise » en finançant les droits à la retraite des chômeurs (+ 5,3 % sur l'année 2021) ainsi que le minimum vieillesse (+ 0,6 %), tandis que les prises en charge au titre de l'activité partielle (- 0,1 %) ou des arrêts de travail (- 1,8 %) diminueraient, progressivement après le « pic » atteint en 2020.

b. Le Fonds de réserve pour les retraites

Depuis que la loi du 9 novembre 2010 ⁽¹⁾ a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le 4°.

La mission du FRR est désormais de verser à la CADES, en avril de chaque année, 2,1 milliards d'euros, de 2011 à 2024, soit un total de 29,4 milliards d'euros, comme l'ont encore confirmé les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ⁽²⁾.

Au 30 juin 2021, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d'euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s'élevait à 25,6 milliards d'euros.

c. La Caisse d'amortissement de la dette sociale

Le 6° prévoit un objectif d'amortissement de 17,4 milliards d'euros, supérieur à ce qui était prévu en LFSS 2021 (16,7 milliards d'euros). L'écart favorable s'explique là encore par un rendement supérieur des recettes fiscales de la CADES (CRDS et CSG) à ce qui était attendu.

Fin 2021, la CADES devrait avoir amorti 204,9 milliards d'euros de dette, soit 63,9 % de la dette qui lui a été transférée et 40 milliards sur les 136 milliards d'euros que lui a confiés la loi du 7 août 2020.

Au 31 août 2021, la CADES se refinançait globalement au taux très favorable de 0,92 % sur dix ans, un taux global de refinancement orienté sur une tendance baissière (1,99 % au 31 décembre 2019, 1,91 % au 30 juin 2020, 1,87 % au 31 août 2020).

*

* *

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

(2) Loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

Article 8

Rectification de l'objectif national d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2021

Adopté par la commission sans modification

Cet article porte l'ONDAM pour 2021 de 225,4 à 237,1 milliards d'euros et ajuste sa répartition par sous-objectif. Cette surexécution très importante est essentiellement due aux surcoûts engendrés par la crise sanitaire, et en particulier par la campagne de vaccination et par le dépistage.

Les dispositions du présent article font partie de celles devant obligatoirement figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale, en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Pour rappel, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) regroupe des dépenses de soins ambulatoires ou d'hospitalisation et des dépenses de prestations en espèces qui relèvent, pour l'essentiel, de la branche maladie-maternité-invalidité-décès et, pour partie, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et désormais de la branche autonomie, sans pour autant se recouper entièrement avec les dépenses de chacune de ces branches. L'ONDAM est un instrument essentiel de pilotage et de régulation de la dépense de soins dans son ensemble.

I. EN 2021, L'ONDAM SERA EN DÉPASSEMENT DE 11,7 MILLIARDS D'EUROS

L'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 ⁽¹⁾ a fixé l'ONDAM pour 2021 à 225,4 milliards d'euros.

L'année 2021 est bien sûr, comme l'année 2020, marquée par la crise sanitaire et son impact sur les dépenses d'assurance maladie.

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour 2021 seraient supérieures de 11,7 milliards d'euros à l'objectif voté. Elles progresseraient ainsi de 7,4 % par rapport à l'ONDAM exécuté en 2020, contre une augmentation de 2,3 % initialement prévue en LFSS 2021.

Ce dépassement est dans sa grande majorité dû aux mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire, qui atteignent *in fine* 14,8 milliards d'euros, soit un dépassement de 10,5 milliards d'euros par rapport aux montants provisionnés par la LFSS 2021.

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

RÉPARTITION DES ÉCARTS À LA PRÉVISION POUR L'ONDAM EN 2021

(en milliards d'euros)

| | Estimation LFSS 2021 | Chiffres CCSS septembre 2021 | <u>Écart à la prévision</u> |
|--|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Dépenses en lien avec la crise sanitaire | 4,3 | 14,8 | 10,5 |
| Séjour de la santé | 9,3 | 9,1 | - 0,2 |
| Dépenses hors crise et hors Séjour | 211,8 | 213,1 | 1,3 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

La provision de 4,3 milliards d'euros intégrée dans l'ONDAM 2021 couvrait :

- 2 milliards d'euros au titre des dépenses de tests de dépistage ;
- 1,5 milliard d'euros pour l'acquisition de vaccins et la campagne de vaccination ;
- 0,7 milliard d'euros pour l'achat et la dispensation de masques.

Or, 2,5 milliards d'euros supplémentaires aux montants initialement provisionnés ont finalement été alloués à Santé publique France par l'assurance maladie pour l'achat de vaccins et la campagne de vaccination. En dehors de cette dotation à Santé publique France, un dépassement de 0,7 milliard d'euros est également constaté sur la campagne de vaccination, afin notamment de tenir compte de la campagne de rappel vaccinal de septembre 2021. L'évolution de la population cible de la campagne de vaccination, les incertitudes en 2020 sur le prix des vaccins et la nécessité d'une dose de rappel expliquent notamment ces écarts.

Les dépenses de dépistage de la Covid-19 sont également à l'origine de très importants dépassements, de l'ordre de 4,2 milliards d'euros.

Seules les dépenses au titre de la délivrance des masques seraient finalement inférieures à celles provisionnées, de 0,5 milliard d'euros environ.

SYNTHÈSE DES SURCOÛTS COVID EN 2021

Dotation supplémentaire de l'assurance maladie à Santé publique France pour permettre à l'agence de faire face à des nouvelles dépenses : 4,3 Md€

- Achat de vaccins
- Organisation de la campagne vaccinale (matériels, logistique)
- Traitements contre la Covid

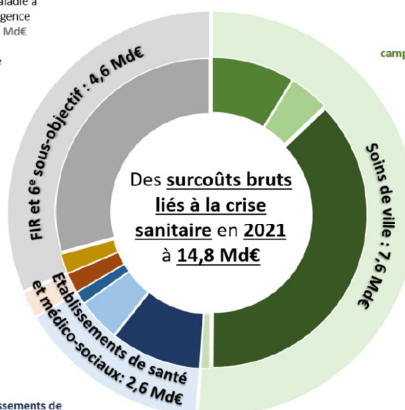
Fonds d'intervention régional : 0,3 Md€ de dépenses supplémentaires en lien avec la gestion locale de la crise sanitaire

Dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé médico-sociaux pour assurer notamment la couverture des surcoûts liés à la lutte contre la COVID19 : 0,3 Md€

Rémunération du personnel au titre de la campagne de vaccination en établissements de santé : 0,2 Md€

Réalisation de tests diagnostiques à l'hôpital : 0,7 Md€

Dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé hospitaliers pour assurer notamment la couverture des surcoûts liés à la lutte contre la COVID19 : 1,4 Md€



Rémunération du personnel au titre de la campagne vaccinale en soins de ville : 1,3 Md€

Indemnités journalières dérogatoires pour personnes malade de la Covid, cas contact et pour garde d'enfants ou personnes vulnérables non salariées du privé : 0,6 Md€

Réalisation de tests diagnostiques (PCR, Antigéniques) en ville : 5,5 Md€

Distribution des masques en officine de ville à destination du grand public et des professionnels de santé : 0,1 Md€

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

II. LES NIVEAUX DES SOUS-OBJECTIFS TOUS AJUSTÉS À LA HAUSSE

Le présent article modifie également les niveaux des sous-objectifs de l'ONDAM pour 2021 (quatrième colonne du tableau ci-après).

| Sous-objectif | ONDAM 2020 exécuté et mis au même périmètre que celui utilisé pour construire l'ONDAM 2021 (1) | ONDAM 2021 voté | ONDAM 2021 rectifié par le présent article (2) | Taux d'évolution (2)/(1) |
|--|--|-----------------|--|--------------------------|
| Dépenses de soins de ville | 94,7 | 98,9 | 104,5 | + 10,4 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 89,7 | 92,9 | 94,8 | + 5,7 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées (1) | 13,1 | 13,6 | 14 | + 6,4 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées (2) | 12,3 | 12,4 | 12,5 | + 0,9 % |
| Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional | 3,9 | 3,8 | 4,1 | + 6 % |
| Autres prises en charge | 7 | 3,8 | 7,3 | + 3,3 % |
| Total | 220,8 | 225,4 | 237,1 | + 7,4 % |

Source : Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

(1) « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées » avant la création de la cinquième branche.

(2) « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées » avant la création de la cinquième branche.

A. DES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE DYNAMIQUES

Les dépassements en lien avec la crise sanitaire représentent 4,4 milliards des dépassements constatés sur les soins de ville.

A contrario, les mesures du Ségur de la santé sont sous-exécutées en 2021 en ce qui concerne les soins de ville. En effet, l'avenant n° 9 à la convention médicale de 2016 signé plus tardivement que prévu – le 30 juillet 2021 – n'entrera en vigueur que six mois après sa signature, et ces dépenses ne seront donc finalement pas imputées sur l'année 2021. En revanche, sa signature induira près de 0,8 milliard d'euros de dépenses supplémentaires en 2022, dont une partie est liée au Ségur (numérique en santé et service d'accès aux soins).

En dehors des dépenses liées à la crise sanitaire et au Ségur de la Santé, le dépassement des dépenses de soins de ville, qui s'élève à 1,4 milliard d'euros, s'explique principalement par :

– les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) en dépassement de 0,8 milliard d'euros. Cette dynamique provient d'une montée en charge plus forte et rapide qu'anticipé de médicaments innovants, notamment de plusieurs anticancéreux. Les remboursements de dispositifs médicaux apparaissent également particulièrement dynamiques depuis 2021, portés par la montée en charge du « 100 % santé » sur les prothèses auditives ;

– les dépenses d'indemnités journalières plus élevées qu'anticipé, du fait d'une croissance rapide des arrêts maladie, notamment de ceux de plus de trois mois.

B. UN FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MÉDICO-SOCIAUX STABLE DU FAIT DE LA GARANTIE DE FINANCEMENT

Les dépassements en lien avec la crise sanitaire représentent 2,3 milliards de dépassements sur les sous-objectifs « établissements de santé », « dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées », « dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées ».

En dehors de ces surcoûts liés à la crise, les dépenses des sous-objectifs « établissements de santé et médico-sociaux » apparaissent relativement stables, et même en légère diminution (– 0,2 milliards d'euros). Cette stabilité est inhérente au mécanisme de garantie de financement mis en place sur l'ensemble de l'année 2021 dans tous les établissements ⁽¹⁾. Ce dispositif assure à chaque établissement de santé un financement de l'assurance maladie égal au minimum à celui versé en 2020, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l'année 2021. Les dépenses au titre des produits de santé financés par la liste en sus et des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) seraient par ailleurs inférieures de 0,1 milliard d'euros à ce qui avait été anticipé.

(1) Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

**C. UNE AUGMENTATION DU FIR ENTIÈREMENT LIÉE AUX SURCOÛTS
DUS À LA CRISE SANITAIRE**

Le dépassement des sous-objectifs « FIR » et « autres prises en charge » est entièrement lié à la crise sanitaire, à hauteur de 3,8 milliards d'euros.

*

* *

Article 9

Rectification de la dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé

Adopté par la commission sans modification

Cet article rectifie le montant des dotations des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) pour l'année 2021, pour les fixer respectivement à 1 035 et 90 millions d'euros.

Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) – et auparavant au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) – est voté chaque année, dans le cadre de la LFSS, en fonction des besoins de financement répondant aux missions du fonds.

Le FMIS créé par l'article 49 de la LFSS 2021

Le FMIS résulte de la transformation de l'ancien fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Par rapport au FMESPP, le FMIS a vu son champ élargi à de nouveaux bénéficiaires (établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné en ville) et ses sources de financement ouvertes à la nouvelle branche autonomie. Il est chargé de financer les mesures du Ségur de la santé relatives à la dynamisation des investissements pour la santé (pilier 2), autour de deux grandes priorités :

- les projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital ;
- le rattrapage du retard sur le numérique en santé.

L'article 95 de la LFSS 2021 fixait le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds à hauteur de **1 032 millions d'euros en 2021**, en hausse de 583 millions d'euros par rapport à la dotation au FMESPP pour 2020.

Cette hausse inédite de 129 % devait permettre de poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 », et d'amorcer l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement.

Il fixait également à **100 millions d'euros** le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS en 2021 afin de financer le volet numérique pour le secteur médico-social. La CNSA ne finançait jusqu'alors pas le FMESPP.

Pour mémoire, sur les 2,1 milliards d'euros prévus, sur les cinq prochaines années, par le Ségur de la santé pour la transformation, la rénovation et l'équipement des établissements médico-sociaux, 600 millions d'euros étaient destinés à l'équipement numérique des établissements médico-sociaux (dont 100 millions

d'euros en 2021) *via* le FMIS. Quant aux 1,5 milliard d'euros restants (dont 300 millions d'euros en 2021), ils sont destinés à transformer les établissements les plus vétustes et seront directement financés par la branche autonomie sans figurer dans l'ONDAM.

Le présent article rectifie ces montants afin de tenir compte :

– du financement par les ARS de projets numériques par le biais du budget annexe du fonds d'intervention régional et non pas par le FMIS, qui explique la baisse de 10 millions d'euros s'agissant de la contribution de la branche autonomie et de 7 millions d'euros s'agissant de la contribution des régimes d'assurance maladie ;

– du financement dans le cadre du plan France Relance, par l'assurance maladie, du plan dit de « mise en conformité parasismique aux Antilles » qui justifie une augmentation de 10 millions d'euros de la contribution des régimes d'assurance maladie (ces mesures concernent en Guadeloupe, le centre hospitalier de Basse-Terre et, en Martinique, les centres hospitaliers de Saint Esprit, du François et de Rivière-Salée).

En conséquence, cet article rectifie pour 2021, la dotation des branches maladie et autonomie au FMIS, respectivement à **1 035** et **90** millions d'euros.

*

* *

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}

Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement

Article 10

Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à poursuivre l'unification du recouvrement des cotisations sociales autour du réseau de recouvrement du régime général, organisé par les URSSAF et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a instauré un calendrier de transfert progressif de nombreux organismes de recouvrement vers les URSSAF jusqu'en 2025, afin de limiter les démarches pour les cotisants et de s'appuyer sur l'expertise des URSSAF pour diminuer le taux de non-recouvrement.

À ce titre, le présent article ajoute, dans le calendrier prévu, le transfert du recouvrement des cotisations actuellement collectées par la Caisse interprofessionnelle des professions libérales (CIPAV). Ces cotisations ouvrent des droits à l'assurance vieillesse de base, à l'assurance vieillesse complémentaire et à des prestations d'invalidité-décès pour 21 professions libérales, parmi lesquelles les professions du bâti, de la montagne ou encore de la médecine dite « douce ».

Ce transfert, au 1^{er} janvier 2023, interviendra après la transition de l'ensemble des salariés actuellement employés par la CIPAV aux actions de recouvrement, ainsi que les « fonctions support » directement liées à ces actions, vers les URSSAF. Ce transfert des contrats, qui s'appuiera sur un accord d'entreprise et se fera en deux temps, permettra d'éviter que cette transition ne se fasse au détriment de l'emploi des salariés.

L'article prévoit également une adaptation des relations entre l'URSSAF Caisse nationale et ses attributaires. Les relations financières entre le réseau de recouvrement et les caisses gestionnaires des prestations se feront en effet, à compter du 1^{er} janvier 2022, sur la base des cotisations dues et non pas des cotisations effectivement collectées par les URSSAF. Ce système, favorable à la trésorerie des attributaires, permettra également à ces derniers une meilleure anticipation de l'échéancier applicable à leurs ressources.

Le présent article harmonise enfin les modalités d'imputation du paiement des cotisations partiellement prélevées s'agissant des cotisations patronales ou encore des cotisations et contributions dues par les micro-entrepreneurs.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LE MAINTIEN DE RÉSEAUX SPÉCIFIQUES DE RECOUVREMENT SE FAIT AUJOURD'HUI AU RISQUE DE LA COMPLEXITÉ ET DE L'INEFFICACITÉ

A. LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES EST PROGRESSIVEMENT UNIFIÉ

1. D'anciennes réflexions relatives à la complexité du recouvrement dans la sphère sociale

● Le recouvrement de cotisations et de contributions sociales est assuré aujourd'hui par de nombreux opérateurs, généralement des caisses qui assurent le versement de prestations dans le cadre de régimes spéciaux.

Cet éparpillement des opérateurs avait notamment été identifié par le comité « Action publique 2022 », qui comptait 250 opérateurs pour gérer plus de 600 prélèvements obligatoires dans les sphères sociale et fiscale ⁽¹⁾. Le comité avait préconisé une réforme du recouvrement destinée à aboutir à un acteur unique du recouvrement et à réduire les coûts associés à des procédures souvent doublonnées.

● En ce qui concerne les opérateurs sociaux, le recouvrement s'organise principalement autour de :

– l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), aujourd'hui URSSAF Caisse nationale ⁽²⁾, principal acteur du recouvrement dont les compétences s'étendent désormais au-delà du seul régime général ;

– la MSA (Mutualité sociale agricole), chargée de recouvrer l'ensemble des cotisations et contributions sociales versées par les salariés et non-salariés agricoles, par le biais de son réseau de trente-cinq caisses ;

– l'AGIRC-ARRCO, chargé du recouvrement des cotisations et contributions finançant les régimes de retraite complémentaire des salariés et des cadres ;

– les caisses chargées de la gestion de régimes autonomes ou spéciaux de retraites ;

– la Caisse des dépôts et consignations, qui recouvre les cotisations en lien avec la gestion de trois régimes de la fonction publique : l'Institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'État et des collectivités publiques (IRCANTEC), l'Établissement de retraite additionnelle de la fonction publique (ERAFP) et la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) ;

(1) *Rapport du Comité Action Publique 2022 – juin 2018.*

(2) *Pour les besoins de ce commentaire et compte tenu du fait que le code de la sécurité sociale renvoie toujours à la notion d'ACOSS, ce nom sera parfois repris en substitution de celui d'URSSAF Caisse nationale.*

– les caisses des professions libérales, unifiées autour de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), qui assurent le recouvrement des cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès.

● Le rapport d'Alexandre Gardette, missionné par le Gouvernement pour évaluer la faisabilité d'un tel rapprochement, avait estimé que la fusion du recouvrement fiscal et social n'était pas envisageable dans de bonnes conditions à moyen terme. Il avait toutefois encouragé à un rapprochement dans chacune des sphères autour des opérateurs principaux, à savoir la Direction générale des finances publiques s'agissant de la sphère fiscale, et l'URSSAF Caisse nationale, s'agissant de la sphère sociale ⁽¹⁾. Cette polarisation respective pouvait s'accompagner, selon le rapporteur, de la mise en œuvre d'un service commun pour assurer le recouvrement forcé des créances fiscales et sociales.

Ces réflexions ont accompagné un mouvement déjà engagé en faveur de la centralisation du recouvrement des cotisations et contributions sociales autour du réseau des URSSAF.

2. L'unification autour du réseau des URSSAF doit prochainement accélérer...

● Initialement concentré sur les cotisations de sécurité sociale du régime général, le champ d'action des URSSAF s'est étendu au 1^{er} janvier 2011 au recouvrement des contributions d'assurance chômage ainsi que de la cotisation AGS ⁽²⁾, qui était assuré jusqu'ici par Pôle emploi ⁽³⁾. Cette première extension a représenté le recouvrement supplémentaire de 31 milliards d'euros de cotisations.

Cette extension a été poursuivie par le transfert de la gestion du recouvrement des cotisations sociales des voyageurs représentants placiers (VRP) en 2017, puis des artistes-auteurs en 2019.

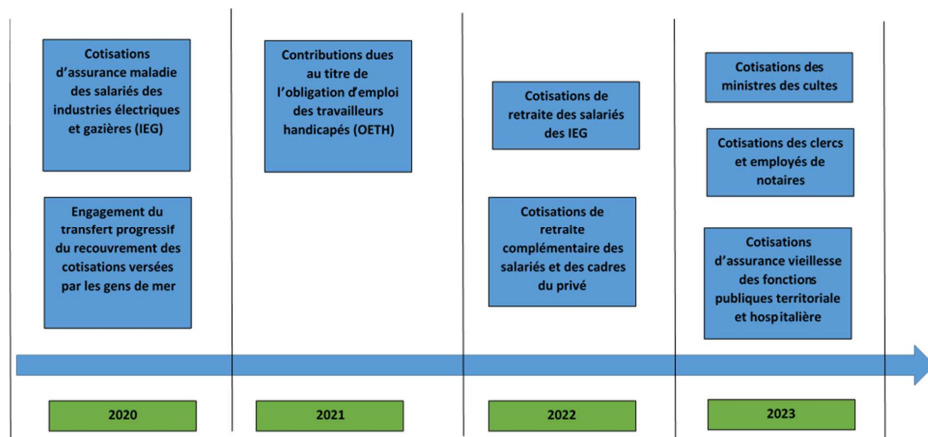
La loi de financement pour 2020 ⁽⁴⁾, surtout, a contribué à accélérer l'unification du recouvrement autour des URSSAF, en prévoyant le transfert du recouvrement assuré jusqu'ici par des régimes spéciaux de retraites de base et complémentaires, selon un calendrier pluriannuel, résumé ci-dessous :

(1) Alexandre Gardette, « Réforme du recouvrement fiscal et social », juillet 2019.

(2) Cotisations dues au régime de garantie des salaires.

(3) En application de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi. Il faut noter que font encore exception la contribution au financement du contrat de sécurisation professionnelle et la contribution due à défaut de proposition par l'employeur du CSP, recouvrées par Pôle emploi.

(4) Article 18 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.



Source : commission des affaires sociales.

3. ... sans pour autant négliger les adaptations lorsqu'elles sont nécessaires

Ce calendrier fixé par le législateur peut toutefois connaître une certaine souplesse, grâce notamment à la possibilité de retarder ou d'anticiper d'une période maximale de deux ans l'entrée en vigueur des transferts susmentionnés, par la simple voie réglementaire ⁽¹⁾.

- Cette possibilité doit être utilisée par le Gouvernement s'agissant du transfert de recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse complémentaire actuellement recouvrées par l'AGIRC-ARRCO. Si le décret lui-même n'a pas encore été publié, le Gouvernement a annoncé son intention par la voie d'un communiqué de presse du ministre délégué chargé des comptes publics et du secrétaire d'État chargé des Retraites et de la Santé au travail ⁽²⁾. Le transfert effectif du recouvrement des cotisations aura donc lieu en 2023 et l'année 2022 doit être mise à profit pour la réalisation d'un pilote informatique susceptible de sécuriser les modalités concrètes du transfert du recouvrement l'année suivante.

Cet ajustement calendaire se justifie évidemment par l'instabilité normative et technique due à la crise sanitaire et aux nombreux instruments mis en place pour soutenir les entreprises, perturbant le fonctionnement habituel des réseaux de recouvrement et leurs relations avec les cotisants. S'il en approuve le principe, le rapporteur général attend néanmoins la transmission par le Gouvernement du rapport préalable à la publication du décret au Parlement, comme prévu par la loi de financement pour 2020 précitée.

- Le rapporteur général partage l'ambition du Gouvernement pour la mise en place, à terme, d'un interlocuteur unique pour les cotisants dans la sphère sociale,

(1) Article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 précitée.

(2) Communiqué de presse du 17 juin 2021 : « Ajustement du calendrier de la réforme organisant le transfert du recouvrement des cotisations de retraite complémentaire vers les URSSAF ».

permettant de simplifier les démarches des entreprises et de s'appuyer sur l'expertise des URSSAF afin de limiter, notamment, les problématiques liées au taux élevé de non-recouvrement. C'est dans cette perspective que s'inscrit le présent article.

B. LE RECOUVREMENT DES COTISATIONS VERSÉES PAR LES PROFESSIONS LIBÉRALES EST AUJOURD'HUI SOURCE DE COMPLEXITÉ

1. Le recouvrement et le versement de prestations d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès s'organisent autour de la CNAVPL

Le foisonnement et la diversité des professions exercées par les professions libérales, tout comme la structuration progressive sans schéma d'ensemble, conduit aujourd'hui à l'existence de nombreuses caisses en charge, notamment, du versement de prestations d'assurance vieillesse et d'invalidité-décès.

• Ces caisses, regroupées sous l'égide de la CNAVPL, assurent ainsi la couverture des risques de professions ⁽¹⁾ :

– médicales, paramédicales et relatives au secteur sanitaire : médecin, étudiant en médecine, chirurgien-dentiste, sage-femme, pharmacien, auxiliaire médical, psychothérapeute, psychologue, ergothérapeute, ostéopathe, chiropracteur, diététicien et vétérinaire ;

– relatives à un office ministériel ou juridiques : notaire, huissier de justice, commissaire-priseur, liquidateur judiciaire... ;

– liées au bâti : architecte, économiste de la construction, géomètre, ingénieur-conseil, maître d'œuvre ;

– artistiques : artiste ⁽²⁾ et guides conférenciers ;

– relatives aux activités de montagne : moniteur de ski, guide de haute montagne, accompagnateur de moyenne montagne.

Cette diversité de professions, à laquelle s'ajoute une diversité de statuts (travailleurs indépendants, micro-entrepreneurs) se reflète dans l'organisation de la CNAVPL elle-même.

• Celle-ci se distingue en dix sections professionnelles ⁽³⁾, qui sont autant de caisses spécifiques qui se chargent du recouvrement des cotisations et du

(1) Article L. 640-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Sauf ceux qui sont affiliés au régime des artistes-auteurs prévu à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article R. 641-1 du code de la sécurité sociale.

versement des prestations de retraite complémentaire et d'invalidité-décès qui recourent les catégories professionnelles exposées ci-dessus :

RÉPARTITION DE L’AFFILIATION PROFESSIONNELLE AU SEIN DE LA CNAVPL

| Catégories de profession | Sections | Caisses |
|--|--|-----------|
| Médicales, paramédicales et relatives au secteur sanitaire | Section professionnelle des médecins | CARMF |
| | Section professionnelle des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes | CARCDSF |
| | Section professionnelle des pharmaciens | CAVP |
| | Section professionnelle des auxiliaires médicaux | CARPIMPKO |
| | Section professionnelle des vétérinaires | CARPV |
| Professions juridiques | Section professionnelle des notaires | CPRN |
| | Section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et compagnies judiciaires | CAVOM |
| | Section professionnelle des agents généraux d'assurance | CAVAMAC |
| | Section professionnelle des experts-comptables | CAVEC |
| Autres professions couvertes par la CNAVPL | Section professionnelle des psychothérapeutes, psychologues, ergothérapeutes, ostéopathes, chiropracteurs, diététiciens, experts devant les tribunaux, experts automobile, mandataires judiciaires, architectes, géomètres, ingénieurs-conseils, maîtres d'œuvre, artistes*, guides conférenciers, moniteurs de ski, guides de haute montagne, accompagnateurs de haute montagne | CIPAV |

(*) À l'exception de ceux qui sont affiliés au régime des artistes-auteurs prévu à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale.

Source : Commission des affaires sociales.

Au sein de cet ensemble, la CIPAV est la plus grande caisse, à la fois en nombre d'affiliés et en montant des cotisations recouvrées.

2. La CIPAV représente la caisse à laquelle le plus grand nombre de professionnels libéraux sont rattachés

● À la différence des autres sections professionnelles intégrées au sein de la CNAVPL, la CIPAV ne se distingue pas par une identité professionnelle affirmée. Née du regroupement de la caisse des ingénieurs (la Cavitec) et la caisse des architectes (la Caava) en 1978, la caisse ne regroupait initialement que 45 000 affiliés. Ce champ s'est progressivement étendu à l'ensemble des professions qui ne sont pas explicitement énumérées dans le code de la sécurité sociale. Surtout, la

création du régime d'auto-entrepreneur⁽¹⁾, devenu depuis celui des micro-entrepreneurs, a conduit à lui adjoindre plusieurs centaines de milliers d'affiliés, 283 000 en 2020.

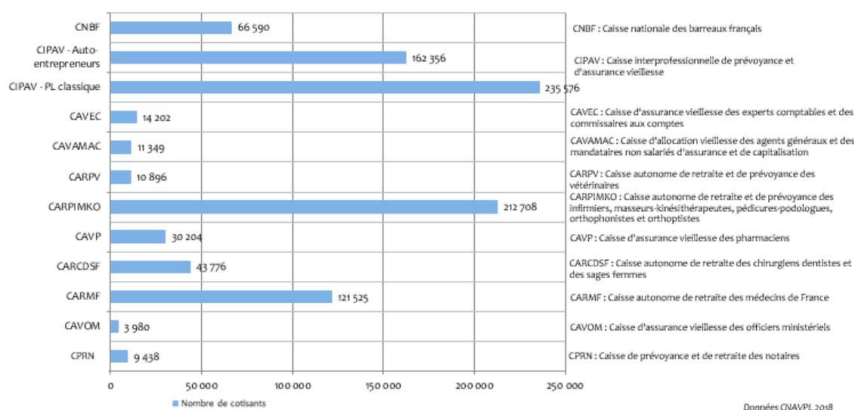
La CIPAV représente donc aujourd'hui :

- 1,4 million d'adhérents, pensionnés et actifs confondus ;
- 210 000 actifs professionnels libéraux ;
- 132 000 titulaires de prestations de droits propres ou dérivés ;
- 6,2 milliards d'euros de réserves, liées notamment à un profil démographique particulièrement favorable de quatre cotisants pour un inactif.

Le nombre d'affiliés est en diminution, compte tenu des effets progressifs des dispositions adoptées dans le cadre de la loi de financement pour 2018⁽²⁾. Dans le cadre de la réforme globale du régime social des indépendants (RSI), l'affiliation de nombreuses professions a été transférée à la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI), de telle sorte qu'aujourd'hui la CIPAV gère 21 professions. Le maintien d'un droit d'option pour cinq ans explique le caractère uniquement progressif du transfert des affiliés.

● L'ensemble de ces données fait néanmoins de la CIPAV la principale caisse d'affiliation des professions libérales au sein de la CNAVPL, et donc le principal organisme de recouvrement.

Figure n°3 : Répartition des professions libérales selon le régime ou la section professionnelle de rattachement



Source : Haut Conseil du financement de la protection sociale, « Rapport sur la protection sociale des travailleurs indépendants », septembre 2020.

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

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

3. Un enjeu sensible de recouvrement

● Le nombre de cotisants à la CIPAV entraîne nécessairement de forts enjeux de recouvrement, dans le domaine pour lequel la caisse exerce actuellement les fonctions de recouvrement. Les affiliés à la CIPAV connaissent en effet aujourd’hui des interlocuteurs différents en fonction de leurs situations, mais aussi en fonction du type de cotisations qu’ils versent.

TYPOLOGIE DES ORGANISMES DE RECOUVREMENT SELON LE TYPE DE RECETTES

| Statut | Type de cotisations | Organisme de recouvrement |
|-------------------------|---|---------------------------|
| Travailleur indépendant | Maladie, allocations familiales, contributions sociales (CSG, CRDS) | URSSAF |
| | Retraite de base, retraite complémentaire, invalidité-décès | CIPAV |
| Micro-entrepreneur | Maladie, allocations familiales, contributions sociales (CSG, CRDS) | URSSAF |
| | Retraite de base, retraite complémentaire, invalidité-décès | URSSAF |

Source : commission des affaires sociales.

● Malgré le champ restreint géré par la CIPAV, cette dernière recouvre un montant de 1,4 milliard d’euros au titre des cotisations de retraite de base, de retraite complémentaire et d’invalidité-décès. La masse de ces ressources suppose donc un traitement efficient afin de garantir tant l’équilibre financier du régime que la pérennité des droits des cotisants.

Or, le recouvrement des cotisations par la CIPAV pose un certain nombre de problèmes, dont s’est fait notamment écho un rapport de l’IGAS relatif au contrat pluriannuel entre l’État et la CNAVPL. Alors que le taux de recouvrement habituel pour les URSSAF s’approche de 95 %, celui de la CIPAV s’établit à 74 % en moyenne entre 2021 et 2018 ⁽¹⁾. Malgré des améliorations récentes ⁽²⁾, il existe encore un vrai écart dans l’efficacité des deux réseaux de recouvrement.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE POURSUITE DE L’UNIFICATION DU RECOUVREMENT ET UNE ADAPTATION DE DISPOSITIONS RÉCEMMENT ADOPTÉES

Le présent article vise à la fois à organiser le transfert du recouvrement des cotisations de la CIPAV aux URSSAF, mais aussi à adapter les modalités juridiques du transfert des cotisations fixées par la loi de financement pour 2020 ⁽³⁾.

(1) Les données sont issues de l’évaluation préalable.

(2) Toujours selon l’étude d’impact, le taux de recouvrement était de 82 % en 2019.

(3) Article 18 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 précitée.

A. LE TRANSFERT DU RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE LA CIPAV

● Le 2° du I organise le transfert du recouvrement des cotisations actuellement exercé par la CIPAV en prévoyant un nouveau 2° *bis* à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, consacré au champ de recouvrement des URSSAF, dans sa rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Par dérogation au principe de non-recouvrement des cotisations recouvrées par délégation de la CNAVPL, ce 2° *bis* confère aux URSSAF le recouvrement des cotisations et contributions d'assurance vieillesse de base, complémentaire ainsi que d'invalidité-décès pour les professions libérales suivantes :

– les psychothérapeutes, les psychologues, les ergothérapeutes, les ostéopathes, les chiropracteurs, les diététiciens ;

– les experts devant les tribunaux, les mandataires judiciaires pour la protection des mineurs, les experts automobiles ;

– les architectes et autres professions du bâti susmentionnées, les artistes qui ne relèvent pas du régime des artistes-auteurs, les guides-conférenciers.

● Le 6° du I crée un article-miroir L. 640-2 dans le chapitre du code de la sécurité sociale consacré aux professions libérales, prévoyant que, pour les professions précitées, les cotisations d'assurance vieillesse de base, complémentaire et d'invalidité-décès, sont transférées. Ces cotisations seront recouvrées par les URSSAF et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les territoires dans lesquels ces dernières sont compétentes ⁽¹⁾ et selon le même régime que celui qui s'applique aux cotisations versées par les travailleurs indépendants ⁽²⁾.

Ce nouvel article précise également l'affectation du produit des cotisations :

– les cotisations d'assurance vieillesse de base sont affectées à la CNAVPL, charge à elle de la répartir entre ses sections professionnelles, à savoir, en l'occurrence, la CIPAV ;

– les cotisations d'assurance vieillesse complémentaire et d'invalidité-décès sont directement affectées à la CIPAV.

Une convention, signée entre la CIPAV, la CNAVPL, les URSSAF et les CGSS et approuvée par le ministre chargé de la sécurité sociale, assurera les modalités concrètes de cette affectation.

● Le 7° du I tire les conséquences de ce transfert sur les dispositions relatives au recouvrement par les sections professionnelles des professions libérales inscrites aux articles L. 641-8 et L. 642-5 du code de la sécurité sociale. L'activité de contrôle du recouvrement de ces sections professionnelles cessera en effet

(1) C'est-à-dire principalement les départements et régions d'outre-mer.

(2) Ce régime est fixé à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale.

naturellement de s'appliquer à partir du moment où le recouvrement lui-même est transféré aux URSSAF.

S'agissant de la préparation concrète du transfert, le Gouvernement a informé le rapporteur général que :

– les préparations relatives à l'harmonisation statutaire des modalités de calcul des cotisations de la CIPAV aboutiraient notamment à travers les textes d'application du présent projet de loi ;

– les travaux relatifs au système d'information, à la comptabilité ou encore de la coordination des métiers entre la CIPAV et les URSSAF étaient engagés, afin de faciliter le transfert humain et matériel des activités de recouvrement.

B. LA NORMALISATION DES MODALITÉS DE VERSEMENT DES SOMMES RECOUVRÉES

● L'unification du recouvrement des cotisations par les URSSAF suppose le versement par ces dernières des sommes recouvrées aux régimes concernés. Ces sommes sont transférées par l'URSSAF Caisse nationale sous réserve de l'application d'un taux forfaitaire fixé par voie réglementaire correspondant au risque de non-recouvrement d'une partie des sommes. Cette réserve transfère le risque de trésorerie des URSSAF aux régimes concernés.

● Compte tenu de l'extension de l'unification du recouvrement, le 3° du I prévoit d'étendre le versement assuré par les URSSAF pour :

– les cotisations et contributions dues par les assurés du régime de sécurité sociale des marins ;

– les versements à destination du financement des services de mobilité pour les personnes publiques ou privées employant plus de onze salariés ;

– diverses cotisations relatives à l'assurance chômage, au financement de la formation professionnelle, à l'allocation d'assurance des travailleurs indépendants ainsi que le financement du fonds pour l'emploi hospitalier ;

– la cotisation versée par les collectivités territoriales pour alimenter les ressources du Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), ainsi que la majoration destinée au financement de la formation des officiers de sapeurs-pompiers professionnels et des charges salariales relatives aux élèves officiers ;

– les cotisations versées au fonds de financement des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs ;

– diverses cotisations et contributions sociales autres que celles qui sont prévues par la loi, en application du 1° de l'article L. 133-5-7 du code de la sécurité sociale. Il s'agit des cotisations et contributions obligatoires issues de la négociation

collective de certaines branches et dont le recouvrement est confié aux réseaux des Urssaf au moyen des dispositifs simplifiés de recouvrement des cotisations tel que Cesu ou Pajemploi. Seront ainsi prises en charge des cotisations nouvelles finançant par exemple la prévoyance des salariés des secteurs des assistants maternels et des salariés des particuliers employeurs, ou la mise en place d'un service de santé au travail (à compter de 2023) au profit d'un organisme centralisateur mise en place à cette fin et intégralement géré par la branche professionnelle.

Les relations financières entre l'URSSAF Caisse nationale et les attributaires de ces cotisations, à compter du 1^{er} janvier 2022, se fonderont donc sur les cotisations dues et non des cotisations effectivement encaissées par les URSSAF. Ce dispositif, avantageux pour la trésorerie des attributaires, leur donnera également une meilleure visibilité sur leurs ressources ainsi que sur le rythme auquel ils les perçoivent.

● De ce périmètre sont néanmoins exclus :

– les branches du régime général, directement gérées par l'URSSAF Caisse nationale, ainsi que les organismes qui lui sont adossés financièrement, soit l'ensemble des attributaires, dans la sphère sociale, des contributions sociales comme la CSG et la CRDS ;

– les bénéficiaires des prélèvements opérés sur les travailleurs indépendants en raison du lien direct entre les sommes versées par ces cotisants et les droits d'assurance vieillesse qui leur seront ouverts ;

– le Fonds national d'action logement (FNAL), qui relève du budget de l'État.

● Les modalités de fixation du taux de non-recouvrement par attributaire ou catégorie d'attributaire sont par ailleurs modifiées par le même 3^o. Ce taux pourra en effet dépasser le taux de 3,6 % actuellement retenu ⁽¹⁾, compte tenu du fait que les conditions liées à la crise sanitaire comme les spécificités de certaines catégories de cotisants conduisent à des taux de non-recouvrement supérieurs. Cette suppression d'un plafond s'accompagne de la définition des modalités de fixation de ce taux par décret en Conseil d'État.

En outre, dans ce système progressivement unifié, le réseau de recouvrement des URSSAF supportera les risques de trésorerie liés aux relations avec les cotisants, comme les retards de paiement ou les délais consentis en raison de situations économiques qui le justifient. En contrepartie, le 4^o du I modifie l'article L. 225-1-5 dans le code de la sécurité sociale, pour transférer le produit des majorations de retard et de pénalités dues par les redevables au régime général. Ce nouveau produit sera réparti entre les branches selon une clé déterminée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

(1) Ce taux est celui qui est retenu à l'article 1641 du code général des impôts en contrepartie des frais de dégrèvement qu'engage l'État pour diverses taxes.

- S’agissant des créances antérieures à l’application des nouvelles relations financières entre les URSSAF et les attributaires, donc constatées avant le 1^{er} janvier 2022, celles-ci seront compensées par l’URSSAF Caisse nationale aux attributaires.

C. UNE EXTENSION DES MODALITÉS D’IMPUTATION DES PÉNALITÉS DE RETARD DE PAIEMENT

- Dans l’optique de rapprocher les modalités du contentieux entre les sphères sociale et fiscale, les modalités d’imputation du recouvrement des cotisations en cas de paiement partiel sont progressivement rapprochées. Après le rapprochement entre l’ordre d’imputation qui régit l’action de la DGFIP et celle de l’ACOSS en loi de financement pour 2020 ⁽¹⁾, le 5^o du **I** du présent article étend le principe aux micro-entrepreneurs.

En effet, en l’état, et notamment au regard de la réforme engagée au sein de la dernière loi de financement⁽²⁾, l’article L. 613-9 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction actuelle, pose deux problèmes :

- d’une part, il n’est pas fait mention dans la fixation de l’ordre d’imputation des autres contributions sociales dues par les micro entrepreneurs, comme pour le financement de la formation professionnelle, ainsi que les éventuelles majorations de retard et frais de justice ;

- d’autre part, il est devenu superfétatoire de définir au niveau législatif les principes applicables aux micro-entrepreneurs, alors que ceux-ci sont les mêmes que pour les employeurs affiliés au régime général et les travailleurs indépendants.

Ainsi, en cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions des micro-entrepreneurs, l’imputation du paiement sur les créances du cotisant se fait selon l’ordre fixé par la loi de financement pour 2020, à savoir, en priorité, sur la créance due au principal, puis sur les majorations de retard et pénalités restant dues, lorsqu’elles existent, et enfin sur les frais de justice.

- Par ailleurs, le 1^o du **I** précise que les cotisations, y compris les cotisations salariales, sont dues par les employeurs, et que l’ordre d’imputation fixé par la loi de financement pour 2020 est applicable également en cas de paiement partiel des employeurs. Cette précision permet notamment d’éviter la confusion entre l’application de cette imputation aux employeurs et celle qui s’applique aux travailleurs indépendants.

(1) Article 31 de la loi de financement pour 2021 précitée.

(2) *Idem.*

D. DES ADAPTATIONS TECHNIQUES RELATIVES À L'APPLICATION DES ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX AUX CONTRIBUTIONS D'ASSURANCE CHÔMAGE

- Dans le but d'assurer un fondement propre aux dispositions relatives à la compensation par l'URSSAF Caisse nationale du montant des allègements généraux aux régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage, le 3^o du I procède à des ajustements rédactionnels.

La compensation de la perte de cotisations de retraite complémentaire est ainsi appliquée aux cotisations dues aux URSSAF, aux CGSS comme aux caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA). De même, la compensation à l'Unédic doit se faire sur les cotisations dues, et non plus les cotisations recouvrées, par ces mêmes organismes de recouvrement ainsi que l'organisme de recouvrement du guichet unique pour le spectacle vivant (GUSO) et Pôle emploi.

- Le II, quant à lui, précise les objectifs et la portée de la convention signée entre l'ACOSS et l'Unédic, destinée à garantir à ce dernier opérateur une pleine autonomie de gestion. Cette convention doit désormais prendre en compte la rénovation des liens entre les deux organismes, notamment au regard de l'imputation des allègements généraux aux contributions d'assurance chômage. Elle vise donc à garantir les modalités concrètes de reversement des recettes par l'ACOSS à l'Unédic, de manière à garantir la neutralité de l'opération pour la trésorerie de cette dernière. Elle doit permettre également une meilleure information des partenaires, s'agissant notamment des cotisants ainsi que des fondements sur lesquels sont appuyées les recettes, comme la masse salariale. Outre le suivi du taux de recouvrement effectif, la convention fixe enfin le montant des frais liés à la gestion du recouvrement, en application de l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale.

Alors que la convention cadre actuellement applicable date de 2010, le Gouvernement a confirmé au rapporteur général qu'une mise à jour de cette convention, du fait des précisions qui lui sont apportées ici, était prévue.

E. UN CALENDRIER COMPLEXE DE TRANSITION

1. Les entrées en vigueur différenciées

- Le III du présent article prévoit les dispositions d'entrée en vigueur des dispositions et les règles relatives à la transition.

Si la date retenue pour l'entrée en vigueur du transfert est le 1^{er} janvier 2023, celle-ci connaît plusieurs dérogations. Ainsi :

- les dispositions relatives au recouvrement en cas de paiement partiel des cotisations par les employeurs et les micro-entrepreneurs, les nouvelles modalités de versement des cotisations par l'ACOSS aux affectataires ainsi que les précisions

apportées à la compensation par cette dernière à l'Unédic entreront en vigueur au 1^{er} janvier 2022 ;

– les précisions nouvelles apportées à la convention entre l'ACOSS et l'Unédic entreront également en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022.

● Le 1^o du **III** prévoit en outre le traitement des créances de cotisations et de contributions sociales que l'ACOSS doit verser aux attributaires avant le 1^{er} janvier 2022. Celles-ci font l'objet d'un versement correspondant à la valeur des cotisations dont il est estimé qu'elles peuvent être recouvrées, au moment de la mise en place des nouvelles modalités de notification et de versement par l'ACOSS à l'Unédic du montant de la réduction inscrite à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale sur les contributions à l'assurance-chômage.

Le 3^o du **III** prévoit enfin que le transfert du recouvrement des cotisations de la CIPAV aux URSSAF a lieu au 1^{er} janvier 2023.

2. La période de transition

● Organisée notamment par un décret prévoyant les modalités concrètes du transfert du recouvrement aux URSSAF et aux CGSS entre le 1^{er} janvier 2002 et le 30 juin 2023, la période de transition est assurée selon des modalités fixées au 4^o et au 5^o du **III**.

Cette transition doit d'abord assurer le transfert sécurisé des contrats de travail des personnels travaillant actuellement au sein de la CIPAV vers les URSSAF. Le 4^o prévoit à cette fin la préparation du transfert des contrats des salariés travaillant au recouvrement des cotisations ou au sein des « fonctions support » associées au recouvrement, pendant une période qui ne peut excéder le 30 juin 2022. Les modalités d'accueil des salariés concernés dans le réseau de recouvrement des URSSAF se font dans le cadre d'une convention signée entre l'ACOSS, les URSSAF et les CGSS.

● Dans un second temps, après cette phase initiale d'identification, les contrats de travail des salariés concernés sont transférés de plein droit à l'un des trois organismes, au plus tard au 1^{er} janvier 2023. Jusqu'à ce transfert définitif, les contrats sont évidemment régis par les statuts de la CIPAV, comme le précise le 5^o.

Les droits des salariés transférés sont enfin régis par des accords signés entre la CIPAV, les organismes d'accueil et les organisations syndicales représentatives au sein de la CIPAV. Ces accords, qui ont notamment vocation à fixer les garanties et droits des salariés s'appliquent au plus tard jusqu'au 31 décembre 2025, à l'exclusion des matières dans lesquelles les conventions collectives de sécurité sociale comme les accords déjà applicables dans les organismes d'accueil fixent déjà des règles communes.

Ces accords sont négociés et validés selon les mêmes conditions et sous les mêmes réserves que les accords d'entreprise ou d'établissements pourvus d'un ou

plusieurs délégués syndicaux. À défaut d'accord intervenant avant les transferts, soit au plus tard le 1^{er} janvier 2023, ces derniers sont effectués selon les modalités fixées par l'article L. 2261-14 du code du travail. Cet article permet en particulier une garantie de rémunération et la prolongation d'une durée minimale d'un an de l'accord ou de la convention régissant les contrats au sein de l'organisme de départ.

À l'expiration de ces accords, les conventions collectives et les statuts applicables au sein des organismes d'accueil s'appliquent de plein droit.

• Le 6^o du I prévoit, selon des conditions comparables à celles qui ont présidé aux autres transferts du recouvrement de cotisations, la possibilité pour le Gouvernement de déroger au calendrier retenu pour le transfert comme pour la période de transition, par décret et dans une limite de deux ans.

Le rapporteur général y voit une souplesse sans doute bienvenue. Il rappelle néanmoins qu'un tel décalage ne peut intervenir, concernant les autres transferts prévus en LFSS 2020, qu'après transmission par le Gouvernement d'un rapport justifiant, auprès du Parlement, les raisons de ce décalage.

Néanmoins, le rapporteur général se félicite des conditions encadrant le transfert du personnel de la CIPAV, inspiré par celui qui a été mis en œuvre à l'occasion de la disparition du Régime social des indépendants (RSI).

*

* *

Article 11

Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à généraliser et à pérenniser l'expérimentation adoptée dans le cadre de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾ pour verser les aides fiscales et sociales aux particuliers employeurs ou aux clients de prestataires dans le champ des services à la personne.

Les particuliers employeurs ou les clients d'organismes prestataires bénéficient en effet actuellement de nombreux soutiens sociaux et fiscaux, mais ils doivent consentir, pour certains d'entre eux, une avance de trésorerie. Les aides telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH), toutes deux versées par les conseils départementaux, sont versées le mois suivant le versement des dépenses éligibles. En ce qui concerne le crédit d'impôt pour l'ensemble des services à la personne, et malgré la mise en place d'un acompte sur le crédit d'impôt avec le prélèvement à la source, celui-ci peut être versé 6 à 18 mois après le versement de la rémunération des salariés à domicile.

Le versement contemporain correspond donc à un besoin réel pour accompagner le développement des services à la personne, tout particulièrement dans le champ de l'autonomie.

Ce versement contemporain des aides, en application du présent article, pourra se faire par deux biais.

Le premier concerne les particuliers employeurs qui ont recours à l'emploi direct et au service « CESU + » mis en place par les URSSAF. Dans ce cadre, leur « reste à charge », soit le montant prélevé par l'organisme de recouvrement, correspondra à la rémunération brute du salarié à domicile, de laquelle sera déduite :

- le montant d'une aide spécifique, correspondant à 50 % des dépenses éligibles au crédit d'impôt, soit le montant même de ce crédit, sous réserve de l'évolution des ressources fiscales du contribuable ou de l'application d'un plafond déterminé par décret ;
- le montant de l'APA ou de la PCH destinées à financer les dépenses d'aide humaine, le cas échéant.

Le second dispositif concerne les prestataires de services à la personne. Dans ce cadre, un nouveau dispositif dématérialisé, également mis en place par l'ACOSS, permettra de prendre en compte les mêmes aides que pour le particulier employeur, afin de réduire les sommes dues par les clients à leur seul reste à charge.

Le présent article adapte également les modalités de liquidation du crédit d'impôt pour y imputer le montant de l'aide spécifique perçue, afin de supprimer toute forme de « doublon » dans les aides.

Il prévoit enfin la suppression de la nécessité, en cas de recours par un employeur à des titres simplifiés comme le Titre emploi service entreprises (TESE) ou le Chèque emploi associatif (CEA), de l'appliquer à l'ensemble des salariés. Cette suppression est de nature à assouplir le recours à ces titres de paiement simplifiés et à en développer l'emploi.

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UNE SIMPLIFICATION PLURIANNUELLE POUR ENCOURAGER LE RECOURS LICITE AUX SERVICES À LA PERSONNE

A. LE SECTEUR DES SERVICES À LA PERSONNE : UN VASTE SECTEUR PROFESSIONNEL, ACTUELLEMENT EN TENSION

1. Le secteur des services à la personne concerne une part importante de la population

● Ainsi que l'indique l'annexe 9 du présent projet de loi de financement, le secteur des services à la personne représente plusieurs millions de personnes, qu'il s'agisse des employeurs ou des salariés.

PANORAMA DE L'ACTIVITÉ DES SERVICES À LA PERSONNE EN 2020

| | Emploi direct | Toutes formes d'emploi, dont les prestataires |
|------------------------------------|-----------------------|---|
| Nombre de salariés | 900 000 | 1,3 million |
| Nombre de particuliers employeurs* | 1,6 million | 3,4 millions |
| Nombre d'heures de travail | 460 millions | 850 millions |
| Masse salariale | 5,8 milliards d'euros | 11 milliards d'euros |

(*) S'agissant du recours à des prestataires, les particuliers sont bénéficiaires des services sans être eux-mêmes employeurs.
Source : annexe 9 du PLFSS.

Si l'on prend l'ensemble des formes d'emploi, et sauf recoupement entre les salariés et les employeurs, le dispositif proposé par le présent article peut donc concerner 4,7 millions de Français, soit un peu moins de 8 % de la population.

● Deux formes d'emploi dominent le secteur, à savoir l'emploi direct et le recours à un prestataire. En 2018, 54 % des heures rémunérées l'étaient directement par un particulier employeur, mais ce mode de rémunération diminue régulièrement en proportion. À l'inverse, le recours aux prestataires représente près de 50 % de l'ensemble des heures rémunérées et connaît une hausse régulière au cours des dernières années ⁽¹⁾.

Alors que le particulier emploie directement le salarié ou indirectement lorsqu'il a recours à un organisme mandataire, le recours à un prestataire lui confère le rôle de client.

● Les prestataires se distinguent en trois catégories, à savoir les associations à but non lucratif, les entreprises privées et, dans une moindre mesure, les organismes publics, tels que les centres communaux d'action sociale (CCAS). Si le modèle associatif reste largement dominant, le secteur entrepreneurial connaît une

(1) DARES résultats, « Les services à la personne en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires », n° 11, février 2020.

forte croissance, portée notamment par le modèle de la micro-entreprise. Ce sont également les entreprises privées qui sont responsables de l'intégralité de la croissance des organismes intervenant dans le secteur des services à la personne.

Tableau 1
Heures rémunérées en prestataire par type d'organismes

| Type d'organismes | Heures rémunérées (en millions) | | Évolution des heures 2017/2018 (en %) | Répartition des heures (en %) | |
|--------------------------------|---------------------------------|--------------|---------------------------------------|-------------------------------|--------------|
| | 2017 | 2018 | | 2017 | 2018 |
| Associations | 199,3 | 194,2 | -2,5 | 51,1 | 49,8 |
| Organismes publics | 35,2 | 34,1 | -3,0 | 9,0 | 8,8 |
| Entreprises privées | 151,2 | 161,5 | 6,7 | 38,8 | 41,4 |
| Dont : micro-entrepreneurs.... | 4,3 | 4,8 | 10,5 | 1,1 | 1,2 |
| Ensemble | 385,7 | 389,9 | 1,1 | 100,0 | 100,0 |

Lecture : En 2018, les associations réalisent 49,8 % des heures rémunérées en prestataire.

Champ : France entière.

Source : DGE, Nova, (états mensuels d'activité) ; traitement Dares.

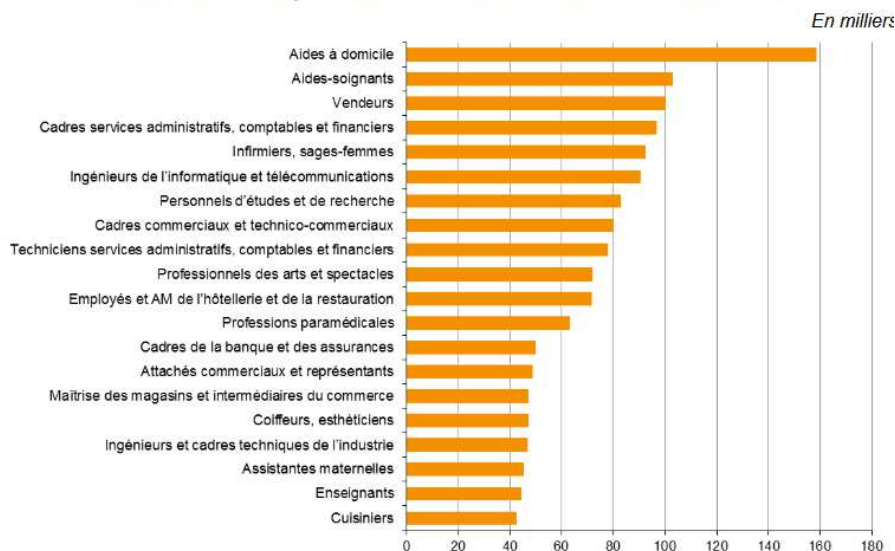
2. Un secteur représentatif des métiers « en tension »

Les services à la personne appartiennent depuis plusieurs années aux secteurs dans lesquels les projets de recrutement sont particulièrement importants, pour plusieurs raisons.

- La première tient à l'évolution démographique de la population française, dont le vieillissement, pour partie comparable à celui des autres populations européennes, engendre une augmentation des besoins en matière de soutien à l'autonomie. C'est le constat que faisait notamment France Stratégie déjà en 2015, estimant que le vieillissement comme l'augmentation du taux d'activité des femmes, mais aussi le « virage ambulatoire » et le développement du maintien à domicile, devaient entraîner 350 000 créations nettes d'emplois en dix ans, la plus forte hausse tous secteurs professionnels confondus ⁽¹⁾.

(1) France Stratégie et la DARES, « Les métiers en 2022 », rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications, avril 2015.

Graphique 2 – Métiers bénéficiant des plus importants volumes de créations d’emplois entre 2012 et 2022 dans le scénario central



Concepts : emploi au sens du BIT ; nomenclature des familles professionnelles (FAP 2009).

Champ : ménages ordinaires ; France métropolitaine.

Source : projections France Stratégie-Dares

Source : France Stratégie et DARES, « Les métiers en 2022 », rapport du groupe Prospective des métiers et qualifications.

● La seconde, plus contemporaine, tient au développement de tensions sur le marché du travail dans un contexte de baisse du taux de chômage et de maintien du taux d’activité, en dépit de l’impact de la crise sanitaire et de ses conséquences. Ainsi, selon Pôle Emploi, en 2021, les services aux particuliers constituent le premier secteur recruteur avec 38 % de l’ensemble des intentions d’embauche, soit 1 028 100 projets. Il existe plus précisément 83 100 projets d’embauche recensés pour les métiers d’aides à domicile et d’aides ménagères. Hors projets saisonniers, ces métiers représentent le troisième secteur dans lequel est recensé le plus grand nombre de projets de recrutement, ainsi qu’en atteste le graphique ci-dessous.



Source : Pôle emploi. « Enquête sur les besoins en main d'œuvre 2021 ».

Les besoins sociaux croissants comme les perspectives d'emploi justifient pleinement l'action publique de soutien à ce secteur, notamment dans la perspective de lutter contre le travail dissimulé.

B. LA « SOLVABILISATION » DU RECOURS AUX SERVICES À LA PERSONNE

1. Le soutien financier à l'emploi dans le secteur des services à la personne est un enjeu de longue date

● D'abord axée, dans les années 1980, sur la réponse aux besoins grandissants en matière de garde d'enfants et de dépendance, la politique publique de soutien aux services à la personne s'est progressivement étoffée d'un objectif d'augmentation du taux d'emploi dans ce secteur dans les années 1990 et 2000 ⁽¹⁾. Cet objectif s'est traduit dès le début des années 1990 par la mise en place d'une réduction d'impôt, d'abord plafonnée à 25 000 francs.

L'objectif de développement des emplois a été accentué encore par le plan dit « Borloo » de 2005, visant à créer 500 000 emplois en trois ans, en s'appuyant toujours sur la réduction d'impôt, portée à un plafond de 12 000 euros, majoré de 1 500 euros par personne à charge, dans la limite de 18 000 euros.

L'effort en faveur de la solvabilité de l'offre de services à domicile a donc progressivement évolué pour lutter également contre le travail dissimulé. La Cour

(1) Conseil économique, social et environnemental, « Le développement des services de proximité », 1996 ; Commissariat général du plan, « Développer l'offre de services à la personne », 2005.

des comptes reconnaissait ainsi, dans un rapport de 2014, que, « *en dix ans, la part du travail déclaré dans les services à domicile aurait ainsi augmenté de 20 points. Cette évolution peut être rapprochée de la montée en puissance des aides fiscales et de la mise en place du chèque emploi service et suggère que les politiques publiques ont eu une efficacité en la matière, même si elle n'a pas été suffisante pour résorber le travail dissimulé* ⁽¹⁾. »

L'enquête menée par le Crédoc ⁽²⁾ en 2017 avait permis une première estimation, sur une base certes déclarative, de la situation des services à la personne en matière de travail dissimulé. Elle fait émerger la problématique du « travail gris », partiellement déclaré. Ainsi, 20 % des employeurs ont admis avoir fraudé en dissimulant soit une partie des heures travaillées, soit une partie des sommes versées. Si elle est en diminution au regard d'enquêtes précédentes ⁽³⁾, cette sous-déclaration porterait avant tout sur la garde d'enfants à domicile (42 %) et, dans une moindre mesure, les activités de ménage (13 %) ou d'aide à domicile (9 %).

Or, les raisons évoquées par les fraudeurs pour expliquer cette pratique illicite ne relèvent qu'à 15 % de questions financières, contre 23 % de simplicité et de lisibilité des démarches ⁽⁴⁾.

2. Une large palette de dépenses publiques en faveur du secteur

La poursuite d'un double objectif de satisfaction des besoins sociaux comme de soutien à l'emploi a conduit à la mise en place d'une large palette de dépenses publiques portées par l'État, la sécurité sociale et les collectivités territoriales.

a. Les avantages fiscaux

Outre le crédit d'impôt décrit *infra*, les services d'aide à la personne bénéficient de divers taux réduits de TVA. Les activités d'assistance dans les actes quotidiens des personnes âgées et handicapées bénéficient ainsi d'un taux réduit de 5,5 %, contre un taux intermédiaire de 10 % pour les services jugés moins directement liés à une situation de dépendance. L'application de l'ensemble de ces taux réduits, qui s'appliquent diversement à une trentaine d'activités dont la distinction n'est pas toujours évidente pour le profane et, sans doute, l'employeur, a coûté 800 millions d'euros en 2020.

(1) *Enquête pour le compte du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale*, « Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie », *Cour des comptes*, juillet 2014.

(2) L. Brice, E. Daudey, S. Hoibian, « Une première enquête pilote en France sur le travail dissimulé », janvier 2017.

(3) *Une étude de la DARES de 2014 sur les services à la personne* – « Les services à la personne : qui y recourt ? Et à quel coût ? », *Analyses n° 63*, août 2014 – avait conclu à un taux de 25 % de déclarations partielles.

(4) L. Brice, E. Daudey, S. Hoibian, *op. cit.*

b. Les avantages sociaux

● Cinq « niches sociales » peuvent aujourd’hui être identifiées parmi les soutiens aux services à la personne, dont l’ensemble est évalué à 2,3 milliards d’euros.

La première, la déduction forfaitaire pour les particuliers employeurs ⁽¹⁾, a pris la forme d’une déduction forfaitaire en 2013 dont le montant a été fixé à deux euros par heure de travail effectuée, par la loi de financement pour 2016 ⁽²⁾. Cette déduction forfaitaire est portée à 3,70 euros pour les départements et collectivités d’outre-mer. Son coût de 400 millions d’euros environ pour la sécurité sociale est compensé par crédits budgétaires de l’État.

● À cette exonération générale s’ajoutent des exonérations ciblées, adaptées au public bénéficiaire. Issu d’une loi de 1948 ⁽³⁾, le dispositif désormais codifié ⁽⁴⁾ constitue une exonération de cotisations patronales au titre de l’emploi de salariés à domicile, pour les employeurs considérés comme « fragiles », soit :

- les personnes âgées de 70 ans et plus ;
- les personnes titulaires de la PCH ou éligibles à l’APA ⁽⁵⁾ ;

– les parents d’un enfant dont le handicap ouvre droit au complément de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé (AEEH).

Cette exonération, également compensée et non cumulable avec l’exonération précédente, a entraîné un coût de 878 millions d’euros en 2019 pour plus d’un million d’employeurs exonérés.

● Les prestataires dont une aide à domicile intervient auprès d’une personne âgée en situation de dépendance ou de handicap bénéficient d’une exonération dont le champ est aligné sur celui de la réduction générale, dite « Fillon », de cotisations de l’employeur jusqu’à un salaire de 1,6 SMIC. L’exonération est toutefois totale pour les salariés dont la rémunération est inférieure à 1,2 SMIC. L’exonération a coûté 1,176 milliard d’euros en 2019 et concerné 255 671 salariés.

Le soutien aux services à la personne passe également par l’exonération d’avantages octroyés par l’entreprise. Ainsi, le CESU ⁽⁶⁾ préfinancé constitue un titre de paiement visant à faciliter l’accès des particuliers aux services à la personne. Il fait l’objet d’une exemption d’assiette plafonnée à 1 830 euros par an et par salarié

(1) Article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2015-1786 du 29 décembre 2015 de finances rectificative pour 2016.

(3) Loi n° 48-1522 du 29 septembre 1948.

(4) Article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

(5) Sont également concernés les titulaires de la prestation versée aux personnes dépendantes, « ancêtre » de l’actuelle APA.

(6) Chèque emploi service universel.

dont bénéficient les entreprises, pour un coût total de 56 millions d'euros sans compensation par l'État.

Deux exonérations plus ciblées concernant les accueillants familiaux ⁽¹⁾ ou les personnes employées au pair, complètent le panorama des « niches sociales » en faveur du secteur des services à la personne.

3. Le versement contemporain des aides auxquelles les particuliers employeurs sont éligibles a fait l'objet d'une expérimentation

La loi de financement pour 2020 ⁽²⁾ avait jeté les bases, sous un format expérimental, du versement contemporain d'aides aux particuliers employant des aides à domicile pour le soutien aux personnes âgées et expérimentées.

- Ce dispositif, fondé sur le volontariat, visait deux situations :

– les particuliers employeurs éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), définie à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles, ou à la prestation de compensation du handicap (PCH), définie à l'article L. 245-1 du même code ;

– les particuliers employeurs bénéficiaires du crédit d'impôt inscrit à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, cf. *infra*. Pour ces derniers, le dispositif proposait la mise en œuvre d'une aide spécifique dont le montant était établi à hauteur de 50 % des dépenses éligibles au crédit d'impôt, tel qu'imputé aux dépenses effectivement supportées pour l'année en cours, dans la limite d'un plafond annuel de 6 000 euros ⁽³⁾.

Sur la base du volontariat, les particuliers employeurs, qu'ils procèdent eux-mêmes au versement des cotisations et contributions sociales au salarié ou qu'ils recourent à une entreprise ou une association intermédiaire, pouvaient bénéficier du dispositif dans deux départements, à savoir Paris et le Nord.

● S'agissant des aides versées par les conseils départementaux, les employeurs ont pu s'inscrire dans un système « tout en un » proposé par le service du CESU, chèque emploi service universel. Ce système, dit « CESU + », prévu à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, a été mis en place en juin 2019 et permet au particulier employeur de confier l'intégralité de la rémunération du salarié à l'URSSAF par le biais de ce service. Concrètement, l'employeur déclare le montant de la rémunération, et le service :

– reçoit l'information relative au montant que le particulier doit percevoir au titre de l'APA ou de la PCH ;

(1) Article L. 241-10-II du code de la sécurité sociale.

(2) Article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Décret n° 2020-1352 du 5 novembre 2020 relatif 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.

– impute également l’aide spécifique calquée sur le crédit d’impôt.

Le particulier employeur ne verse alors que son véritable « reste à charge » sans consentir à une avance de trésorerie au regard notamment du retard avec lequel le crédit d’impôt lui est versé.

Le Gouvernement a indiqué au rapporteur général que le nombre d’utilisateurs des dispositifs CESU et CESU+ était, à la fin du mois d’août 2021, le suivant :

| Nombres d’utilisateurs au 27 août 2021 | CESU | dont CESU+ | % CESU+ |
|---|-----------|---------------|---------|
| | 1 867 762 | 302 483 | 16 % |

Source : réponses du Gouvernement au rapporteur général.

• S’agissant des particuliers ayant recours à des prestataires, il incombait à ces derniers d’informer l’URSSAF des « prestations réalisées, de leur nature, de l’identité de leur bénéficiaire et du montant total dû »⁽¹⁾. Sauf décision commune du prestataire et du particulier d’utiliser le dispositif « CESU + », il revenait alors aux URSSAF de verser aux particuliers employeurs l’ensemble des aides auxquelles il pouvait prétendre.

Les conditions de mise en œuvre de l’expérimentation, dans une période de crise sanitaire, n’ont pas permis de mesurer les effets sur la participation financière des bénéficiaires de l’APA/PCH, ainsi que sur le coût des services facturés par les organismes, entreprises ou associations de service à la personne. En effet, l’environnement technique complexe, nécessitant de nombreux traitements dérogatoires pour l’ensemble des parties prenantes, a contraint à avoir un échantillon réduit de particuliers pouvant participer à l’expérimentation, mais également à limiter la participation de bénéficiaires de l’APA/PCH.

Toutefois, ce cadre expérimental n’a pas été vain puisque les travaux menés en concertation avec les particuliers et les organismes de service à la personne y participant ont permis une amélioration notable du dispositif initialement envisagé avec notamment les apports suivants :

– la mise en œuvre d’une validation tacite à l’issue d’un délai de deux jours des éléments de facturation après leur transmission au prestataire ;

– la possibilité pour les particuliers de pouvoir contester ces éléments de facturation en cas d’erreur par le prestataire ;

– la délégation au prestataire du processus d’inscription de chaque particulier qui devra, quant à lui, valider l’activation de ce mode de paiement.

(1) Article 20 de la loi de financement pour 2020 précitée.

Enfin, l'expérimentation a également permis de préparer la phase de généralisation du dispositif en anticipant les principales interrogations et difficultés rencontrées par les organismes de service à la personne, ainsi que les actions de sensibilisation, d'information et d'accompagnement des particuliers.

4. La prise en charge des cotisations et contributions sociales dans le cadre du versement de l'APA et de la PCH

Les allocataires de l'APA et de la PCH, qui doivent recourir à des salariés pour assurer une « aide humaine » au regard de leurs besoins en matière d'autonomie, bénéficient depuis 2012 ⁽¹⁾ d'un paiement simplifié des cotisations et contributions sociales dues sur leurs aides. Au titre de l'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale, dès lors que les allocations sont versées sous la forme de CESU, le montant des contributions et cotisations sont calculées par les URSSAF. Il revient aux départements de verser à ces dernières le montant de la prise en charge de ces cotisations, sauf un éventuel reste à charge pour le particulier, notamment au regard de ses ressources et du plafond défini dans son plan d'aide, pour l'APA, ou son plan personnalisé de compensation, pour la PCH.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA GÉNÉRALISATION DU VERSEMENT CONTEMPORAIN DES AIDES PUBLIQUES EN FAVEUR DE L'EMPLOI DES SALARIÉS À DOMICILE

A. UNE AIDE SPÉCIFIQUE COMPLÉTANT LE SCHÉMA DE SOUTIEN IMMÉDIAT À L'EMPLOI DE SALARIÉS À DOMICILE

1. Le versement contemporain d'une aide spécifique

Dans la lignée de l'expérimentation mentionnée plus haut, le *f* du 1° du **I** du présent article pérennise le mécanisme d'une aide spécifique, reflet du crédit d'impôt auquel sont éligibles les particuliers employeurs de salariés à domicile. L'objectif est de limiter les sommes versées par les particuliers employeurs à leur seul reste à charge, après imputation de l'ensemble des aides fiscales et sociales auxquelles ils peuvent prétendre.

● L'article prévoit ainsi de nouveaux 5° et 6° à l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale, afin que le dispositif « CESU + » prenne en compte, et, concrètement, déduise du montant versé par le particulier employeur par le biais de son service :

– une aide spécifique dont le montant est toujours fixé à hauteur de 50 % des dépenses éligibles au titre du crédit d'impôt fixé à l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts et dont les modalités sont décrites *infra*. Cette aide sera versée par une URSSAF désignée dans les conditions prévues par l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale, qui prévalent déjà pour le

(1) Article 40 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012.

contrôle de l'adhésion au dispositif « CESA + », le calcul, le recouvrement des cotisations et contributions ainsi que l'émission d'un bulletin de paie ⁽¹⁾. Cette aide est imputée directement sur le prélèvement, liquidée au moment où il intervient et ne peut dépasser un plafond annuel qui sera déterminé par décret ⁽²⁾ ;

Le crédit d'impôt pour les services à la personne

L'article 199 *sexdecies* du code général des impôts, créé par la loi de finances rectificative pour 1991 ⁽³⁾, prévoit un crédit d'impôt sur le revenu à raison des sommes versées par les contribuables domiciliés en France pour l'emploi direct d'un salarié à domicile, ou son emploi indirect par le biais d'une association ou d'un organisme à but non lucratif.

Plafonné à un montant de dépenses de 12 000 euros, ce crédit d'impôt est égal à la moitié des dépenses engagées par le particulier employeur, que les services aient lieu dans sa résidence ou dans celle d'un ascendant.

Le plafond est porté à 15 000 euros pour les contribuables qui en usent pour la première année et à 20 000 euros pour :

- les personnes en situation d'invalidité et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ⁽⁴⁾, ainsi que les personnes les hébergeant ;
- les personnes ayant à leur charge un enfant dont la situation donne droit au complément d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Le plafond de dépenses de 12 000 euros est majoré de 1 500 euros par enfant à charge, la limite de 12 000 euros augmentée de ces majorations ne pouvant excéder 15 000 euros.

Sont exclues de l'assiette de cet avantage fiscal, et donc des dépenses déclarées, les autres aides publiques auxquelles sont éligibles les particuliers employeurs, tels que l'APA, la PCH ou encore la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE).

S'agissant des modalités de paiement aux particuliers du montant du crédit d'impôt, celles-ci ont été améliorées depuis la loi de finances pour 2017 ⁽⁵⁾. En application de l'article 1665 *bis* du code général des impôts, les contribuables peuvent recevoir un acompte, au plus tard le 1^{er} mars de l'année de liquidation de leur impôt, équivalent à 60 % du montant du crédit d'impôt tel que calculé pour l'année N-2.

Occasionnant une dépense fiscale de 4,95 milliards d'euros pour l'année 2020 et imputable également à la garde d'enfants, ce dispositif constitue la principale dépense au soutien des services à la personne.

– une aide spécifique identique pour les frais engagés par l'employeur pour la garde de ses enfants en-dehors du domicile. Cette aide, imputée, liquidée et servie

(1) En application de l'arrêté du 9 septembre 2019 désignant les organismes mentionnés à l'article L. 133-5-10 du code de la sécurité sociale en charge du recouvrement et du contrôle des cotisations et contributions dues par les employeurs et les particuliers mentionnés aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 133-5-6 du même code, l'URSSAF compétente pour les particuliers employeurs est aujourd'hui l'URSSAF Auvergne.

(2) Ce plafond annuel, qui sera fixé en fonction de la composition du foyer fiscal de l'employeur, sera directement indexé sur le plafond du crédit d'impôt.

(3) Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 de finances rectificative pour 1991.

(4) Article L. 341-4 du code de la sécurité sociale.

(5) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

selon les mêmes modalités que celles qui ont été retenues pour l'aide aux services à la personne, est fixée à un montant correspondant à la moitié des dépenses effectivement engagées par l'employeur et éligibles au crédit d'impôt prévu à l'article 200 *quater* B du code général des impôts, et dont les modalités sont décrites ci-dessous :

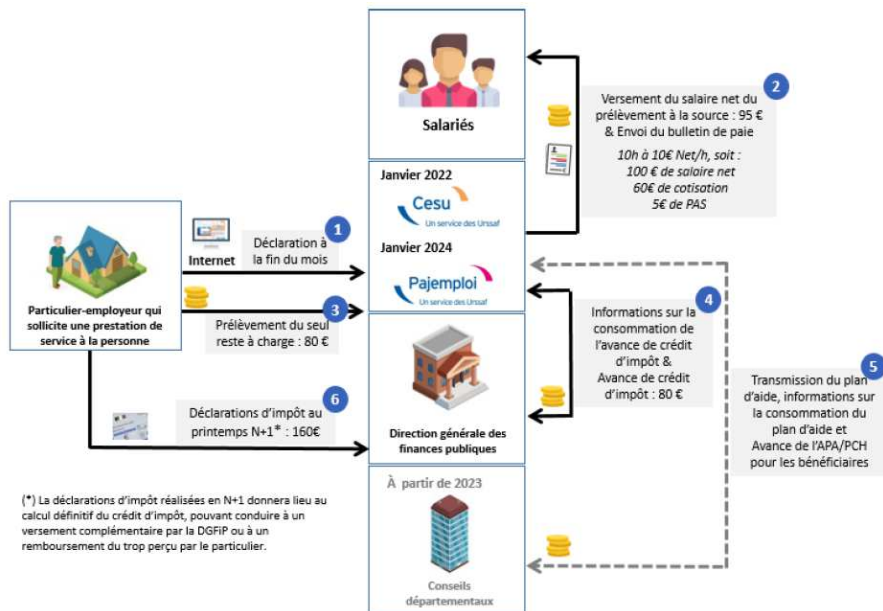
Le crédit d'impôt pour la garde d'enfants

L'article 200 *quater* B du code général des impôts, créé par la loi de finances pour 2005 ⁽¹⁾, porte sur les dépenses engagées pour la garde d'enfants âgés de moins de six ans à l'extérieur du domicile. Il s'agit en particulier des dépenses consenties pour la garde par une assistante maternelle ou la garde par un établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE).

Plafonné à un montant de dépenses de 2 300 euros par enfant à charge, ce crédit d'impôt est égal à la moitié des dépenses engagées par le parent.

Le montant de ces deux aides est ensuite régularisé au moment de la liquidation de l'impôt sur le revenu et donc de l'établissement du montant réel des crédits d'impôts susmentionnés, comme vu *infra*.

Le résumé du dispositif « CESU + » tel qu'issu du présent article peut être présenté de la façon suivante, pour un particulier employant un salarié pour dix heures, avec une rémunération nette horaire de 10 euros :



Source : évaluation préalable.

(1) Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005.

Par ailleurs, le prélèvement tient compte le cas échéant du recours à des structures mandataires. Dans ce cas, le versement de l'aide se faisant sur la base de la déclaration CESU, le montant de l'avance ne peut excéder 50 % de la rémunération, des cotisations et contributions sociales dues, hors frais de gestion ⁽¹⁾.

Ces dispositifs, salués par les acteurs de la profession, sont de nature à éviter aux particuliers employeurs de consentir à des avances de trésorerie. Le rapporteur général se réjouit donc de ce que ces dispositions, certes essentiellement techniques, puissent contribuer à résorber les difficultés de recrutement des salariés dans le secteur des services à la personne comme celui, à terme, de la garde d'enfants.

2. Les modalités de régularisation des crédits d'impôt

Le présent article modifie le code général des impôts pour tenir compte de la généralisation des aides spécifiques, par deux biais.

● L'article 1665 *bis* du code général des impôts prévoit déjà un mode de diminution du décalage de trésorerie consenti par les contribuables, par le biais d'un acompte indexé sur le montant du crédit d'impôt, de la façon suivante :

– en année N, les particuliers concernés consentent à des dépenses éligibles à l'un des deux crédits d'impôt susmentionnés ;

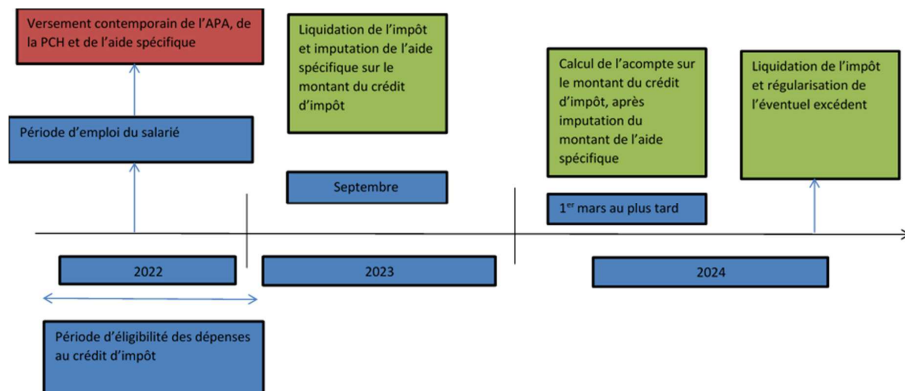
– en année N+1, la liquidation de l'impôt permet de déterminer le montant total des avantages perçus par le contribuable au titre de ce crédit d'impôt ;

– en année N+2, l'acompte est versé au plus tard le 1^{er} mars au contribuable, avant la liquidation de l'impôt permettant de régulariser l'écart entre l'acompte et le montant du crédit d'impôt.

La loi de financement pour 2020 ⁽²⁾, dans le cadre de l'expérimentation susmentionnée, avait intégré l'aide spécifique, l'APA et la PCH dans ce schéma, selon le calendrier suivant :

(1) Contribution prévue à l'article L. 7233-1 du code du travail.

(2) Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.



Source : commission des affaires sociales.

Le 1^o du II modifie cet article 1665 *bis* du code général des impôts pour prévoir de nouvelles modalités d'imputation des aides spécifiques sur le calcul des crédits d'impôt concernés comme sur la déduction qui est appliquée à l'ensemble des crédits d'impôt.

Ainsi, en application des nouveaux *a* et *b* de l'article 1665 *bis* du code général des impôts, le calcul du montant de l'acompte en N+2 tient compte du montant du crédit d'impôt obtenu en N+1 sur la base des dépenses exposées au cours de l'année N, après imputation de l'aide spécifique servie au cours de l'année N. Dans la grande majorité des cas, cette imputation devrait réduire le montant du crédit d'impôt à un montant nul ou considéré comme tel au moment du calcul de l'acompte.

Ces dispositions s'appliquent tout autant au crédit « services à la personne » qu'au crédit « garde d'enfant ».

Les sixième et septième alinéas de l'article 1665 *bis*, quant à eux, visent le montant de l'acompte versé. L'acompte excède en effet les seuls deux crédits d'impôt susmentionnés ⁽¹⁾ et, sans autre disposition, des contribuables pourraient percevoir un acompte en année N sur les crédits d'impôt applicables à des activités exercées en N-2 sans prendre en compte les aides spécifiques perçues en N-1, notamment au début de l'entrée en vigueur du dispositif.

C'est pourquoi le présent article prévoit que le montant de l'acompte versé est réduit du montant des aides spécifiques versées l'année précédant celle du versement de l'acompte, dans la limite de la fraction de l'acompte correspondant au crédit d'impôt auquel s'impute l'aide spécifique.

Le montant de ces aides spécifiques n'est toutefois retenu que dans la limite de celles qui ont été versées pendant les huit premiers mois de l'année N-1.

(1) Cet acompte est également calculé sur le montant du crédit d'impôt relatif aux cotisations versées aux organisations syndicales, à une partie des crédits d'impôt « outremer », aux dépenses afférentes à l'autonomie ou encore aux investissements locatifs intermédiaires.

L'administration fiscale prend en effet en compte ces aides au plus tard en septembre pour pouvoir calculer et verser l'acompte à partir de janvier de l'année N et au plus tard le 1^{er} mars.

- Le second biais, au 2^o du **II**, consiste à rétablir un article 1665 *ter* dans le code général des impôts, pour prévoir les modalités de régularisation au moment du versement du montant du crédit d'impôt lui-même. Ce crédit, versé dans un délai de six à dix-huit mois après la déclaration de l'activité des services à la personne, est amputé du montant de l'aide spécifique versée au titre de cette activité. Au moment de la liquidation de l'impôt, le contribuable peut :

- percevoir le montant du crédit d'impôt du montant duquel a été déduit le montant de l'aide spécifique versée pour la période concernée ;

- rembourser l'excédent à l'État, lorsque le montant de l'aide spécifique, considérée comme un acompte, excède celui du crédit d'impôt.

B. L'INTRODUCTION D'UN DISPOSITIF SIMPLIFIÉ POUR LE PAIEMENT DES PRESTATAIRES

1. Un dispositif simplifié pour supprimer toute avance de trésorerie par les particuliers

- Une nouvelle sous-section 2 à la section 4 du chapitre 3 *bis* du titre III du livre I du code de la sécurité sociale est introduite par le 4^o du **I**, traitant de l'ensemble des dispositifs simplifiés de déclaration et de paiement auxquels peuvent avoir recours les particuliers employant des prestataires de services à la personne.

Ces derniers pourront, sous réserve d'être domiciliés fiscalement en France, utiliser le dispositif mis en place par les URSSAF pour l'ensemble des services à la personne, y compris l'accueil des enfants par des assistants maternels.

- Les II et III du nouvel article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale résument les démarches que devront entreprendre les particuliers et les prestataires pour le bon fonctionnement du dispositif. Compte tenu de la complexité du sujet, le présent commentaire privilégiera une restitution chronologique des démarches à engager :

- la personne morale ou l'entreprise individuelle, ci-après le prestataire, peut enregistrer les particuliers-clients qui le souhaitent auprès du dispositif dématérialisé géré par les URSSAF ;

- le particulier autorise de son côté le prestataire à déclarer, sur ce même dispositif, les prestations réalisées au domicile du particulier et le montant facturé. Il doit toutefois être déduit des sommes déclarées le montant des sommes déjà directement versées par le particulier aux prestataires, sous réserve de la conservation des justificatifs de ces paiements ;

– le particulier, qui est informé du montant des sommes déclarées par le prestataire au moment où celles-ci sont déclarées, dispose de deux jours francs, à compter de la réception de ces informations, pour accepter ou contester le montant inscrit dans la déclaration du prestataire. À l’expiration de ce délai, le particulier est réputé avoir accepté la déclaration ⁽¹⁾. La contestation entraîne le rejet de la demande de paiement transmise par le prestataire. Cela conduit l’ACOSS à ne pas prélever le particulier de son reste à charge théorique et à ne pas reverser le montant facturé restant dû au prestataire. Le litige devra être réglé dans le cadre de la relation commerciale liant le prestataire et son client, le particulier, en dehors du service mis en place par le présent projet de loi ;

– le particulier autorise enfin l’URSSAF à prélever sur son compte bancaire, là encore à l’issue de deux jours francs, la somme correspondant à la déclaration du prestataire pour la verser au prestataire.

● Ce dispositif particulièrement simplifié comprend deux principales innovations :

– en premier lieu, les URSSAF prendront en compte, le cas échéant, le montant des aides auxquelles le particulier employeur a droit au titre de l’APA, de la PCH ou des aides spécifiques mentionnées ci-dessus. Le rapporteur général souligne que les particuliers employeurs qui auront recours à ce dispositif ne verseront plus qu’un reste à charge réduit et ne consentiront plus à aucune avance de trésorerie, sauf régularisation du crédit d’impôt au moment de sa liquidation ;

– en second lieu, les prestataires bénéficieront d’une plus grande prévisibilité au regard de leur trésorerie, grâce au dispositif d’intermédiation assuré par les URSSAF.

Ce dispositif est également ouvert aux mandataires, lorsque ces derniers sont mandatés par les prestataires pour enregistrer les particuliers et déclarer le montant correspondant aux prestations réalisées.

2. Les conditions d’éligibilité au dispositif

Le dispositif décrit ci-dessus suppose le respect de conditions *ab initio*, mais aussi pendant son application, pour que le bénéficiaire n’en soit pas exclu.

● S’agissant des conditions *ab initio*, les entreprises individuelles ou les personnes morales qui souhaitent s’y inscrire doivent respecter les obligations suivantes :

– elles doivent être agréées si elles gèrent des activités de garde d’enfants de moins de trois ans ⁽²⁾ ou d’assistance aux personnes âgées, handicapées ou toute autre personne ayant besoin d’une aide comparable ;

(1) Cette déclaration se présentera très simplement sous la forme d’une facture.

(2) Cette borne est portée à 18 ans s’agissant d’enfants handicapés.

– elles doivent être déclarées dans les autres cas, à savoir les services aux personnes en perte d'autonomie n'ayant pas d'impact sur la sécurité des personnes ou les services liés aux tâches ménagères ou familiales ;

– elles doivent ne pas s'être rendues coupables d'une infraction de travail dissimulé dans les cinq ans précédant la date à laquelle elles souhaitent adhérer au dispositif ;

– elles doivent être à jour de l'ensemble de leurs obligations sociales et fiscales, concernant le paiement des cotisations, des contributions, de l'impôt sur le revenu comme la TVA ;

– elles doivent enfin, au moment de leur adhésion, approuver une charte d'utilisation établie par l'ACOSS, précisant notamment les modalités d'accès au dispositif, de paiement et de reversement des sommes versées à tort, ou encore d'échanges avec l'organisme de recouvrement en cas de contestation.

● Le bon fonctionnement du dispositif suppose en outre, pendant son application, que soient exclus :

– les particuliers qui font partiellement ou totalement défaut sur leur paiement, charge au prestataire de recouvrer les sommes dues ;

– les particuliers ou le prestataire qui acceptent ou déclarent des prestations fictives, de la même manière que pour l'utilisation du dispositif « CESU + », décrit *infra* ;

– le prestataire qui méconnaît les exigences liées à la charte d'utilisation de l'ACOSS.

3. Une procédure de recouvrement *ad hoc*

Compte tenu du fait que le paiement n'engage pas uniquement des cotisations et contributions sociales, les modalités de recouvrement dans les deux premiers cas doivent être fixées de manière spécifique : c'est l'objet du nouvel article L. 133-8-7 du code de la sécurité sociale.

● Celui-ci prévoit, dans le cas d'un paiement partiel ou de prestations fictives, la possibilité pour l'URSSAF concernée de procéder en trois temps, dont les modalités concrètes sont fixées par un décret en Conseil d'État :

– dans un premier temps, l'URSSAF notifie au prestataire l'existence et le montant des sommes qui lui ont été versées à tort, y compris si le défaut de paiement incombe au particulier. Compte tenu du fait qu'il revient à l'organisme de se retourner contre son client pour exiger de lui le paiement, les procédures n'engagent que le prestataire et l'organisme de recouvrement qui lui a consenti à tort une avance. Le prestataire dispose alors d'un délai de trente jours pour payer ou produire des observations, délai à l'issue duquel, à défaut de paiement volontaire ou de

production d'observations, l'URSSAF recouvre la somme par prélèvement bancaire ⁽¹⁾ ;

– dans un second temps, si le prélèvement n'a pas permis de recouvrer la totalité de la somme due ou que les observations du prestataire ont été partiellement ou entièrement rejetées, le directeur de l'URSSAF concernée adresse au prestataire, par tout moyen permettant de conférer date certaine à sa réception ⁽²⁾, une mise en demeure de payer dans un délai d'un mois, qui peut porter sur une ou plusieurs sommes à recouvrer ;

– dans un troisième temps, si la mise en demeure est restée sans effet, le directeur de l'URSSAF délivre une contrainte au prestataire et engage une démarche beaucoup plus lourde. En effet, sauf saisine par le prestataire d'un tribunal judiciaire spécialement compétent en matière de litiges relevant du contentieux de la sécurité sociale ⁽³⁾, cette contrainte emporte l'ensemble des effets d'un jugement, dont celui du bénéfice d'une hypothèque judiciaire.

L'absence de paiement aux dates où les sommes ont été exigées dans la mise en demeure entraîne une majoration de 10 %, sauf remise gracieuse par le directeur de l'URSSAF après règlement des sommes dues.

• Ces dispositions sont comparables au recouvrement des cotisations sociales et de leurs majorations de retard. À ce titre, la contrainte est comparable à celle que décerne le directeur d'un organisme de sécurité sociale, qui comporte également tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire ⁽⁴⁾.

L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme versée à tort par l'URSSAF, sauf en cas de fraude, de manière là-aussi comparable à la durée de prescription couramment applicable au paiement des cotisations sociales.

En outre, pour assurer le recouvrement à bon droit des créances des prestataires, les URSSAF et les Caisses générales de sécurité sociale (CGSS) territorialement compétentes pourront, en application du nouvel article L. 133-8-8 du code de la sécurité sociale, bénéficier d'informations leur permettant de diminuer le paiement des prestations du montant desdites créances.

(1) Il revient à l'URSSAF de reverser ensuite au particulier, le cas échéant, les sommes qui lui reviennent, notamment en cas de déclaration de prestations fictives.

(2) Ces moyens incluent évidemment les courriers physiques comme électroniques, avec conservation des accusés de réception.

(3) Tribunal judiciaire mentionné à l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire, les contentieux de la sécurité sociale relevant traditionnellement de la compétence du juge administratif.

(4) Article L. 244-9 du code de la sécurité sociale.

4. Une mise en œuvre qui repose sur le conventionnement avec les départements concernant l'APA et la PCH

● À des fins de détermination et de vérification des sommes qui restent à la charge du particulier éligible à l'APA ou la PCH, le 5° du I du présent article prévoit, dans un nouvel article L. 133-8-9 du code de la sécurité sociale, l'obligation pour l'ACOSS de conclure des conventions avec les départements, sur un modèle qui doit être défini par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ces conventions devront nécessairement comprendre des dispositions relatives :

– aux modalités d'échange des informations entre les parties à la convention s'agissant du montant des aides, de leur nature ainsi que de leur imputation sur les dépenses des particuliers ;

– des modalités de remboursement, par l'ACOSS ou par les départements, des sommes avancées par l'URSSAF concernée ;

– des modalités d'échange d'informations également relatives aux prestataires, concernant notamment le montant, le volume et la nature des services déclarés.

Pour rappel, s'agissant de l'APA et de la PCH, outre les éléments habituels que les organismes proposant des services à la personne devront déclarer (les éléments de facturation habituels comme le volume horaire, le taux horaires ou encore la nature de l'activité), les éléments restitués aux conseils départementaux permettront de contrôler le respect du plan d'aide défini en amont ainsi que le respect du tarif départemental en vigueur, tandis que les informations relatives au niveau de consommation du particulier sur chaque activité pourront permettre au conseil départemental d'ajuster le plan d'aide le cas échéant.

● Le même 5° prévoit également la mise en place d'une convention entre l'ACOSS et l'administration fiscale pour la prise en compte des aides spécifiques susmentionnées. Cette convention, qui vise à préciser les modalités de remboursement de ces aides par l'État, se double d'une obligation d'information réciproque entre les deux administrations. Cette information, dont le champ et le contenu devront être fixés par décret en Conseil d'État, porte notamment sur le montant de l'aide, son imputation et sa prise en compte au moment de l'établissement de l'impôt sur le revenu du bénéficiaire.

Conformément au principe de proportionnalité de la conservation des données personnelles, celles qui sont nécessaires à ces échanges, et qui peuvent comprendre le numéro d'identification fiscale de la personne concernée, ne sont conservées que pour une durée de trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle les aides sont dues.

C. UNE ADAPTATION DES MODALITÉS DE PRÉLÈVEMENT DANS LE CADRE DU DISPOSITIF « CESU + »

Outre la mise en œuvre pérenne des aides spécifiques susmentionnées, le présent article procède à un certain nombre d'adaptations et de précisions sur les modalités de prélèvement par les URSSAF de la rémunération du salarié auprès de l'employeur. Ainsi, le **b** du 1° du **I** prévoit que ce prélèvement passe nécessairement par la voie bancaire, qui est naturellement la plus compatible avec la dimension dématérialisée du dispositif.

- Le **e** du 1° du **I** adapte les dispositions à la réalité des relations entre les employeurs et les financeurs des aides au titre de l'autonomie et du handicap, sous deux angles :

- alors que le dispositif « CESU + » ne prend actuellement en compte que la prise en charge des cotisations et contributions sociales par les départements pour les personnes éligibles à l'APA et la PCH et qui paient leur salarié par le biais d'un chèque emploi service universel (CESU), il prendra désormais en compte le montant des aides elles-mêmes ;

- il précise que seul le financement des dépenses « d'aide humaine » de ces prestations, et non l'aide technique, est pris en compte, puisque seul ce pan correspond à l'intervention d'un salarié à domicile.

- Le **f** du 1° du **I** précise enfin que le prélèvement effectué par les URSSAF doit tenir compte des sommes versées directement par le particulier employeur ou par le biais d'un mandataire. Le versement de ces sommes par ce mode direct, qui ne peut excéder 50 % de la rémunération brute, doit pouvoir être justifié par le particulier employeur auprès des organismes de recouvrement. À cette fin, le nouveau III de l'article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale prévoit qu'il doit :

- soit payer par le biais d'un CESU sous la forme d'un titre spécial de paiement ;

- soit conserver des pièces justificatives de ces paiements, soit dans la limite de la durée de prescription applicable aux cotisations et contributions sociales, soit par trois ans à compter de la fin de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

- À l'inverse, le nouveau IV prévoit que la déclaration de prestations fictives exclut l'employeur ou le salarié du dispositif pour une durée fixée par décret. Cette sanction s'applique évidemment sans préjudice des sanctions pénales applicables en cas d'emploi fictif ou de tentative d'escroquerie par ce biais des organismes sociaux ⁽¹⁾.

(1) Pour rappel, la peine appliquée au crime d'escroquerie est portée à sept ans d'emprisonnement et 750 000 euros d'amende lorsqu'elle est réalisée au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu.

D. UN RECOURS FACILITÉ AU TITRE SIMPLIFIÉ POUR LES ENTREPRISES ET LES ASSOCIATIONS

• Le 6° du présent article modifie les modalités d'application des titres simplifiés pour en faciliter le recours, en supprimant la condition selon laquelle le recours au Titre emploi service entreprise (TESE) et au Chèque emploi associatif (CEA) devait se faire pour l'ensemble des salariés. Pour rappel, les bénéficiaires de ces dispositifs sont :

– s'agissant du TESE, les entreprises situées dans l'hexagone ou dans certains territoires d'outre-mer, à l'exclusion des entreprises de travail temporaire, les groupements d'employeurs, ainsi que les entreprises des secteurs de la pêche et de l'aquaculture ;

– s'agissant du CEA, les associations et fondations selon les mêmes modalités géographiques.

Ces titres simplifiés permettent de déléguer aux centres nationaux de Bordeaux et de Paris le calcul du montant des cotisations et contributions sociales, le décompte de ces mêmes cotisations ou encore la déclaration sociale nominative (DSN) de l'entreprise ou de l'association. Ils permettent également un prélèvement unique de l'ensemble des cotisations et contributions sociales et un système comparable pour le prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu.

En supprimant la condition d'application à l'ensemble des salariés, le présent article participe au développement de ces titres simplifiés, qui répondent à une large demande de simplification et d'accompagnement des cotisants.

E. UNE EXTENSION DE LA PRISE EN CHARGE PAR LES DÉPARTEMENTS DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES POUR LES TITULAIRES DE L'APA ET DE LA PCH

Les 2° et 3° du I étendent les modalités actuellement applicables à la prise en charge des cotisations et contributions sociales par les départements pour le compte des bénéficiaires de l'APA et de la PCH au-delà du seul champ de l'emploi direct. Le titre de la section 4 du titre III du livre I du code de la sécurité sociale est modifié en ce sens, tandis que l'article L. 133-8-3 du même code permet désormais aux allocataires de l'APA ou de la PCH qui ont recours à un prestataire ou à un mandataire de bénéficiaire du dispositif de versement de leurs cotisations et contributions directement par les départements aux URSSAF, selon les modalités décrites *supra*.

En outre, ce même 3° du I prend en compte l'existence d'une prise en charge de la rémunération des salariés à domicile par le biais d'un dispositif de tiers-payant, qu'il s'agisse de « CESU + » ou du dispositif dématérialisé à destination des prestataires. La prise en charge des cotisations et contributions prend donc en compte le fait que le « particulier bénéficie d'une prise en charge le dispensant de

faire l'avance des dépenses de toute nature » relevant du champ de l'APA ou de la PCH.

F. UNE PROLONGATION DE L'EXPÉRIMENTATION POUR ACCOMPAGNER L'ENTRÉE EN VIGUEUR PROGRESSIVE DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT ARTICLE

Le **III** du présent article modifie la loi de financement pour 2020 ⁽¹⁾ afin de prolonger et d'étendre l'expérimentation susmentionnée. Celle-ci est prolongée jusqu'au 31 décembre 2022 afin d'accompagner l'entrée en vigueur progressive des dispositions du présent article. Elle doit notamment permettre d'anticiper les problématiques éventuelles liées aux interactions techniques entre les systèmes d'information des départements et celui du réseau de recouvrement, concernant la prise en compte de l'APA et de la PCH. La phase 2022 de l'expérimentation sera la base sur laquelle pourra s'appuyer le conventionnement entre l'ACOSS, la DGFIP et les départements pour intégrer ces derniers progressivement dans le dispositif dématérialisé.

Cette prolongation se fait toutefois sans préjudice de la mise en œuvre des aides spécifiques ou de la signature d'une convention, à cet égard, entre l'ACOSS et la DGFIP, comme le prévoit le 2° du **III** du présent article.

L'entrée en vigueur des dispositions du présent article, tout comme l'extension du dispositif à d'autres services à la personne comme la garde d'enfants, se fait en effet de façon échelonnée, comme il est prévu au **IV**, ainsi que le résume le tableau suivant :

(1) Article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT ARTICLE

| Dates | Dispositif entrant en vigueur | Nombre de bénéficiaires |
|------------------------------|---|--------------------------|
| 1 ^{er} janvier 2022 | Entrée en vigueur de la prise en compte du montant de l'APA, de la PCH et des aides spécifiques, le cas échéant, dans le cadre du « CESU + » pour l'emploi de salariés à domicile à des activités relatives aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux tâches ménagères ou aux tâches familiales, ainsi que la conclusion des conventions afférentes | 1 400 000 ⁽¹⁾ |
| | Imputation de l'aide spécifique, le cas échéant, sur le montant de l'acompte prévu à l'article 1665 <i>bis</i> du code général des impôts et au crédit d'impôt lui-même selon les modalités de l'article 1665 <i>ter</i> du même code | |
| 1 ^{er} avril 2022 | Entrée en vigueur du dispositif dématérialisé de prise en compte du montant de l'APA, de la PCH et des aides spécifiques pour l'emploi de prestataires et de mandataires à des activités relatives aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux tâches ménagères ou aux tâches familiales, ainsi que la conclusion des conventions afférentes | 1 800 000 |
| 1 ^{er} janvier 2023 | Extension de la prise en compte des dépenses de toute nature dans la prise en charge des cotisations et contributions par les départements dans le cadre du plan d'aide de l'APA ou du plan personnalisé de compensation de la PCH | 900 000 |
| 1 ^{er} janvier 2024 | Suppression de la condition d'application à tous les salariés en cas de recours au TESE ou au CEA | Données non disponibles |
| | Entrée en vigueur de la prise en compte du montant de l'APA, de la PCH et des aides spécifiques, le cas échéant, dans le cadre du « CESU + » pour l'emploi de salariés à domicile à des activités de garde d'enfant à domicile ou l'accueil d'enfant par des assistants maternels, ainsi que la conclusion des conventions afférentes | 850 000 |
| | Entrée en vigueur du dispositif dématérialisé de prise en compte du montant de l'APA, de la PCH et des aides spécifiques pour l'emploi de prestataires à des activités de garde d'enfant à domicile ou l'accueil d'enfant par des assistants maternels, ainsi que la conclusion des conventions afférentes | |

Source : commission des affaires sociales.

*

* *

(1) Ces données sont issues de l'évaluation préalable.

Article 12

Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à harmoniser le régime social et fiscal applicable à la protection sociale complémentaire financée par les employeurs publics sur celui qui est actuellement applicable aux employeurs privés.

En application de l'ordonnance du 17 février 202, prise sur le fondement de l'article 40 de la loi du 6 août 2019, les employeurs publics doivent participer à hauteur de 50 % au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, selon un calendrier progressivement étendu à l'ensemble de la fonction publique d'ici le 1^{er} janvier 2026.

Dans la perspective d'encourager le recours à ces dispositifs, le présent article met en œuvre des avantages fiscaux et sociaux identiques à ceux qui sont déjà appliqués à une assiette comparable dans le privé, à savoir :

- une déduction d'impôt sur le revenu ;
- une exonération de l'ensemble des cotisations sociales ;
- une exonération de forfait social pour les employeurs publics de moins de onze agents et l'application d'un taux réduit au-delà.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LA MISE EN ŒUVRE DE L'OBLIGATION DE PARTICIPATION FINANCIÈRE DES EMPLOYEURS PUBLICS À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DE LEURS AGENTS APPELLE À UNE HARMONISATION DES RÉGIMES SOCIAUX ET FISCAUX

A. LA MISE EN ŒUVRE DE LA PARTICIPATION DES EMPLOYEURS PUBLICS À LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE DES AGENTS PUBLICS

La protection sociale complémentaire permet de prendre en charge les frais qui ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire. Alors que moins d'un tiers de la population était couverte dans les années 1960, ce sont aujourd'hui 96 % des Français qui bénéficient d'une telle protection, et même 98 % des agents publics ⁽¹⁾.

• Parmi les organismes complémentaires, il convient de distinguer la protection en matière de « santé », qui couvre les frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et en matière de « prévoyance », couvrant les frais occasionnés par l'incapacité de travail, l'invalidité, l'inaptitude et le décès.

(1) DREES, Études et résultats n° 1166, octobre 2020 (chiffres pour 2017).

Le marché des complémentaires se répartit entre trois types d'organismes : les mutuelles (50 % des parts de marché en santé en 2019), les sociétés d'assurance (33 %) et les institutions de prévoyance (17 %) ⁽¹⁾.

- Il est possible de souscrire à une complémentaire à titre individuel (le contrat est conclu directement entre l'organisme et un particulier) ou à titre collectif (le contrat est conclu entre l'organisme et une personne morale au profit de ses membres, par exemple par une entreprise au profit de ses salariés).

1. À l'origine : une différence entre secteurs privé et public dans la prise en charge de la protection complémentaire par l'employeur

Les modalités de participation de l'employeur au financement de la protection sociale complémentaire de ses agents diffèrent actuellement entre les employeurs privés et les employeurs publics.

- S'agissant du secteur privé, la loi du 14 juin 2013 ⁽²⁾, issue d'un accord national interprofessionnel, a généralisé dès 2016 la couverture santé complémentaire pour l'ensemble des salariés : l'employeur négocie un contrat collectif auprès d'un organisme, puis transmet un bulletin d'adhésion à ses salariés qui ne peuvent refuser de conclure le contrat, sauf cas particuliers ⁽³⁾. L'employeur doit financer au moins 50 % des cotisations, le reste étant à la charge du salarié.

Ce contrat doit prendre en charge un panier de soins minimum défini à l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale, ainsi composé :

- prise en charge de l'intégralité du ticket modérateur et de la totalité du forfait journalier hospitalier ;

- prise en charge des frais dentaires prothétiques et d'orthodontie à hauteur de 125 % et des frais d'optique de manière forfaitaire par période de deux ans.

- Cette obligation de financement de la protection complémentaire par les employeurs s'accompagne d'allègements fiscaux et sociaux (voir *infra*). Les contrats collectifs en matière de prévoyance ne sont quant à eux pas obligatoires, sauf accord de branche ou convention collective.

- Pour ce qui est du secteur public, l'article 22 *bis* de la loi portant statut général des fonctionnaires de 1983 ⁽⁴⁾, créé par la loi de modernisation de la fonction publique de 2007 ⁽⁵⁾, permet aux employeurs publics mentionnés à l'article 2 de cette même loi de contribuer au financement de la protection sociale

(1) DREES, Rapport sur la situation financière des organismes complémentaires, édition 2020.

(2) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi.

(3) Notamment lorsque le salarié est déjà couvert par un contrat individuel ou en tant qu'ayant-droit, ou encore bénéficie de la complémentaire santé solidaire.

(4) Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

(5) Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

complémentaire de leurs agents. La mise en œuvre de cette disposition varie selon le type de fonction publique concernée :

– S’agissant de la fonction publique d’État ⁽¹⁾, ce financement est organisé *via* la procédure de « référencement » : après un appel d’offres, l’employeur sélectionne pour sept ans un ou plusieurs organismes à qui il verse directement une aide financière, en contrepartie de l’engagement pris par ces derniers de répercuter cette aide auprès des agents sous la forme d’une minoration de cotisation. L’adhésion des agents aux contrats proposés par les organismes de référence est facultative ;

– S’agissant de la fonction publique territoriale ⁽²⁾, les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent contribuer au financement de la protection complémentaire de leurs agents de deux manières : la labellisation et le conventionnement. La labellisation permet aux employeurs publics territoriaux d’aider leurs agents qui ont conclu un contrat ou souscrit à un règlement labellisé « solidaire » au niveau national, en versant une aide financière soit directement à l’agent, soit à l’organisme complémentaire qui la répercute sur les primes payées par l’agent. Le conventionnement, quant à lui, est un mécanisme similaire au référencement ;

– S’agissant de la fonction publique hospitalière, aucun décret d’application de l’article 22 *bis* précité n’a été adopté, contrairement aux fonctions publiques d’État et territoriale, ce qui n’a pas permis d’appliquer ce dispositif. Cette situation tient en particulier à l’existence de dispositifs spécifiques dans le statut de la fonction publique hospitalière de 1986 ⁽³⁾, prenant en charge une partie des besoins relevant habituellement de la protection complémentaire ⁽⁴⁾.

(1) Décret n° 2007-1373 du 19 septembre 2007 relatif à la participation de l’État et de ses établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs personnels.

(2) Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

(3) Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

(4) IGF et IGAS, « La protection sociale complémentaire des agents publics – Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière », juillet 2019.

Les spécificités du statut de la fonction publique hospitalière réduisent le besoin d'une complémentaire santé pour ses agents

● Les fonctionnaires et praticiens hospitaliers bénéficient d'une prise en charge de leur employeur pour :

– les frais d'hospitalisation non remboursés par la sécurité sociale, pour une durée de six mois, lorsqu'ils sont hospitalisés dans l'établissement pour lequel ils travaillent ou dans un autre établissement sur décision d'un médecin ou de l'administration de l'établissement ;

– les soins médicaux dispensés dans l'établissement pour lequel ils exercent ;

– les produits pharmaceutiques, délivrés pour leur usage personnel par la pharmacie de l'établissement, sur prescription médicale.

● Par ailleurs, le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements publics (CGOS), réunissant la quasi-totalité des établissements en-dehors de l'AP-HP, verse aux personnels non médicaux une prestation en cas d'incapacité temporaire de travail prolongée entraînant une baisse de leur rémunération.

● De cet état du droit, résulte une triple inégalité actuellement : entre agents publics et agents privés, entre agents publics, en fonction du pan de la fonction publique auquel ils appartiennent (la participation financière moyenne des employeurs de la fonction publique d'État est de 12 euros par agent et par an, contre 205 euros dans la fonction publique territoriale)⁽¹⁾, et au sein de chaque pan de la fonction publique (pour la fonction publique d'État, ce montant est de 121 euros au ministère des affaires étrangères, contre 3 euros au ministère de l'agriculture)⁽²⁾.

2. L'ordonnance du 17 février 2021 aligne la prise en charge par les employeurs publics sur celle du secteur privé

Pour mettre fin à ces différences, l'ordonnance du 17 février 2021⁽³⁾, prise sur le fondement de l'article 40 de la loi du 6 août 2019⁽⁴⁾, vise à redéfinir la participation des employeurs publics mentionnés à l'article 2 du statut général des fonctionnaires de 1983⁽⁵⁾ au financement des garanties de protection sociale complémentaire de leurs agents ainsi que les conditions d'adhésion ou de souscription de ces derniers, afin de favoriser leur couverture sociale complémentaire.

(1) *Cour des comptes*, « Les complémentaires santé – Un système très protecteur mais peu efficient », juin 2021.

(2) IGA, IGF et IGAS, « Protection sociale complémentaire des agents publics », juin 2019.

(3) Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

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

(5) Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

- Cette ordonnance crée deux dispositifs, désormais obligatoires, de prise en charge :

- un dispositif transitoire, qui s’applique aux employeurs de la fonction publique d’État dès le 1^{er} janvier 2022 et ce jusqu’à la date d’effet de la sélection des contrats en application du dispositif pérenne décrit *infra*. Il prévoit le remboursement par les employeurs publics d’une partie des cotisations de protection sociale complémentaire « santé » payées par leurs personnels civils et militaires. Le décret du 8 septembre 2021 ⁽¹⁾ fixe le montant de ce remboursement à 15 euros mensuels ;

- un dispositif pérenne, inscrit à l’article 22 *bis* du statut général des fonctionnaires précité pour les personnels civils, et à l’article L. 4123-3 du code de la défense pour les personnels militaires. En matière de santé, ce dispositif prévoit une participation obligatoire des employeurs à hauteur d’au moins 50 % du financement nécessaire à la couverture des garanties minimales définies à l’article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Ce dispositif ouvre également la possibilité ⁽²⁾ de participer au financement de la protection complémentaire en matière de prévoyance.

- S’agissant de ce dernier dispositif, un accord collectif pourra prévoir la conclusion par l’employeur d’un contrat ou d’un règlement collectif pour la couverture complémentaire « santé ». Si la part « santé » complémentaire est obligatoire, l’accord pourra également prévoir, sur une base facultative, un dispositif similaire de participation de l’employeur au financement des contrats de prévoyance. Cette disposition sera toutefois obligatoire pour les employeurs des collectivités territoriales, pour une participation à hauteur de 20 % du financement, afin notamment d’éviter une multiplicité d’approche entre les nombreuses collectivités locales.

Les modalités de la souscription obligatoire des agents pourront être définies par l’accord, sauf pour les militaires, pour lesquels elles seront déterminées par le ministre des armées, après avis du Conseil supérieur de la fonction militaire. Les modalités applicables en cas de carence d’accord seront définies par un décret en Conseil d’État.

- Les contrats concernés devront être solidaires ⁽³⁾ et responsables ⁽⁴⁾, à l’instar de ce qui est applicable au secteur privé. En application du III de

(1) Décret n° 2021-1164 du 8 septembre 2021 relatif au remboursement d’une partie des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais de santé des agents civils et militaires de l’État.

(2) Le recours à ce contrat ou règlement collectif pourra être décidé directement par l’employeur s’agissant des personnels militaires, afin de tenir compte de la spécificité de la fonction publique militaire au regard de la négociation collective.

(3) La tarification du contrat est indépendante de l’état de santé des agents qui en bénéficient.

(4) Les contrats retenus devront respecter les obligations et interdictions de prise en charge prévues à l’article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

l'article 22 *bis* de la loi de 1983 ⁽¹⁾, ces contrats ont un caractère collectif ou individuel.

Un contrat collectif sera conclu entre l'organisme complémentaire et l'employeur qui l'aura sélectionné au terme d'une procédure de mise en concurrence. Les avantages sociaux et fiscaux porteront alors sur les cotisations correspondant à la souscription de ce contrat.

Le contrat individuel, quant à lui, est conclu entre l'agent et l'organisme complémentaire parmi les contrats sélectionnés par l'employeur dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence. En l'absence d'accord prévoyant l'adhésion obligatoire des agents, ces derniers sont libres de choisir ou non les contrats sélectionnés par l'employeur. Toutefois, s'ils ne choisissent pas un contrat sélectionné par l'employeur, ils ne pourront pas bénéficier de la participation financière ni du régime fiscal et social applicable en vertu du présent article.

3. Le coût et les modalités d'entrée en vigueur de cette prise en charge

- Ce dispositif entrera en vigueur selon un rythme progressif :

- à compter du 1^{er} janvier 2022, les dispositions seront applicables aux employeurs qui participent déjà au financement de la protection complémentaire de leur salarié, à l'expiration des conventions. Comme vu *supra*, le dispositif transitoire s'applique également à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

- à compter du 1^{er} janvier 2024, les dispositions deviennent applicables à l'ensemble des employeurs publics relevant de l'État ou du régime des militaires ;

- à compter du 1^{er} janvier 2025, les dispositions relatives à la participation des employeurs au sein des collectivités territoriales au financement des contrats relatifs à la prévoyance entrent en vigueur ;

- à compter du 1^{er} janvier 2026, les dispositions relatives au financement obligatoire d'une moitié des garanties de frais de santé entrent en vigueur pour les employeurs de la fonction publique territoriale et hospitalière.

(1) Loi n° 83-634 précitée.

● Le coût de la participation financière des employeurs publics est estimé comme suit :

COÛT TOTAL PAR PAN DE LA FONCTION PUBLIQUE

| | FPE | FPH | FPT |
|---|------------|------------|------------|
| Participation employeur par agent et par an <i>(en euros)</i> | 378 | | 240 |
| Dispositif transitoire (total) <i>(en millions d'euros)</i> | 400 | | |
| Dispositif pérenne (par an) <i>(en millions d'euros)</i> | 840 | 401 | 358 |

Source : annexe 9 du PLFSS 2022.

Le projet de loi de ratification de cette ordonnance a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 28 avril 2021.

B. LA PARTICIPATION AU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE PAR LES EMPLOYEURS PRIVÉS FAIT L'OBJET D'EXONÉRATIONS FISCALES ET SOCIALES

● La participation des employeurs privés au financement de contrats collectifs et obligatoires garantissant aux salariés une couverture sociale complémentaire bénéficie d'un régime fiscal et social favorable :

– Une déduction du revenu imposable, au titre de l'impôt sur le revenu, des cotisations versées aux régimes de prévoyance complémentaire obligatoires et collectifs ⁽¹⁾. Il s'agit de cotisations salariales, dans la mesure où le financement de l'employeur n'est que partiel, pour les frais de santé, mais aussi de cotisations patronales, quand elles couvrent des risques autres que la maladie, la maternité et l'accident. La déduction est limitée à la somme de 5 % du montant annuel du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) et de 2 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total puisse excéder 2 % de huit fois le montant annuel du PASS ;

– L'exclusion de la participation financière des employeurs de l'assiette des cotisations sociales dues au titre de l'affiliation au régime général et assises sur les revenus d'activité, dans une limite fixée par décret ⁽²⁾ ;

– L'exonération de forfait social pour les employeurs de moins de onze salariés ⁽³⁾ et l'application d'un taux réduit de forfait social de 8 %, au lieu d'un taux normal de 20 % pour les autres employeurs qui y sont soumis ⁽⁴⁾.

(1) 1° quater de l'article 83 du code général des impôts.

(2) Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 137-15 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 137-16 du code de la sécurité sociale.

Ce régime est favorable à double titre. Pour les entreprises, il permet de réduire le coût du travail à la charge de l'employeur, à qui l'on impose une charge supplémentaire au titre du financement de la protection sociale complémentaire des salariés. Pour les salariés, il protège leur pouvoir d'achat grâce à la déduction des sommes versées aux organismes complémentaires du revenu imposable, et améliore la couverture de la population par des complémentaires santé en réduisant le coût d'acquisition d'une telle protection.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN ALIGNEMENT DU RÉGIME FISCAL ET SOCIAL DE LA PARTICIPATION DES EMPLOYEURS PUBLICS SUR CELUI DES EMPLOYEURS PRIVÉS

- Le présent article étend ce régime social et fiscal aux employeurs publics afin notamment d'encourager la couverture des agents, en particulier les plus jeunes qui sont surreprésentés au sein de la population générale non couverte par une complémentaire santé (7 % de ceux qui sont âgés entre 16 et 24 ans et 6 % de ceux qui sont âgés entre 25 et 34 ans ne sont pas couverts, contre 4 % pour l'ensemble de la population) ⁽¹⁾. Ainsi, pour un agent contractuel, la mesure permet de réduire le coût global d'acquisition d'une complémentaire santé de 10,10 %.

Ce dispositif permet également d'amoinrir la charge, pour l'employeur public, de sa participation au financement de la protection complémentaire de ses agents (39 % d'économie en moyenne pour l'employeur d'un agent contractuel).

- Le dispositif législatif ne s'applique pas directement aux fonctionnaires. Les cotisations qu'ils versent au titre de l'article L. 712-9 du code de la sécurité sociale portent en effet sur leur traitement indiciaire et l'attribution de points d'indice majoré. Le financement de la protection sociale complémentaire n'entre donc pas dans cette assiette.

En l'absence de disposition réglementaire, ce financement entrerait toutefois dans l'assiette du régime additionnel de la fonction publique (RAFP) dont l'assiette est constituée de l'ensemble des éléments de rémunération du fonctionnaire n'entrant pas dans l'assiette de la retenue pour pension civile, dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut. Le Gouvernement a toutefois informé le rapporteur général qu'un décret sera pris pour exclure ce financement de l'assiette du RAFP.

(1) DREES, *Études et résultats* n° 1166, octobre 2020 (chiffres pour 2017).

A. L'EXTENSION DU SOUTIEN FISCAL ET SOCIAL AUX EMPLOYEURS PUBLICS

1. La déduction du financement du revenu imposable

Le **I** du présent article complète le 1° *quater* de l'article 83 du code général des impôts, afin de faire bénéficier les cotisations versées par les employeurs publics et leurs agents aux contrats collectifs et obligatoires de la déduction du revenu imposable. Le plafonnement de la déduction est identique à celui qui s'applique au secteur privé.

2. L'exclusion du financement de l'assiette des cotisations sociales

● S'agissant du dispositif pérenne, le **1°** du **II** du présent article complète l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale afin de faire bénéficier de l'exclusion de l'assiette de l'ensemble des cotisations sociales assises sur les revenus d'activité dues au titre de l'affiliation au régime général la participation des employeurs publics, au titre d'un contrat collectif et obligatoire, à la protection complémentaire des agents affiliés au régime général. Les agents concernés sont les contractuels de la fonction publique ainsi que les fonctionnaires territoriaux à temps partiel dont la durée de travail hebdomadaire est inférieure à 28 heures.

Les autres agents (fonctionnaires, magistrats, militaires et ouvriers de l'État) sont quant à eux affiliés à des régimes spéciaux, pour lesquels le pouvoir réglementaire est compétent s'agissant des cotisations sociales dues au titre de la participation financière de l'employeur à la protection complémentaire. Deux décrets interviendront pour les fonctionnaires de l'État et les ouvriers de l'État, prévoyant respectivement une exclusion comparable au sein de l'assiette des cotisations au régime additionnel de la fonction publique (RAFP), ainsi que l'assiette des cotisations dues au titre de l'assurance maladie.

● S'agissant du dispositif transitoire, le **III** du présent article prévoit que le remboursement par les employeurs publics de l'État d'une partie des cotisations de protection sociale complémentaire « santé » payées par leurs personnels civils et militaires bénéficiera des mêmes avantages sociaux que le dispositif pérenne, à savoir :

– une exonération de cotisations sociales pour l'emploi de personnes affiliées au régime général ;

– une exemption de forfait social pour les employeurs publics de moins de onze agents et l'application d'un forfait réduit pour les autres employeurs publics.

3. L'exonération et le taux réduit de forfait social

Le **2°** du **II** du présent article complète l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale afin de faire bénéficier le financement de la protection sociale complémentaire, par les employeurs publics de moins de onze agents, de

l'exonération de forfait social, à l'identique de ce dont bénéficient les employeurs privés. De la même manière, le 3^o du II modifie l'article L. 137-16 du même code afin de faire bénéficier ce même financement, par les autres employeurs publics, du taux réduit de forfait social de 8 %.

Ces deux dispositifs ne concernent que les employeurs des agents publics affiliés au régime général, le forfait social étant prélevé sur les rémunérations ou gains assujettis à la CSG et exonérés de cotisations sociales dues au titre de l'affiliation à ce régime, ce qui exclut les agents affiliés à des régimes spéciaux.

● Au total, compte tenu de l'impact de ces différents dispositifs sur le régime général et les régimes spéciaux de la fonction publique, la distribution du coût de la mesure peut être estimée comme suit :

RÉPARTITION DU COÛT DE L'ALIGNEMENT DU RÉGIME SOCIAL DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE SUR LE PRIVÉ

(en millions d'euros)

| Dispositif concerné | Champ d'application | Coût* |
|-------------------------------|---|------------|
| Dispositif transitoire | Fonction publique d'État | 58 |
| Dispositif pérenne | Régime général | 178 |
| | IRCANTEC (régime de retraite complémentaire des contractuels de la fonction publique) | 27 |
| | AGIRC-ARRCO (régime de retrait complémentaire partiel des enseignants du privé) | 4 |
| | RAFP (régime de retraite complémentaire des fonctionnaires) | 21 |
| | Total dispositif pérenne | 230 |

(*) Le coût de la mesure transitoire est considéré globalement, le coût de la mesure définitive est évalué annuellement

Source : commission des affaires sociales.

Ce coût doit toutefois être minoré du montant des recettes supplémentaires liées à l'application des contributions sociales et, le cas échéant, du forfait social, à hauteur d'environ 100 millions d'euros.

B. L'ENTRÉE EN VIGUEUR

Le V du présent article prévoit que les dispositions de l'article s'appliqueront aux versements ou remboursements effectués à compter du 1^{er} janvier 2022.

*

* *

CHAPITRE II

Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants

Article 13

Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu

Adopté par la commission sans modification

L'article 13 vise à assouplir les obligations déclaratives des travailleurs non salariés de plusieurs manières :

- en prolongeant et en élargissant l'expérimentation qui permet la modulation en temps réel de leurs cotisations et contributions sociales ;
- en supprimant la majoration de retard en cas de revenu estimé inférieur au revenu définitif ;
- en créant un droit des travailleurs indépendants à obtenir une attestation de vigilance du réseau « recouvrement » avant la première échéance déclarative.

Il repousse par ailleurs de trois mois le délai de mise en œuvre des plans d'apurement dans le cadre de la crise.

I. MALGRÉ DE SIGNIFICATIVES SIMPLIFICATIONS INTERVENUES CES DERNIÈRES ANNÉES, LA DÉCLARATION DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS DES TRAVAILLEURS NON-SALARIÉS DEMEURE COMPLEXE

1. Une déclaration structurellement complexe

La déclaration et l'acquittement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants est structurellement complexe pour deux raisons principales :

– la première, qui n'est pas nouvelle, est le décalage dans le temps entre leur revenu et l'acquittement des cotisations ; les travailleurs indépendants doivent en principe connaître leur revenu final pour s'acquitter de leurs obligations sociales, ce qui n'arrive parfois que deux ans plus tard ; en attendant, ils versent des cotisations provisoires calculées sur l'année n-2 puis actualisées lorsque n-1 est connu (acomptes provisionnels) et définitivement régularisées lorsque leur revenu final est définitivement connu ⁽¹⁾ ; le principe d'un versement annuel des cotisations dues en

(1) Les sénateurs Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy présentaient le problème en ces termes en 2014, sans que les sept années qui nous séparent de cette échéance aient rien enlevé à leur pertinence : « La principale difficulté liée aux cotisations des travailleurs indépendants est qu'elles sont difficilement compréhensibles du fait de leur décalage avec la perception des revenus auxquels elles se rapportent et du régime d'acomptes provisionnels et de régularisations. Le revenu d'un certain nombre d'indépendants, en particulier les artisans, se caractérise par une forte variabilité qui peut induire une déconnexion très forte entre le niveau des revenus et le montant des cotisations provisionnelles. ». Sénat, rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales sur le régime social des indépendants, par Jean-Noël Cardoux et Jean-Pierre Godefroy, n° 597, juin 2014.

accentue la difficulté lorsque des difficultés financières sont intervenues entretemps (article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale) ;

– la seconde concerne l'assiette des cotisations, « nette », distincte de celle des contributions sociales (CSG et CRDS), « brute », ce qui conduit les travailleurs indépendants à devoir connaître leurs cotisations pour calculer leur assiette soumise à cotisations, mais aussi à s'ouvrir moins de droit pour un euro de prélèvements sociaux versés ⁽¹⁾.

2. Les simplifications récentes intervenues dans le champ déclaratif

Des efforts de simplification sont intervenus ces dernières années pour surmonter une partie de ces difficultés. Sans prétendre les présenter de manière exhaustive, le présent commentaire revient sur certains d'entre eux.

a. La procédure de « revenu estimé »

Issue de l'ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 relative aux mesures de simplification des formalités concernant les entreprises, les travailleurs indépendants, les associations et les particuliers employeurs, le dispositif dit de « revenu estimé » constitue une réponse aux problèmes liés au décalage dans le temps entre le revenu et les prélèvements.

L'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale, tel qu'il résulte de l'ordonnance, prévoit en effet que « *sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du revenu estimé de l'année en cours* » et non, comme le veut la règle générale, sur la base du revenu de l'année précédente.

Très utile pour faire face à une chute importante du revenu, cette procédure semble peu utilisée, comme le relevait le Haut conseil du financement de la protection sociale. Une explication possible à cette réticence avait été identifiée par le Haut conseil en sondant les URSSAF : « *certaines travailleurs indépendants hésiteraient encore à l'utiliser, notamment en raison de la crainte de se faire appliquer des pénalités s'ils commettent une erreur importante à la baisse* ».

Le même article L. 131-6-2 prévoit en effet que si le revenu estimé pendant l'année n pour l'année n est inférieur de plus d'un tiers au revenu final, une majoration de retard pouvait s'appliquer.

(1) *En proportion des prélèvements, ils payent en effet plus de CSG et de CRDS qui n'ouvrent pas de droit que de cotisations qui en ouvrent. Ce problème avait bien été identifié dans le cadre du projet de loi instituant un système universel de retraite, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, qui proposait une nouvelle assiette brute « abattue » en matière de cotisations.*

Fort de ce constat, le Gouvernement avait déjà choisi de laisser inappliquées ces sanctions depuis le 1^{er} juillet 2015 lorsque l'erreur était faite de bonne foi ⁽¹⁾ avant que le législateur ne suspende l'application de cette disposition pour 2018, 2019 ⁽²⁾ et 2020 ⁽³⁾.

b. L'expérimentation de l'auto-liquidation

Une autre expérimentation permise par l'article 15 de la LFSS 2018 propose une plus grande souplesse encore : elle consiste à autoriser ses adhérents à ajuster au mois le mois ou chaque trimestre les acomptes de cotisations en fonction des facultés de l'entreprise.

Préconisée par plusieurs rapports ⁽⁴⁾ et prometteuse dans son principe, l'expérimentation a néanmoins souffert jusqu'ici d'une très faible exposition et de nombreuses difficultés.

Mal conçue dans sa durée initiale (six mois alors que la mesure nécessite d'être examinée *a minima* sur une année), elle a été finalement prolongée jusqu'au 31 décembre 2020.

Le HCFiPS faisait le constat que la mesure applicable en théorie en Ile-de-France et dans le Languedoc-Roussillon rencontrait des difficultés liées à la « *stabilisation technique du produit* » et à l'absence de communication locale ou nationale sur le sujet.

L'évaluation préalable du Gouvernement fait par ailleurs état d'une absence de communication dans le cadre de la crise sanitaire qui a interrompu les activités de recouvrement. Ce contexte a évidemment été peu propice à en faire le bilan.

II. L'ARTICLE 13 PROPOSE PLUSIEURS MESURES VISANT À SIMPLIFIER DAVANTAGE LES OBLIGATIONS DÉCLARATIVES DES TRAVAILLEURS NON-SALARIÉS

1. Des mesures visant à assouplir les conditions de déclaration

a. La prolongation-généralisation de l'expérimentation sur l'auto-liquidation

- *La prolongation à fin 2023*

Le 1^o du III prévoit une prolongation du dispositif qui devait prendre fin au 31 décembre 2020 jusqu'au 31 décembre 2023.

(1) La bonne foi s'interprétant ici comme le fait que le déclarant n'avait sous-estimé son revenu que parce que des éléments dont il ne pouvait avoir connaissance au moment de l'estimation étaient intervenus depuis.

(2) Article 15 de la LFSS 2018.

(3) LFSS 2020.

(4) Rapport Verdier et Bulteau sur le RSI en 2015, rapport du HCFiPS précité.

Ce nouveau délai qui ajoute deux années supplémentaires d'expérimentation effective devrait permettre de dresser le bilan que les précédentes tentatives n'avaient pas permis.

D'après la direction de la sécurité sociale, cette nouvelle phase devrait permettre de dresser un bilan étayé autour de plusieurs critères, notamment le taux de recours, le nombre de déclarations effectuées, la différence entre le montant annuel de revenu déclaré *via* le télé-service expérimental et celui qui sera déclaré à l'administration fiscale ainsi que le niveau des régularisations.

- *L'élargissement à de nouveaux publics*

Le 1° du III complète le chapitre expérimental (XVII de l'article 15 de la LFSS 2018) en prévoyant l'extension du dispositif aux professions libérales à compter du 1^{er} janvier 2023.

Les dispositions non codifiées ainsi créées prévoient un système de téléservice mis en place par le réseau « recouvrement » de la sécurité sociale pour ce faire.

L'auto-liquidation ne pourra pas concerner toutes les cotisations. En sont exclues par le dispositif proposé les cotisations vieillesse de base et complémentaires (prestations complémentaires vieillesse comprises) des professions libérales affiliées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) ou à la Caisse nationale des barreaux.

Certaines professions affiliées à la CNAVPL pourront néanmoins voir leurs cotisations « vieillesse » (PCV comprises, le cas échéant) recouvrées *via* l'autoliquidation, grâce au transfert de recouvrement de la CIPAV vers les URSSAF :

- les psychothérapeutes ;
- les psychologues ;
- les ergothérapeutes ;
- les ostéopathes ;
- les chiropracteurs ;
- les diététiciens ;
- les experts devant les tribunaux ;
- les experts automobiles ;
- les mandataires ou les curateurs judiciaires agréés ;

– les architectes, architectes d’intérieur, économistes de la construction, géomètres, ingénieurs-conseils, maîtres d’œuvre ;

– les artistes qui ne sont pas artistes-auteurs ainsi que les guides-conférenciers ;

– les moniteurs de ski ;

– les accompagnateurs de moyenne montagne.

- *L’élargissement à de nouveaux territoires*

L’évaluation préalable du Gouvernement fait état d’une généralisation du dispositif à l’ensemble du territoire, qui ne nécessite pas en soi de mesure législative. Au regard des échanges qu’il a pu avoir avec la direction de la sécurité sociale et l’agence centrale des organismes de sécurité sociale, cette généralisation est en théorie acquise depuis 2021 mais ne deviendra effective que progressivement.

- *Les ajustements rédactionnels*

Le 2° du **III** apporte plusieurs modifications et précisions rédactionnelles sur le champ de l’expérimentation :

– l’expérimentation ne peut concerner les micro-entrepreneurs dont le régime social est prévu à l’article L. 613-7 du code de la sécurité sociale, ni les étudiants en médecine ou médecins remplaçants dont les rémunérations sont basses ; ces professionnels disposent en effet déjà d’un calcul simplifié et mensualisé, au regard duquel l’auto-liquidation n’apporte rien ;

– pourront être sollicitées les URSSAF comme c’était déjà le cas dans le cadre expérimental initial mais aussi, dans le cadre de son application à tout le territoire, les caisses générales de sécurité sociale prévues à l’article L. 752-4 du code de la sécurité sociale, qui assurent les missions de recouvrement dans les départements d’outre-mer.

Le 3° du **III** prévoit une remise du rapport « *intermédiaire* » au Parlement au cours de l’expérimentation au 30 septembre 2022, au lieu du 30 septembre 2020, en cohérence avec la prolongation de l’expérimentation.

Le 4° du **III** « nettoie » la fin de l’article en supprimant la référence qui était faite à la majoration de retard en cas d’écart entre revenu estimé et revenu réel dans le cadre de cette procédure expérimentale d’auto-liquidation. Cette majoration est en effet supprimée (cf. *infra*).

b. La suppression de toute sanction en cas d’écart entre revenu estimé et revenu réel

Le **II** supprime la majoration de retard prévue par l’article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dans le cadre de la procédure dite de « revenu estimé ».

Jamais appliquée, cette majoration ne sera plus encourue lorsque le revenu définitif est supérieur de plus du tiers au revenu estimé.

Cette évolution devrait lever les craintes des travailleurs indépendants et des tiers déclarants qui font aujourd'hui obstacle au développement de ce dispositif qui leur est pourtant très favorable.

2. Un accès facilité aux attestations de vigilance pour postuler à des appels d'offre

Le **I** procède aux modifications nécessaires au sein de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, afin de mieux tenir compte de la situation dans laquelle le travailleur indépendant n'a pas encore acquitté de cotisations et de contributions et a besoin d'une attestation de vigilance.

Le **1°** du **I** ajoute un nouveau cas de délivrance de cette attestation, qui peut avoir lieu « *dès lors que la personne déclare ses revenus d'activité* » et non plus seulement lorsqu'elle « *acquitte les cotisations et contributions dues* », lorsqu'elle « *respecte un plan d'apurement* » ou conteste par voie contentieuse les cotisations et contributions dues.

Cette attestation pourrait donc être obtenue dès que le travailleur indépendant est connu des services et que son processus d'immatriculation est complet.

Le **2°** du **I** ajoute un nouvel alinéa qui précise cette nouvelle hypothèse : la délivrance de l'attestation est automatisée (« *une attestation provisoire est délivrée* ») en début d'activité et ce jusqu'à la première échéance déclarative ou de paiement.

Interrogée sur les modalités pratiques de délivrance de cette nouvelle attestation provisoire, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général qu'elle serait obtenue « *de manière quasi-automatique* », au travers d'un « *télé-service* ».

3. Le décalage d'un trimestre de la mise en œuvre des plans d'apurement

Le **IV** ajuste les dispositions relatives aux plans d'apurement des cotisations reportées par les travailleurs indépendants qui concernaient initialement les dettes constatées au 31 octobre 2020 (VI de l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020), étendues par la suite à celles constatées au 30 septembre 2021 (article 9 de la LFSS 2021).

Il est ici proposé d'embrasser l'ensemble de l'année 2021 en procédant à un nouveau report de la date-butoir pour les dettes faisant l'objet de plans d'apurement au 31 décembre 2021.

4. Une extension des facultés de délégation du recouvrement pour la CNAVPL

Le V intègre les cotisations « vieillesse » des médecins remplaçants et étudiants en médecine ayant un faible revenu parmi ce qui peut faire l'objet d'une délégation par convention au réseau « recouvrement » du régime général (URSSAF et CGSS).

Il s'agit donc d'une coordination permettant de tenir compte de la création de ce nouveau régime simplifié de cotisations.

*

* *

Article 14

Réforme du régime social du conjoint collaborateur

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à réformer le régime social et la durée du bénéfice du statut de conjoint collaborateur, dans le secteur des entreprises.

Comparable en bien des points au statut de conjoint collaborateur dans les exploitations agricoles, le statut de conjoint collaborateur a été créé en 2005 pour permettre aux époux – bien souvent des épouses – de déclarer leur activité et de cotiser, afin d’ouvrir des droits notamment pour les indemnités journalières et l’assurance vieillesse.

Les conjoints collaborateurs cotisent aujourd’hui sur une assiette réduite, ce qui permet certes de lutter contre le phénomène de non-déclaration, mais les conduit souvent à ne bénéficier que de petites pensions *in fine*.

Le présent article vise donc à encadrer et simplifier ce statut.

L’encadrement, d’abord : le statut, étendu aux concubins des chefs d’entreprise, sera limité à une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2022. Les conjoints collaborateurs qui en bénéficient déjà pourront donc cumuler cinq années supplémentaires, tandis que les personnes qui entrent dans ce statut ne pourront en bénéficier au total que cinq ans. Les assurés seront ensuite considérés comme des conjoints salariés, affiliés au régime général de la même manière que l’ensemble des salariés de l’entreprise.

L’article vise ensuite à simplifier les modalités de cotisation. Outre la réduction de cinq à trois des assiettes entre lesquelles les conjoints collaborateurs pourront choisir de cotiser, l’article instaure une base légale à un taux de cotisation global et adapté pour les conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs.

I. L’ÉTAT DU DROIT : UN STATUT DE CONJOINT COLLABORATEUR UTILE MAIS TROP PEU PROTECTEUR

A. LE STATUT DE CONJOINT COLLABORATEUR EST DESTINÉ À ENCOURAGER LA DÉCLARATION DE SON ACTIVITÉ

1. La création d’un statut visant à limiter la non-déclaration des conjointes de chefs d’entreprise

La création des statuts de conjoints collaborateurs, qu’il s’agisse des secteurs agricoles ou commerciaux, témoignait d’une volonté de lutter contre les phénomènes de non-déclaration de l’activité du conjoint – le plus souvent de la conjointe – dans les exploitations ou au sein des entreprises.

Créé en 1999 pour les conjoints de chefs d’exploitation agricole ⁽¹⁾, le statut de conjoint collaborateur a été étendu en 2005 aux petites et moyennes entreprises ⁽²⁾ et a permis à des milliers de femmes de bénéficier d’une protection sociale réelle

(1) Loi n° 99-574 du 9 juillet 1999 d’orientation agricole.

(2) Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

contre les risques « maladie », « maternité » et « vieillesse ». Alors que l'affiliation à un régime d'assurance vieillesse était jusqu'ici facultative, la loi de 2005 a permis la mise en place d'une affiliation obligatoire au régime du chef d'entreprise.

Cette obligation devait permettre de lutter contre la prévalence de l'absence de statut parmi les conjoints collaborateurs d'entrepreneurs, alors estimée à 42 %, contre 58 % qui choisissaient de se déclarer collaborateurs, salariés ou associés ⁽¹⁾.

Aujourd'hui, en application de l'article L. 121-4 du code de commerce, le conjoint du chef d'une entreprise a le choix entre trois statuts :

– conjoint salarié. Le conjoint est alors considéré à l'égal de tout autre salarié, dispose d'un contrat de travail, perçoit un salaire correspondant à la qualification du poste occupé et jouit de l'ensemble des droits ouverts à ce titre au sein du régime général ;

– conjoint associé. Très minoritaire, ce statut, qui permet au conjoint, comme pour tous les associés, de détenir des parts dans l'entreprise, confère au conjoint les mêmes droits et devoirs que les autres salariés. Il est en particulier affilié au régime général s'il perçoit un salaire et à la sécurité sociale des travailleurs indépendants dans les autres cas ;

– conjoint collaborateur. Ce statut, qui fait l'objet du présent article, est décrit ci-dessous.

(1) Avis n° 362 sur le projet de loi en faveur des petites et moyennes entreprises de Mme Catherine Procaccia fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 1^{er} juin 2005.

La définition du statut de conjoint collaborateur

Le conjoint collaborateur se définit aujourd'hui d'une manière partiellement négative, comme « *le conjoint du chef d'une entreprise commerciale, artisanale ou libérale qui exerce une activité professionnelle régulière dans l'entreprise sans percevoir de rémunération et sans avoir la qualité d'associé au sens de l'article 1832 du code civil* ⁽¹⁾. » S'agissant des sociétés à responsabilité limitée (SARL) ou d'une société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), ce statut n'est ouvert qu'au conjoint du gérant associé unique ou du gérant associé majoritaire ⁽²⁾.

Cette absence de rémunération subsidiaire ne s'entend toutefois pas de manière absolue, puisque le conjoint peut exercer une activité salariée à l'extérieur de l'entreprise, sans toutefois que cette dernière ne dure plus que la moitié de la durée légale de travail ⁽³⁾. Il est donc loisible aux conjoints de cumuler une activité à temps partiel avec leur statut.

Le conjoint collaborateur est réputé avoir reçu du chef d'entreprise mandat d'accomplir au nom de ce dernier les actes d'administration concernant les besoins de l'entreprise. Si les actes de disposition relatifs au fonds de commerce sont exclus, le conjoint collaborateur est néanmoins associé à la gestion du fonds pour les actes nécessaires à l'exploitation. Il peut s'agir, notamment, de l'achat et de la vente de marchandises, de la signature de factures, de devis ou de lettres au nom du chef d'entreprise, de la réception des paiements, de l'acquisition de matériel d'équipement ou encore de l'engagement et du licenciement de personnel ⁽⁴⁾.

Destiné à lutter contre le travail dissimulé, ce statut emporte des modalités de cotisation et de couverture des risques spécifiques.

2. Des modalités de cotisations adaptées à l'activité des conjoints collaborateurs

Le principal attrait du statut de conjoint collaborateur réside dans l'équilibre qu'il permet entre affiliation obligatoire et souplesse de la protection sociale. Outre l'affiliation obligatoire à l'assurance vieillesse, le conjoint peut participer au plan d'épargne d'entreprise dans les entreprises dont l'effectif habituel est compris entre 1 et 250 salariés ⁽⁵⁾ et bénéficier personnellement de la formation professionnelle continue ⁽⁶⁾.

Pour rappel, le versement de leurs cotisations ouvre aux conjoints des droits en matière d'indemnisation journalière en cas de maladie, de maternité ou de paternité, mais aussi des droits à la retraite.

(1) Article R. 121-1 du code de commerce.

(2) Article L. 121-4 du code de commerce.

(3) Article R. 121-2 du code de commerce.

(4) Articles L. 121-6 et L. 121-7 du code de commerce.

(5) Articles L. 3332-1 et L. 3332-2 du code du travail.

(6) Article L. 6312-2 du code du travail.

Les conjoints collaborateurs disposent d'une grande souplesse en ce qui concerne l'assiette sur laquelle ils cotisent. Cinq options découlent actuellement des trois choix que permet l'article L. 662-1 du code de la sécurité sociale :

OPTIONS D'ASSIETTES DE COTISATIONS POUR LES CONJOINTS COLLABORATEURS

| Assiette | Montant de cotisations |
|--|---|
| Revenu forfaitaire | Un tiers du PASS ⁽¹⁾ |
| Un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise, sans partage d'assiette* | Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise |
| La moitié du revenu du chef d'entreprise, sans partage d'assiette | Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise |
| Un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise, avec partage d'assiette** | Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise |
| La moitié du revenu du chef d'entreprise, avec partage d'assiette | Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise |

(*) Dans ce cas, le chef d'entreprise cotise lui-même sur l'ensemble de son revenu.

(**) Dans ce cas, le chef d'entreprise cotise sur la part restante de son revenu, en l'occurrence les deux tiers.

Source : *commission des affaires sociales*.

Cette assiette ne peut en tout état de cause être inférieure au seuil minimal retenu pour les cotisations du régime d'assurance vieillesse de base et complémentaire, soit 200 fois le SMIC horaire ⁽²⁾.

B. UN STATUT AUJOURD'HUI EN DÉCLIN ET INSUFFISAMMENT PROTECTEUR

1. Le statut de conjoint collaborateur connaît une érosion démographique

Cette situation se traduit par l'érosion démographique progressive du nombre de conjoints collaborateurs. Si, au 31 décembre 2019, on en comptait environ 45 000 ⁽³⁾, seules 13 000 nouvelles personnes ont rejoint ce statut entre 2014 et 2019. Le nombre total de conjoints collaborateurs a ainsi été divisé par dix en dix ans. En 2019, les conjoints collaborateurs des artisans ou commerçants de 55 ans et plus étaient environ 12 500 soit un peu moins d'un tiers (31 %) de l'ensemble des conjoints collaborateurs des artisans et commerçants.

Il est à noter par ailleurs que si ce statut est progressivement abandonné, il concerne encore très majoritairement des conjointes, puisque, en 2019, elles représentaient 71 % des personnes sous statut conjoint collaborateur chez les commerçants, 81 % chez les artisans, 85 % pour les professions libérales.

(1) Plafond annuel de la sécurité sociale, soit, en 2021, 41 136 euros.

(2) Article L. 662-1 du code de la sécurité sociale. Ce seuil était de 912 euros en 2020.

(3) Données fournies au rapporteur général par le Gouvernement.

2. Les droits sociaux ouverts sont trop peu protecteurs dans la durée

Bien que le statut ait été compris comme particulièrement protecteur initialement, force est de constater aujourd'hui qu'il participe à la formation de « trappes à petites retraites » lorsque les personnes concernées conservent ce statut tout au long de leur activité professionnelle.

Qu'il s'agisse des conjoints collaborateurs dans le secteur agricole ou dans celui du commerce, les modalités dérogatoires de cotisations des conjoints collaborateurs entraînent l'ouverture de droits souvent faiblement rémunérés. Il en va notamment ainsi des pensions de retraite, comme le démontre le rapport que les députés Lionel Causse et Nicolas Turquois ont remis cette année au Gouvernement ⁽¹⁾.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE RÉFORME DU STATUT DE CONJOINT COLLABORATEUR DANS LE SENS D'UNE PLUS GRANDE PROTECTION SOCIALE

A. LIMITER DANS LE TEMPS LE STATUT DE CONJOINT COLLABORATEUR

Le 2° du I du présent article prévoit l'extinction du statut de conjoint collaborateur après cinq ans de son exercice, consécutif ou discontinu. Reprenant la proposition émise par nos collègues ⁽²⁾, cette limitation dans le temps du bénéfice de ce statut possède plusieurs avantages :

– elle permet de limiter l'impact de ce statut faiblement protecteur sur les droits à la retraite qu'ouvre l'activité des conjoints de chefs d'entreprise ;

– le maintien de ce statut pour une durée de cinq ans permet, notamment au début de la carrière et au moment du lancement de l'entreprise ou de l'activité, de cotiser sur des assiettes minimales. Les débuts sont en effet les moments où les revenus sont les moins importants et où il peut donc être pertinent d'éviter qu'un montant de cotisations trop important puisse perturber l'activité elle-même.

La perte du statut de conjoint collaborateur, à échéance des cinq années, entraîne un certain nombre de conséquences qui sont prévues par le présent article.

1. La transition vers le statut de conjoint salarié

Le même 2° du I prévoit que le conjoint collaborateur dont l'activité cumulée a atteint une durée de cinq ans peut opter pour le statut de conjoint salarié ou de conjoint associé. À défaut de ce choix, il est réputé être conjoint salarié, pour l'ensemble des périodes au cours desquelles il continue d'exercer au sein de

(1) *Lionel Causse, Nicolas Turquois, « Retraites et retraités modestes. Diagnostic et propositions. », mai 2021.*

(2) *Ibid.*

l'entreprise. Ce statut, équivalent à celui de salarié, ouvre l'ensemble des droits garantis par le régime général de sécurité sociale.

Cette nouvelle condition de délai s'applique, selon le deuxième alinéa du **III**, à compter du 1^{er} janvier 2022 aux personnes ayant la qualité de conjoint collaborateur à cette date. Deux régimes seront donc applicables :

– pour les personnes étant déjà conjointes collaboratrices au 1^{er} janvier 2022, le bénéfice de ce statut pour une durée maximale de cinq ans d'exercice débute à cette date ;

– pour les personnes qui, après le 1^{er} janvier 2022, commenceront à bénéficier du statut de conjoint collaborateur, ce bénéfice aura vocation à s'éteindre après une durée de cinq ans, consécutive ou non.

Afin de faciliter la transition d'un statut à l'autre, le présent article prévoit les modalités administratives d'extinction du statut de conjoint collaborateur.

2. Une transition administrative facilitée

Le 1^o du **II** organise les modalités concrètes de notification aux organismes de sécurité sociale comme aux administrations en charge du contrôle des entreprises la fin du statut de conjoint collaborateur.

L'expiration du délai de cinq ans entraîne en effet la radiation gratuite, immédiate et de droit de l'éligibilité de la personne au statut de conjoint collaborateur dans les fichiers, registres et répertoires tenus par les administrations concernées. S'agissent des organismes de sécurité sociale, l'URSSAF Caisse nationale sera en charge de cette radiation, ce qui suppose notamment l'adaptation de son système informatique à ce nouveau dispositif.

Cette procédure de radiation est toutefois précédée d'une procédure contradictoire. Celle-ci, qui intervient dans l'année au cours de laquelle le délai de cinq ans arrive à son terme, doit permettre d'informer et d'accompagner les cotisants dans le choix du nouveau statut et ses conséquences financières. Le rapporteur général estime que, compte tenu du « saut » de cotisations que le changement de statut peut provoquer, cette procédure est de bon aloi.

B. UNE ADAPTATION ET UNE SIMPLIFICATION DU RÉGIME SOCIAL DE CONJOINT COLLABORATEUR

Le 3^o du **I** étend le régime des conjoints collaborateurs. Applicable à ce stade uniquement, en application de l'article L. 121-8 du code de commerce, aux personnes mariées ou liées au chef d'entreprise par un pacte civil de solidarité, le régime sera également accessible à leurs concubins. Cette extension justifie également le nouvel intitulé de la section du code de commerce concernée, prévu par le 1^o du **I**.

Le calcul des cotisations dues par les conjoints collaborateurs sera également simplifié, par plusieurs biais.

Le premier d'entre eux concerne les conjoints des micro-entrepreneurs, concernés par le 2° du II. L'article prévoit ainsi que le pouvoir réglementaire pourra prendre un décret fixant les taux auxquels cotiseront les conjoints collaborateurs. L'assiette, aujourd'hui fixée à l'article L. 662-1 du code de la sécurité sociale, est précisée. Elle correspond désormais :

– soit à un revenu forfaitaire correspondant à un revenu équivalent à un tiers du PASS ;

– soit à une fraction du revenu du conjoint, exprimée en pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes.

Le taux, en revanche, ne sera plus identique à celui du chef d'entreprise, mais prendra en compte le caractère partiel des risques pour lesquels le conjoint cotise, à savoir l'assurance vieillesse de base, l'assurance vieillesse complémentaire, l'invalidité-décès et les indemnités journalières « maladie » et « maternité-paternité ».

Cette simplification des modalités de calcul des cotisations des conjoints collaborateurs de micro-entrepreneurs devrait se traduire par un décret pris d'ici le début de l'année 2022 ⁽¹⁾.

La seconde simplification interviendra uniquement au niveau réglementaire. Elle consistera à supprimer l'option ouverte actuellement ⁽²⁾ de cotiser sur la base du tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise.

*

* *

(1) Selon les réponses faites par le Gouvernement au rapporteur général.

(2) Article D. 633-19-2 du code de la sécurité sociale.

CHAPITRE III

Poursuivre les actions de lutte contre la fraude

Article 15

Modification du droit de communication pour optimiser les investigations

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à permettre aux agents des organismes de sécurité sociale exerçant le droit de communication d'imposer aux tiers sollicités la fourniture de documents et d'informations sous forme dématérialisée. Cette mesure permettrait d'améliorer l'efficacité de la lutte contre la fraude sociale en accélérant les vérifications réalisées par les agents.

Le gain financier qui pourrait être généré indirectement par cette mesure est estimé conventionnellement à 0,5 % des résultats de l'année précédente. Eu égard au montant de la fraude sociale détectée en 2020 (1,2 milliard d'euros), il pourrait atteindre 6 millions d'euros en 2022.

I. LE DROIT DE COMMUNICATION : UN OUTIL DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE PERFECTIBLE

A. LE RÉGIME JURIDIQUE DU DROIT DE COMMUNICATION

La loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2008⁽¹⁾ a institué un droit de communication au profit des agents des organismes de sécurité sociale. Aux termes de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, ce droit de communication leur permet de prendre connaissance des documents comptables d'un contribuable et de recueillir auprès de tiers tous renseignements nécessaires pour « *contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes* ». Le droit de communication peut également avoir pour objet de permettre à un organisme de sécurité sociale de recouvrer des prestations indûment versées. Il peut être exercé en amont comme en aval de la constatation d'une éventuelle fraude aux cotisations sociales ou aux prestations servies par les organismes de sécurité sociale.

Les organismes de sécurité sociale assurant le service de prestations sociales ainsi que les organismes chargés du recouvrement sont habilités à exercer le droit de communication sans qu'il leur soit opposé le secret professionnel, y compris bancaire. Les documents demandés doivent être communiqués gratuitement.

Le droit de communication répond à un principe de finalité. Ainsi, les informations pouvant être recueillies sont définies par rapport au contenu des déclarations souscrites par l'assuré ou l'allocataire. La demande d'information peut

(1) Article 115 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

également concerner une autre personne que le bénéficiaire si les informations demandées sont nécessaires au recouvrement d'une prestation versée indûment.

L'article L. 114-20 a permis l'alignement des prérogatives des organismes de sécurité sociale sur celles des services fiscaux. Ainsi, les agents des organismes de sécurité sociale peuvent exercer leur droit de communication auprès d'un nombre important d'organismes tiers. Par ailleurs, le droit de communication ne doit être exercé qu'après avoir sollicité préalablement l'assuré, l'allocataire, le cotisant ou toute autre personne concernée ⁽¹⁾.

B. LES LIMITES DU DROIT DE COMMUNICATION

Le droit de communication se heurte toutefois à certains obstacles. D'une part, le tiers ne répond pas toujours dans les délais impartis, c'est-à-dire dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. Il encourt alors une pénalité de 1 500 euros par cotisant, assuré ou allocataire concerné, sans que le total de la pénalité puisse être supérieur à 10 000 euros, ces montants pouvant être doublés en cas de récidive, aux termes de l'article L. 114-19.

D'autre part, les documents communiqués ne sont pas toujours facilement exploitables, en particulier lorsqu'ils sont transmis en format papier. Cette situation a pour conséquence d'accroître la durée du contrôle et donc d'aggraver le préjudice financier si la prestation induite continue d'être versée ou si la société parvient à organiser son insolvabilité. Cela est d'autant plus problématique que le droit de communication est très régulièrement utilisé par les agents des organismes de sécurité sociale (148 000 fois en 2019 dont 103 000 fois auprès des banques).

II. UN DROIT DE COMMUNICATION RENFORCÉ

A. LE RECOURS À LA DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES

• Le présent article modifie l'article L. 114-19 afin de préciser dans la loi que les agents des organismes de sécurité sociale pourront demander à ce que les documents qu'ils souhaitent obtenir leur soient communiqués de manière dématérialisée (**II**). Cette mesure doit permettre d'aligner le droit de communication des organismes de sécurité sociale sur celui qui existe en matière fiscale, depuis 2015 ⁽²⁾ ou dans le cadre d'une réquisition judiciaire, depuis 2007 ⁽³⁾. Elle garantira une simplification des procédures tant pour les organismes de sécurité sociale que pour les tiers, notamment pour les établissements bancaires qui sont fortement sollicités.

(1) Circulaire n° DSS/2011/323 du 21 juillet 2011 relative aux conditions d'application par les organismes de sécurité sociale du droit de communication institué aux articles L. 114-19 et suivants du code de sécurité sociale.

(2) Article L. 81, alinéa 3, du livre des procédures fiscales.

(3) Article 60-1 du code de procédure pénale.

Une circulaire ministérielle précisera les modalités de mise en œuvre de la dématérialisation des échanges. Selon l'étude d'impact, des « *développements techniques pourraient être nécessaires à la sécurisation de la transmission des données, ou a minima un accord sur l'utilisation de moyens d'échanges de données entre acteurs* ». Des réflexions ont d'ores et déjà été engagées sous l'égide de la Mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF) pour faciliter le développement de ces échanges grâce à de nouveaux outils numériques.

● L'article procède par ailleurs à la modification d'une référence mentionnée à l'article L. 114-19 et devenue obsolète (I) : le troisième alinéa renvoie non plus vers l'article L. 324-12 du code du travail, désormais abrogé, mais vers l'article L. 8271-7 qui traite de la lutte contre le travail dissimulé.

B. L'IMPACT FINANCIER DE LA MESURE

La dématérialisation des échanges dans le cadre de l'usage du droit de communication permettra d'accélérer les procédures, de réduire les charges liées aux photocopies et de limiter les erreurs de ressaisies des données recueillies. Il en résultera un gain d'efficacité pour les organismes de sécurité sociale qui est estimé conventionnellement à 0,5 % des résultats de l'année passée. Dans la mesure où le montant de la fraude détectée par les principaux organismes de sécurité sociale a atteint 1,2 milliard d'euros en 2020, ce gain est évalué à 6 millions d'euros pour 2022.

IMPACT FINANCIER DE LA MESURE SUR LES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

(en millions d'euros)

| Branches | Gains estimés en 2022 |
|--|-----------------------|
| TOTAL pour les régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) | 6 |
| Maladie | 1,2 |
| AT-MP | - |
| Famille | 2,5 |
| Vieillesse | 1,4 |
| Autonomie | - |

Source : évaluation préalable (annexe 9 du PLFSS).

*

* *

CHAPITRE IV

Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques

Article 16

Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 16 procède à des ajustements sur plusieurs contributions portant sur les produits de santé :

- il simplifie le plafonnement de la clause de sauvegarde en matière de dispositifs médicaux en le mettant en cohérence avec l'assiette de la contribution (dépenses remboursées et non remboursables) ;
- il étend l'assiette de cette même clause de sauvegarde « dispositifs médicaux » aux montants remboursés liés à une prise en charge transitoire ;
- il fixe, comme chaque année, les seuils de déclenchement des clauses de sauvegarde en matière de médicaments (« taux M ») et de dispositifs médicaux (« taux Z ») ; ces seuils sont respectivement fixés à 24,5 et 2,15 milliards d'euros, en cohérence avec les annonces du Président de la République au Conseil stratégique des industries de santé ;
- il clarifie le champ des médicaments remboursés pour lesquels les entreprises sont assujetties à la contribution sur les dépenses de promotion, en visant plus explicitement les médicaments en accès précoce mais aussi les médicaments bénéficiant de l'expérimentation de l'accès direct prévue par l'article 36 du projet de loi.

I. L'ARTICLE 16 PROCÈDE À PLUSIEURS MODIFICATIONS RELATIVES AUX CLAUSES DE SAUVEGARDE ET FIXE LEURS SEUILS DE DÉCLENCHEMENT RESPECTIFS

1. Les clauses de sauvegarde : un dispositif ancien qui a fait l'objet de plusieurs modifications ces dernières années

a. Le principe de la clause de sauvegarde

Les rapporteurs et rapporteurs généraux successifs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale ont eu très régulièrement l'occasion de rappeler le principe de la clause de sauvegarde depuis sa création en 1999, et l'exercice 2022 ne fera donc pas exception.

Les dépenses de produits de santé remboursés et notamment de médicaments constituent une part très importante de la dépense « pilotable » de l'assurance maladie.

Leur maîtrise constitue donc un enjeu important, dont le traitement peut reposer sur deux grandes catégories d'instruments :

- la régulation du prix, qui relève en France des négociations avec le comité économique des produits de santé (CEPS) ;

– la régulation « fiscale », avec la clause de sauvegarde.

Le principe de cette dernière est en effet de déclencher un prélèvement fiscal sur les entreprises lorsque les dépenses engendrées par celles-ci ne permettent plus de tenir le cadrage financier fixé pour l'assurance maladie. Son objet est en principe dissuasif : elle n'a donc pas vocation à se déclencher car elle doit provoquer une « autodiscipline » du secteur qui est incité à négocier en amont plutôt qu'à se voir davantage taxé en aval.

b. Les principales modifications intervenues ces dernières années

Les modifications intervenues ces dernières années ayant déjà été commentées à la fois par le rapporteur général et ses homologues du Sénat de manière détaillée, il n'est pas question ici de les reprendre en détail dans le cadre du présent commentaire.

Peuvent cependant être rappelées les grandes étapes intervenues dernièrement :

- en 2019, la fusion des clauses « ville » et « hôpital » ;
- en 2020, la création d'une clause sur les « dispositifs médicaux » de la liste en sus ⁽¹⁾ ;
- en 2021, une modification des règles de calcul des remises pour la clause « médicaments », afin d'encourager les baisses de prix.

2. L'article 16 procède à deux ajustements visant à rendre les deux clauses plus cohérentes

a. L'harmonisation de l'assiette et du plafonnement de la clause « dispositifs médicaux »

• Depuis sa création, la clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux de la liste en sus porte sur les montants remboursés. Si ces montants dépassent le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde, les entreprises du secteur deviennent redevables de la contribution. Chaque entreprise doit s'acquitter alors d'un montant déterminé « *au prorata du montant remboursé* » (dernier alinéa de l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale).

En revanche, dans le souci de respecter le principe de proportionnalité de l'impôt, le législateur a naturellement fixé un plafonnement de la contribution. Ce

(1) Interrogée sur l'application récente de cette nouvelle clause, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général qu'elle ne s'était pas déclenchée en 2020 et que les projections actuelles indiquaient qu'elles n'auraient pas à se déclencher en 2021. Ce résultat n'est pas négatif : il montre au contraire que la dynamique des dépenses et les négociations sur les prix et les remises n'ont pas nécessité le déclenchement de ce mécanisme qui reste fondamentalement subsidiaire.

dernier est fixé en fonction du chiffre d'affaires comme pour la clause « médicaments ».

Cet écart entre assiette et proratisation de la contribution définies en termes de montant remboursé, d'une part, et plafonnement défini au regard du chiffre d'affaires, d'autre part, semble objectivement peu cohérent. Il implique par ailleurs que l'entreprise redevable déclare à l'organisme de recouvrement compétent ainsi qu'au CEPS son chiffre d'affaires (deuxième alinéa de l'article L. 138-19-12 du code de la sécurité sociale).

- L'article propose en conséquence d'harmoniser l'ensemble des déterminants de la clause en les rapportant au montant remboursé.

Le **b** du **6°** du **I** modifie en conséquence la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 138-19-10 afin que le plafond de 10 % s'applique bien à l'assiette de la taxation, soit le montant remboursé minoré des remises.

Le **7°** du **I** procède à une coordination en supprimant l'obligation de déclaration du chiffre d'affaires, puisque celui-ci ne serait plus nécessaire à l'établissement de l'impôt. S'agissant en effet de montants remboursés, l'assurance-maladie dispose déjà de toutes les informations nécessaires.

b. L'élargissement et la clarification des assiettes des clauses « médicaments » et « dispositifs médicaux »

- *L'élargissement de l'assiette de la clause « dispositifs médicaux »*

Alors que la clause « médicaments » prend aujourd'hui en compte le chiffre d'affaires lié aux médicaments pris en charge au titre de l'accès précoce prévu à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, il n'existe pas d'équivalent pour les dispositifs médicaux de la liste en sus pris en charge de manière transitoire dans les conditions prévues très récemment à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale et précisées par voie réglementaire.

La prise en charge transitoire des dispositifs médicaux

Comme pour les médicaments, le principe du remboursement des dispositifs médicaux repose sur une inscription sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), qui elle-même constitue l'aboutissement de la négociation, ou plus rarement de l'imposition, d'un prix par le comité économique des produits de santé (CEPS). Les établissements de santé peuvent par ailleurs prendre en charge certains produits de santé innovants en dehors de leur tarification sur la base de la « liste en sus ». La prise en charge en dehors de ces deux dispositifs, possible depuis longtemps pour le médicament, de dispositifs médicaux par des établissements de santé constitue en revanche une nouveauté.

C'est en effet seulement l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS 2019 qui a prévu pour la première fois un régime de prise en charge « temporaire » des dispositifs médicaux qui ne sont pas encore inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Cette prise en charge peut être fixée par arrêté ministériel après avis de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDIMTS) de la Haute autorité de santé (HAS), assurant une compensation versée aux entreprises, le cas échéant pour un nombre limité d'établissements de santé.

Cette prise en charge fait par ailleurs l'objet d'une régulation financière similaire à celle qui était prévue pour le médicament : des remises devaient être versées lorsque le chiffre d'affaires dépasse la compensation. Lorsque le prix est fixé au moment de l'inscription sur la LPPR, il pouvait être procédé à un « recalcul » du chiffre d'affaires : si l'application du prix conduisait à un chiffre d'affaires supérieur à celui qui a été réalisé, la différence était restituée au fabricant ou au distributeur.

L'article 40 de la LFSS 2020 a redéfini le régime de prise en charge, désormais appelé « transitoire » et non « temporaire », des dispositifs médicaux :

- la demande de compensation ne nécessite plus au préalable de demande d'inscription sur la LPPR ; toutefois, en l'absence de demande effectuée dans un délai de douze mois, la demande est suspendue ; l'exploitant ⁽¹⁾ peut renouveler sa demande dans un délai de douze mois ;
- il est par ailleurs précisé que le dispositif médical concerné doit bénéficier d'un « marquage CE » ;
- le mécanisme de fixation de la compensation est plus explicitement « négocié » : l'exploitant fait une proposition maximale aux ministres compétents, qui peuvent lui faire une « contre-offre » ; en cas de refus de cette dernière offre, il n'y a pas de prise en charge ; si, à l'inverse, la compensation maximale est fixée consensuellement à l'initiative de l'exploitant ou du Gouvernement, le prix facturé à l'établissement de santé est librement fixé sous ce plafond ; le principe d'un reversement à l'assurance maladie sous forme de remises si le prix net de référence finalement fixé au moment de l'inscription sur la LPPR est plus faible que la compensation a été naturellement conservé ;

(1) Cette notion « d'exploitant » a remplacé celle de « fabricant » ou de « distributeur ».

– enfin, l’exploitant est tenu à une obligation de continuité des traitements initiés sous le régime de la prise en charge transitoire jusqu’à un an après que cette dernière ait pris fin (45 jours s’il s’agit d’un refus d’inscription sur la LPPR) ; les manquements à cette obligation sont sanctionnés par une pénalité prononcée par le CEPS dont le montant maximal peut aller jusqu’à 30 % du chiffre d’affaires.

Le décret n° 2021-204 du 23 février 2021 ⁽¹⁾ a rendu effectives ces évolutions et en a précisé les contours, notamment en matière de procédure et d’informations à fournir par l’exploitant.

- C’est pourquoi l’article modifie les articles relatifs à la clause de sauvegarde « dispositifs médicaux » pour intégrer ces dispositifs médicaux pris en charge de manière transitoire :

- au champ d’application de la clause de sauvegarde tel qu’il est défini à l’article L. 139-19-8 du code de la sécurité sociale (**a** et **b** du **4°** du **I**) ;

- à la définition de l’assiette de la contribution prévue à l’article L. 138-19-9 (**5°** du **I**) ;

- au mode de calcul de la contribution prévu à l’article L. 138-19-10 (**a** du **6°** du **I**).

Cet élargissement n’a pas vocation à faire obstacle à une faculté de prise en charge temporaire que le législateur et le pouvoir réglementaire viennent de faciliter et de clarifier. Il s’agit en revanche de s’assurer que la clause de sauvegarde sur les dispositifs médicaux, dont le périmètre est déjà relativement restreint, prenne bien en compte l’ensemble des dépenses facturées aux établissements de santé en dehors des tarifs négociés.

Compte tenu par ailleurs de la relative jeunesse du dispositif, il y a fort à parier que cet élargissement n’aura pas un impact décisif sur le déclenchement ou non de la clause de sauvegarde qui dépend avant tout de la dynamique de remboursement sur la liste en sus.

- *Clarification et coordination de l’assiette de la clause « médicaments »*

Une modification similaire est proposée, s’agissant de la clause de sauvegarde « médicaments » qui ne prenait pas en compte jusqu’ici les médicaments bénéficiant d’une autorisation d’importation et pris en charge par l’assurance-maladie.

(1) Décret n° 2021-204 du 23 février 2021 relatif à la prise en charge transitoire de certains produits ou prestations par l’assurance maladie au titre de l’article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale.

Il est donc proposé de compléter l'article L. 138-10 qui prévoit le champ d'application de la clause « médicaments » pour y ajouter les produits de santé importés (*e* du 1° du I).

Par ailleurs, l'article assure une coordination avec la création d'un nouveau mécanisme de remboursement lié à une nouvelle procédure expérimentale d'accès précoce après avis de la Haute autorité de santé. Si le dispositif proprement dit est plus amplement décrit dans le commentaire de l'article 36, il était nécessaire d'en tenir compte dans plusieurs dispositions relatives à la clause de sauvegarde « médicaments » :

- le champ d'application prévu par l'article L. 138-10 (*a* et *e* du 1° du I) ;
- l'assiette prévue par l'article L. 138-11 (2° du I) ;
- les conditions dans lesquelles des accords permettent d'être exonéré de la contribution, telles qu'elles sont fixées à l'article L. 138-13 (3° du I).

3. L'article 16 fixe par ailleurs les seuils de déclenchement des deux clauses

Comme chaque année, les seuils de déclenchement doivent être fixés par le législateur, en euros :

– la clause de sauvegarde « médicaments » sera déclenchée si le montant M dépasse 24,5 milliards d'euros (III) ; il est donc en hausse de 2,1 % par rapport à ce qui était prévu en LFSS 2021 (23,99 milliards d'euros) ;

– la clause de sauvegarde « dispositifs médicaux » sera déclenchée si le montant Z dépasse 2,15 milliards d'euros ; il est en hausse de 2,8 % par rapport à ce qui était prévu en LFSS 2021 (2,09 milliards d'euros).

Contrairement aux montants fixés l'année dernière, pour lesquels l'année 2020 avait été « neutralisée », ceux fixés pour 2022 correspondent à une évolution par rapport à 2021 conforme aux engagements du Président de la République au Conseil stratégique des produits de santé, à savoir 2,4 % pour les produits de santé en moyenne sur la période.

Le calcul de la contribution « médicaments » en 2022

Interpellé par le LEEM, le rapporteur général souhaite expliciter les modalités de calcul retenues afin qu'elles ne donnent lieu à aucune ambiguïté. Celles-ci se font en plusieurs temps.

La direction de la sécurité sociale anticipe un chiffre d'affaires pour 2021 de 24,6 milliards d'euros, supérieur à la clause 2021 (23,99 milliards d'euros) – la clause devrait donc se déclencher pour un rendement de 400 millions d'euros.

Pour 2022, la base serait le « réalisé » 2021 – la valeur de clause, solution équilibrée entre repartir de la dépense autorisée en 2021 (donc la clause telle qu'elle avait été fixée) et repartir du seul « réalisé », ce qui serait trop favorable aux industries : plus le dépassement serait important en année N, plus il serait facile de tenir les objectifs en taux d'évolution en année N+1.

Au Conseil stratégique des industries de santé, le Gouvernement s'est engagé sur un taux d'évolution de + 2,4 % sur les produits de santé et pas sur le seul médicament, en moyenne sur la période 2022-2024.

Le Gouvernement souhaite démarrer la période avec un geste « fort » avec un taux d'évolution de + 2,7 %. Ce taux doit ensuite être « converti » deux fois :

– des produits de santé au médicament ; or, la direction de la sécurité sociale estime que 2,7 % sur l'ensemble des produits de santé revient à faire évoluer de 2,2 % les dépenses de médicament ⁽¹⁾ ;

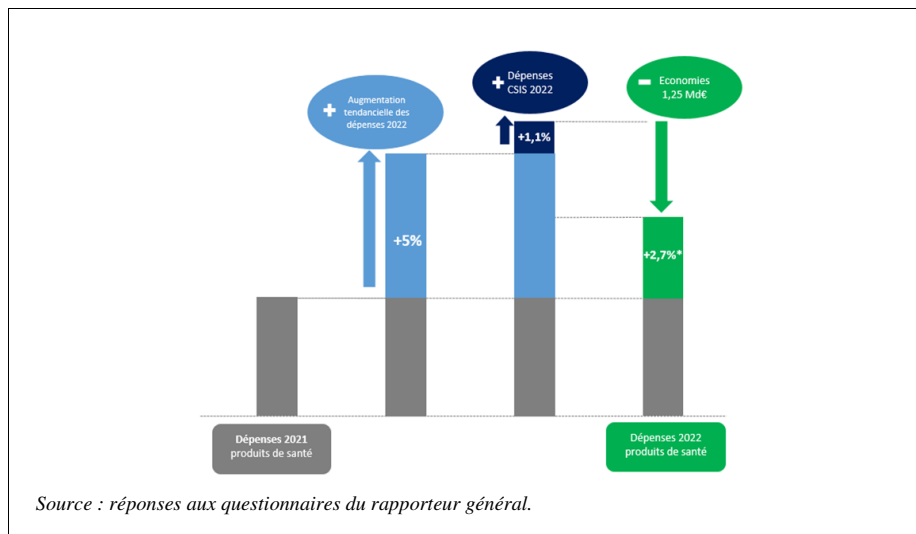
– du médicament remboursé au médicament remboursable, car c'est sur le second que porte la clause « M » : or, compte tenu de la différence entre les deux assiettes, 2,2 % d'évolution du médicament remboursé reviendrait à 1,7 % de croissance du médicament remboursable.

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses fixée par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, le Gouvernement souhaite par ailleurs réaliser 125 millions d'euros de rendement sur la clause, pour compléter les mesures d'économies demandées au Comité économique des produits de santé.

Au total, le chiffre retenu correspond donc à 24,6 milliards d'euros (le « réalisé » 2021) – 400 millions d'euros (la clause « 2021 ») + 1,7 % d'évolution – 125 millions d'euros d'économies ou de rendement, ce qui correspond aux 24,5 milliards prévus par le texte.

Le schéma suivant fourni par la direction de la sécurité sociale au rapporteur général résume bien le lien entre le niveau de la clause, les engagements du CSIS et les économies demandées sur le secteur en 2022.

(1) La dynamique est en effet plus forte sur les dispositifs médicaux, ce qui revient à faire évoluer la dépense liée à ces derniers à 4,1 % pour obtenir 2,7 % sur l'ensemble des produits de santé.



II. L'ARTICLE 16 PRÉCISE ÉGALEMENT LE CHAMP D'APPLICATION DE LA CONTRIBUTION SUR LES DÉPENSES DE PROMOTION DE MÉDICAMENTS REMBOURSÉS

1. La contribution sur les dépenses de promotion des médicaments remboursés, une fiscalité comportementale ancienne

a. L'origine et l'évolution de la contribution sur les dépenses de promotion

Créée par la loi du 19 janvier 1983 ⁽¹⁾, la contribution sur les dépenses de promotion du médicament visait à modérer les actions menées par les exploitants en direction des professionnels de santé.

Vivement critiquée dès sa création par l'industrie pharmaceutique et régulièrement contestée sur un terrain contentieux, la contribution n'en a pas moins perduré de manière continue jusqu'à nos jours, moyennant d'importantes évolutions. La taxe a ainsi été modifiée à dix reprises en un peu moins de trente ans, dans deux directions principales :

– les taux applicables se sont raffinés avec un mécanisme progressif par tranche ;

– l'assiette a été progressivement étendue à de nouvelles catégories de dépenses, pour tenir compte de l'hétérogénéité des pratiques de promotion, en même temps que le législateur définissait des régimes d'abattements spécifiques à certaines catégories de dépenses.

(1) Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale. Auparavant, un dispositif exceptionnel avait déjà été mis en place par la loi n° 79-1189 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de sécurité sociale.

b. Les modalités de fonctionnement de la contribution

- *Les entreprises redevables*

Sont en principe assujetties à la contribution les entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires lié à des spécialités remboursables dépasse 15 millions d'euros. Le législateur a précisé que la contribution s'appliquait également aux « petites » filiales de groupe ainsi qu'aux entreprises qui possèdent 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises, lorsque le chiffre d'affaires de ce groupe ou de ces entreprises possédées lié à des spécialités remboursables dépasse 15 millions d'euros.

Les plus petites entreprises sont donc en principe exonérées de la contribution.

D'après la direction de la sécurité sociale, en 2020, 226 entreprises étaient redevables d'un montant non nul lié à la contribution de base et 206 à la contribution additionnelle (cf. *infra*, pour la distinction entre ces deux parts de la contribution).

- *Les dépenses rentrant en principe dans l'assiette de la contribution*

Elle prend en compte plusieurs composantes se rattachant à la promotion du médicament :

- les rémunérations de toutes natures versées aux personnels qui interviennent auprès des professionnels (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes) ou des établissements de santé, cotisations et contributions comprises ;

- la prise en charge des frais de transport, de repas et d'hébergement de ces personnels ;

- les frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires pour des médicaments inscrits sur une liste de remboursement ou pris en charge dans le cadre d'une prescription compassionnelle ;

- les frais de congrès scientifiques ou publicitaires.

- *Les (nombreux) mécanismes d'abattements d'assiette*

L'assiette fait l'objet de plusieurs mécanismes d'abattements généraux ou spécifiques :

- de manière générale, sans lien avec la catégorie de dépenses :

- un abattement forfaitaire de l'assiette d'un montant de 2,5 millions d'euros par entreprise ;

- un abattement de 30 % aux dépenses de promotion liées à un médicament générique, dès lors que celui-ci s'est vu fixer un tarif de responsabilité dans les conditions habituelles ;
 - un abattement de 30 % aux dépenses de promotion liées à des médicaments orphelins, dès lors que le chiffre d'affaires afférent ne dépasse pas 30 millions d'euros ;
- de manière plus spécifique, par catégorie de dépenses :
- Un abattement de 3 % s'applique aux dépenses de rémunérations des professionnels ;
 - Un abattement de 75 % sur les frais de congrès scientifiques ou publicitaires.
- *Un calcul de la contribution progressif en fonction du poids de la promotion dans le chiffre d'affaires*

La contribution se calcule enfin en appliquant un taux qui est lui-même fonction du poids des dépenses de promotion telles qu'elles sont définies pour l'assiette et le chiffre d'affaires. Le quotient ainsi défini est appelé « R ».

Aussi, plus le poids des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires est élevé, plus le taux applicable à l'assiette de la contribution l'est aussi.

TAUX APPLICABLES EN FONCTION DU POIDS DES DÉPENSES DE PROMOTION DANS LE CHIFFRE D'AFFAIRES (« R »)

| PART DE L'ASSIETTE | TAUX de la contribution par tranche |
|---|--|
| Part de R < à 6,5 % | 19 % |
| Part de R égale ou > à 6,5 % et < à 12 % | 29 % |
| Part de R égale ou > à 12 % et < à 14 % | 36 % |
| Part de R égale ou > à 14 % | 39 % |

Source : guide pratique sur la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, qui reprend les taux prévus au dernier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale.

- *Recouvrement, versement et rendement*

La contribution, recouvrée par le réseau des URSSAF, est versée de manière provisionnelle le 1^{er} juin de l'exercice concerné à hauteur de 75 % du montant acquitté l'année précédente. Elle est ensuite régularisée le 1^{er} mars de l'année suivante, de manière positive ou négative.

La contribution, entièrement affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie, devait rapporter 45 millions d'euros en 2021.

2. La contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, une fiscalité « de rendement »

Créée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la contribution sur le chiffre d'affaires vise « *sans ambiguïté possible, la recherche d'un produit additionnel* »⁽¹⁾, même si elle a évolué pour prendre en compte, par des abattements d'assiette, la spécificité de certains médicaments.

Elle a pour assiette le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, remboursable comme non-remboursable. En sont déduits les chiffres d'affaires :

– liés aux spécialités génériques, dont le tarif a été fixé dans des conditions « normales » ;

– les médicaments orphelins, sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne dépasse pas vingt millions d'euros ;

– les médicaments dérivés du sang qui respectent les conditions d'élaboration prévues en France.

L'assiette des médicaments remboursables et non-remboursables est frappée d'un taux de 0,18 % (contribution dite « de base ») quand celle des médicaments remboursables l'est à un taux de 1,6 % (contribution dite « additionnelle »).

Les deux parts de la contribution réunies devaient rapporter 408 millions d'euros, d'après l'annexe 6 du PLFSS 2021.

3. L'article 18 précise la prise en compte dans ces contributions des médicaments en accès précoce ainsi que des médicaments bénéficiant de la nouvelle procédure d'accès direct

a. Une coordination-harmonisation avec des dispositifs nouveaux de prise en charge

Le droit proposé entend viser deux types de prise en charge qui ne sont actuellement pas prises en compte dans la définition des deux contributions « médicaments » précitées :

– la prise en charge au titre de l'accès précoce prévue par l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, issue de la profonde transformation des mécanismes de prise en charge par la LFSS 2021 ;

– la prise en charge créée par l'article 38 d'accès direct au marché après avis de la Haute autorité de santé.

(1) L'expression est celle utilisée par les inspecteurs IGAS dans leur rapport « La fiscalité spécifique applicable aux produits de santé et à l'industrie qui les fabrique » en octobre 2012. https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-132P_-_DEF.pdf

● Les 8° à 10° du I complètent ainsi différentes dispositions relatives à la contribution sur les dépenses de promotion du médicament des articles L. 245-1, L. 245-2 et L. 245-4 du code de la sécurité sociale :

– s’agissant du principe même de la taxe, posé à l’article L. 245-1 (8° du I) ;

– s’agissant des spécialités dont la promotion entraîne la taxation, que cette promotion passe par des rémunérations versées aux personnels intervenants auprès des professionnels et établissements de santé (a du 9°) ou par des dépenses liées à des congrès (b du 9°) ; par le jeu des renvois, cette extension s’appliquera également aux remboursements de frais de transport, de repas ou d’hébergement ;

– s’agissant également du dispositif permettant d’approximer les charges de dépenses lorsque celles-ci ne sont pas suffisamment distinguées dans la comptabilité de l’entreprise (c du 9°) ;

– s’agissant de l’abattement pour les médicaments orphelins, qui peuvent être pris en charge dans le cadre de l’accès précoce (d du 9°) ⁽¹⁾ ;

– s’agissant du chiffre d’affaires pris en compte dans le calcul du « R » qui commande lui-même le taux applicable (e du 9) ;

– s’agissant du chiffre d’affaires en dessous duquel elles sont exonérées de la contribution (15 millions d’euros) (9° du I) ;

● Le 11° du I intègre les médicaments pris en charge sous ces deux régimes dans l’assiette de la contribution additionnelle d’1,6 % qui concerne les médicaments remboursables.

b. Les conséquences financières de la mesure

L’intégration de ces deux types de prise en charge ne serait pas neutre d’un point de vue financier : l’intégration dans la contribution sur le chiffre d’affaires des entreprises pharmaceutiques entraînerait une hausse de rendement de cette dernière de 10 millions d’euros, soit 2,4 % du rendement actuel. L’impact sera véritablement perçu par les entreprises en mars 2023, au moment de la régularisation de leur contribution pour l’année 2022.

Ce montant doit être par ailleurs mis en regard du surcoût de remboursement de ces deux nouvelles voies d’accès et notamment 100 millions d’euros pour le seul accès direct post-HAS.

(1) Aucune disposition similaire n’est nécessaire pour les autres abattements : les abattements forfaitaires et des frais de congrès s’y appliqueront de plein droit par l’effet d’un jeu de renvoi ; quant à l’abattement lié aux médicaments génériques, il s’applique difficilement à cette procédure d’accès précoce qui concerne des médicaments innovants.

4. Les entrées en vigueur

Les dispositions « fiscales » relatives à la clause de sauvegarde et la part « additionnelle » de la contribution sur le chiffre d'affaires entrent en vigueur au titre de l'année 2021, et seront donc intégrées dans les calculs à réaliser en 2022 (II).

Les dispositions relatives à la contribution sur le chiffre d'affaires s'appliquent quant à elles « *aux exercices clos à compter du 31 décembre 2021* », soit une application pour la première fois à l'exercice 2022 (I).

*

* *

TITRE II **CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ** **SOCIALE**

Article 17

Transferts financiers pour 2022

Adopté par la commission sans modification

L'article 17 modifie pour 2022, comme chaque année, la clef de répartition des ressources fiscales de la sécurité sociale entre les branches.

Outre l'affectation de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée transférée à la branche maladie par le projet de loi de finances, ces mouvements tiennent compte de plusieurs phénomènes :

- comme en 2021, une fraction de taxe sur les salaires est transférée de la branche maladie à la branche autonomie pour 500 millions d'euros en vue de compenser sa contribution au financement de la gestion de la trésorerie centrale ;
- le transfert du financement du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap de la branche maladie à la branche autonomie ;
- le transfert transitoire du financement des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants de la branche maladie à la branche famille ;
- le relèvement du complément différentiel de retraite complémentaire (CDRCO) au 1^{er} janvier 2022 pour certains anciens chefs d'exploitation à 85 % du SMIC exige une compensation entre le régime de base et le régime complémentaire des exploitants agricoles.

Comme chaque année, la « tuyauterie » au sein des branches de la sécurité sociale résulte de mouvements d'ampleurs et de natures diverses. Le présent commentaire propose de reprendre tour à tour les trois principaux mouvements financiers en jeu, avant d'exposer les effets financiers globaux de l'article.

I. UNE MODIFICATION À LA MARGE DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN LOI DE FINANCES (ÉTAT-MALADIE)

1. Le cadre général des relations financières entre l'État et la sécurité sociale

Dans le souci de simplifier les relations financières entre l'État et la sécurité sociale, et dans la lignée des travaux dits « Charpy-Dubertret », la neutralisation des transferts se fait désormais à travers la modification de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Si la mesure d'affectation, conformément aux prescriptions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, siège naturellement dans le projet de loi de finances, le projet de loi de financement en tire nécessairement les conséquences dans la mesure où :

– la modification du flux de TVA modifie la structure des comptes de la sécurité sociale *via* la branche maladie ;

– cette modification appelle souvent mais pas systématiquement une modification en cascade de la clé de répartition des ressources entre les branches, lorsque les mesures de périmètre que la TVA doit compenser ne touchent pas exclusivement aux comptes de la branche maladie du régime général ; ce n'est toutefois pas le cas cette année, en raison d'une forte dominante « maladie » dans les dépenses transférées.

Le commentaire de ce premier « tuyau », pour le rapporteur général de la commission des finances comme pour celui de la commission des affaires sociales, est par ailleurs l'occasion de mettre en lumière des mesures qui ne font pas nécessairement l'objet de mesures législatives « de lettres » en loi de finances ou en loi de financement.

2. La fraction de « TVA » transférée par l'État en loi de finances

Pour 2022, l'article 17 du projet de loi de finances prévoit une augmentation de 0,12 point de la fraction de TVA affectée à partir de février 2022, soit un montant de 227,9 millions d'euros.

CHANGEMENT DE LA FRACTION DE TVA AFFECTÉE À LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 2019

| | 2019 | *2020 | *2021 | *2022 |
|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Maladie | 23,13% | 22,56% | 22,71% | 22,83% |
| ACOSS | 2,87% | 5,18% | 5,18% | 5,18% |
| TOTAL TVA | 26,00% | 27,74% | 27,89% | 28,01% |

* A compter de février

Source : ACOSS sur la base du PLF 2022.

Cette modification correspond à quatre mouvements distincts, retracés dans le tableau ci-dessous, qui figure dans l'évaluation préalable du projet de loi de finances :

| | Montants (en millions d'euros) |
|---|--------------------------------|
| Transferts financiers | 227,9 |
| <i>Compensation de l'allègement de 6 points de cotisations maladie par TVA pour les entreprises bénéficiant de plusieurs dispositifs d'exonérations</i> | 191,8 |
| <i>Contrecoup du Ségur Wallis-et-Futuna financé en 2021</i> | 45,0 |
| <i>Dotations dégressives à l'Établissement français du sang</i> | -10,0 |
| <i>Autres transferts</i> | 1,1 |

a. La clarification des modalités de compensation du « bandeau maladie » lorsqu'il se combine avec des exonérations spécifiques

- *Un enjeu issu de la « bascule » du CICE en baisses de cotisations*

Le premier « item » est une clarification des modalités de compensation de certaines exonérations du programme 103 de la loi de finances (ministère du Travail).

Lorsque la loi de finances pour 2019 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ont transformé le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en réduction de cotisations, le principe général retenu ⁽¹⁾ a été la compensation de la nouvelle réduction de six points de cotisations « maladie » par la taxe sur la valeur ajoutée. Ce choix procédait :

– de l'application des principes issus du rapport dit « Charpy-Dubertret » qui proposait de compenser les allègements dits « généraux » – c'est-à-dire ceux qui s'appliquent à tous les salariés indépendamment du secteur d'activité ou géographique – par une affectation de taxe sur la valeur ajoutée pour solde de tout compte ;

– de la difficulté pratique qui aurait résulté d'une compensation par crédits budgétaires « à l'euro l'euro » d'un dispositif aussi massif (22,2 milliards d'euros en 2019, 22,1 milliards d'euros en 2021 et 23,6 milliards d'euros en 2022 ⁽²⁾) ; à titre de comparaison, la mission *Travail et emploi* représente 15 milliards d'euros en 2022.

Le principe a toutefois été appliqué d'une manière particulière pour les exonérations spécifiques qui peuvent se cumuler avec des exonérations générales : les ministères ont continué à compenser par crédits budgétaires révisés chaque année les exonérations liées aux salariés bénéficiaires, y compris pour la part correspondant à ces six points de cotisations qui s'appliquaient pourtant à l'ensemble des salariés.

Contactée sur ce sujet, la direction de la sécurité sociale a souligné auprès du rapporteur général la complexité de ce mode de compensation lié aux difficultés de prévisions, qui se double de dynamiques potentiellement différentes entre la part « exonération spécifique » avec son taux, son assiette et son mode de calcul et la part « réduction de six points » avec son taux, son assiette et son mode de calcul. L'ampleur des transferts à opérer suscite régulièrement des discussions techniques difficiles avec les ministères qui contestent, non sans raison parfois, le caractère particulièrement estimatif des exonérations *ex-ante*.

(1) En dépit de l'absence de disposition de non-compensation intégrale en loi de financement comme le prévoient normalement les dispositions combinées de l'article L.O. 111-3 (monopole des LFSS sur les dérogations à loi « Veil ») et de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale (principe de la loi dite « Veil » consistant à assurer en principe la compensation de tout allègement de prélèvements sociaux « à l'euro l'euro » sur les crédits des ministères concernés).

(2) Chiffres CCSS de septembre 2021.

Il apparaît globalement positif de clarifier la situation :

– aux ministères de financer les exonérations réellement spécifiques et d'en porter la charge, le cas échéant, dans leurs crédits ;

– à la taxe sur la valeur ajoutée de compenser à la sécurité sociale la part « maladie » pour l'ensemble des salariés que leurs employeurs bénéficient d'exonérations spécifiques ou non.

- *La mesure proposée engage un mouvement de clarification qui devra être poursuivi dans les années à venir*

Une telle évolution ayant des effets de périmètre important pour les budgets de chaque ministère, une clarification totale et immédiate sur toutes les exonérations encore compensées aurait été probablement souhaitable mais difficilement atteignable sans entacher la lisibilité d'ensemble.

Le « chantier » a donc été engagé dans un premier temps avec le ministère du travail, et la clarification du mode de compensation concerne trois exonérations qui relèvent de sa compétence :

– l'exonération « Aide à domicile employée par une association ou une entreprise auprès d'une personne fragile » ;

– le dispositif spécifique aux « zones de revitalisation rurale » ;

– le dispositif spécifique aux « bassins d'emploi à redynamiser » ;

– le dispositif spécifique aux « zones de restauration de la défense ».

Il restera bien sûr à estimer chaque année le montant de ces exonérations et à en assurer la compensation « à l'euro l'euro » par crédits budgétaires, mais le montant sera bien entendu moindre puisque 192 millions d'euros quitteraient le périmètre de cette estimation (sur 2,9 milliards d'exonérations compensés par le programme 103 ⁽¹⁾).

b. Le « contrecoup » du Ségur de la santé à Wallis-et-Futuna

L'agence de santé du territoire des îles Wallis-et-Futuna est financée, contrairement aux autres agences régionales de santé, par le programme 204 de la mission *Santé* du budget de l'État (48 millions d'euros en autorisations d'engagement en 2022 ⁽²⁾).

La déclinaison de certaines politiques publiques nationales nécessite donc régulièrement des ajustements financiers entre État et sécurité sociale, l'État prenant en charge à Wallis-et-Futuna ce qui relève de la sécurité sociale partout ailleurs.

(1) PAP 2022 annexé au PLF 2022, p. 29.

(2) PAP 2022 annexé au PLF 2022, p. 40.

En 2020, l'agence avait pris en charge 45 millions d'euros de dépenses qui relevaient en réalité du Ségur de la santé, ce dont la loi de finances avait tiré les conséquences en réduisant d'autant la fraction de TVA affectée à la branche maladie du régime général.

En 2021, la fin de cette prise en charge exceptionnelle par l'agence implique le « retour à la normale » de cette fraction de TVA et donc le relèvement de 45 millions d'euros de la fiscalité ainsi transférée.

c. La diminution de la dotation à l'Établissement français du sang (EFS)

La fraction de TVA est réduite de 10 millions d'euros en conformité avec la réduction de la dotation de l'assurance maladie à l'EFS.

Mis en difficulté en 2016 par un arrêt du 5 octobre 2016 de la Cour de justice de l'Union européenne qui remettait en cause son régime fiscal d'imposition à la TVA dérogatoire (avantage global de 76,5 millions d'euros), l'établissement a fait l'objet d'un « plan de sauvetage » consistant à l'exonérer de taxe sur les salaires (24 millions d'euros) et à lui attribuer une dotation de l'assurance maladie de 40 millions d'euros.

Cette dotation a fait l'objet d'une compensation par l'État, intégrée dans la « clé » de TVA. Ce circuit, en apparence compliqué, s'explique par le fait que l'EFS est financé principalement par la sécurité sociale et par ses ressources propres.

Toutefois, à mesure que la situation de l'EFS s'améliore, cette dotation a vocation à se réduire chaque année, de même que la compensation par l'État à la sécurité sociale. Ces dix millions d'euros en moins reflètent donc en principe parfaitement la diminution de la participation de la sécurité sociale, comme ce fut déjà le cas en 2021.

d. Les « autres transferts »

Les autres transferts (1,1 million d'euros), quoique de montants négligeables au regard du transfert de TVA comme des budgets respectifs de l'État et de la sécurité sociale, sont traditionnellement peu documentés.

L'ACOSS, interrogée par le rapporteur général, a cru y voir le transfert de la « plateforme 360 » d'orientation téléphonique permettant de diriger les personnes handicapées isolées ou sans solution vers des communautés d'acteurs territoriaux spécialisés (1,8 million d'euros), laissant penser qu'un mouvement en sens inverse était aussi à l'œuvre pour atteindre les 1,1 million d'euros indiqués par la direction du budget.

L'annexe 6 au présent projet de loi évoque quant à elle une « compensation » entre l'État et la sécurité sociale sur le remboursement du don de vaccins aux pays tiers.

II. LES MOUVEMENTS LIÉS AUX PROLONGEMENTS DE LA CRÉATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE (MALADIE-AUTONOMIE)

● La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie ⁽¹⁾ a consacré la création, une première depuis l'ordonnance du 4 octobre 1945, d'une nouvelle branche autonomie.

La LFSS 2021 lui a donné un « corps » financier avec des recettes et des dépenses, ainsi qu'une caisse nationale gestionnaire, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Ce faisant, elle a « oublié » de faire participer la nouvelle branche au financement de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). L'article L. 225-6 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que les charges de gestion de l'agence sont couvertes par les branches du régime général. Un arrêté ministériel fixe les fractions imputées en charges à chaque branche, généralement en retenant le poids relatif de la branche dans les dépenses totales du régime général.

Logiquement, il revient à la CNSA de prendre en charge environ 7 % des charges administratives de l'ACOSS, sous réserve de l'abattement qui s'appliquait déjà depuis 2017 en raison d'un « trop perçu » important de l'agence (443 millions d'euros fin 2015, qui se réduit chaque année à hauteur de 17,8 millions d'euros jusqu'en 2040). Le montant a été fixé à 105 millions d'euros pour 2021.

Par ailleurs, la CNSA doit également prendre en charge les charges de non-recouvrement et les frais de dégrèvement liés à la CSG dont elle est désormais un important affectataire (24,7 milliards d'euros).

Ces charges nouvelles qui étaient déjà prévues de manière rectificative en 2021 par l'article 6 (cf. commentaire de cet article) représenteraient environ 587 millions d'euros dans les comptes de la branche.

● Lors de cette importante transformation, c'est la CNAM qui assuré le rôle de financeur puisque c'est elle qui finançait déjà la CNSA avant qu'elle n'obtienne son statut de « tête » de la branche à part entière. « L'oubli » lui est donc imputé, car il est considéré que si cette contribution aux charges de gestion de l'ACOSS avait été prise en compte l'année dernière, il aurait été intégré dans les transferts « maladie-autonomie ».

La branche maladie se voit donc retirer 587 millions d'euros en 2022 comme en 2021 (cf. commentaire de l'article 6).

C'est la taxe sur les salaires qui a été privilégiée afin de ne pas « retoucher » l'importante modification des clés de CSG intervenue l'année dernière et qui permettait avec une relative simplicité d'affecter toutes « les » CSG à la branche autonomie à hauteur de 1,9 point.

(1) Loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

● Par ailleurs, le coût du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap dans les établissements belges (200 millions d'euros) serait transféré de la CNAM à la CNSA en 2022, ce qui donnerait également lieu à une compensation par la taxe sur les salaires pour les mêmes raisons que celles exposées précédemment ⁽¹⁾.

III. LES MOUVEMENTS LIÉS AUX INDEMNITÉS JOURNALIÈRES POUR GARDE D'ENFANTS (MALADIE-FAMILLE)

Un mouvement différent est proposé par l'article 17 visant à faire prendre en charge par la branche famille les dépenses liées aux indemnités journalières versées pour garde d'enfants.

Mis en place en avril 2020 dans le contexte du confinement général, le cadre dérogatoire des arrêts de travail indemnisés pour garde d'enfant a été jusqu'ici entièrement financé par l'assurance maladie, alors même que les dépenses de garde d'enfants ont logiquement diminué pour la branche famille dans la même période. Dit autrement, la présence des parents au domicile a augmenté les prestations maladie et réduit les prestations famille.

Le Gouvernement a estimé nécessaire de procéder en 2022 à une « régularisation » de la situation, d'autant plus que la situation financière des deux branches pourrait rester durablement contrastée (excédent pour la branche famille dès 2022, aucune perspective de retour à l'équilibre pour la branche maladie d'ici 2025, cf. commentaire de l'article 23).

Il est donc prévu de transférer en 2022 par le biais de la taxe sur les salaires un montant d'un milliard d'euros de la CNAF à la CNAM. La taxe est en effet une ressource partagée entre les deux branches qui sert régulièrement à ajuster les transferts.

IV. LES MOUVEMENTS LIÉS AU RELÈVEMENT DU CDRCO POUR LES CHEFS D'EXPLOITATION (MSA-RCO)

L'article 1^{er} de la loi du 3 juillet 2020 visant à assurer la revalorisation des pensions de retraite agricoles en France continentale et dans les outre-mer prévoit de garantir un niveau minimum de pensions à 85 % du SMIC pour les chefs d'exploitation ayant exercé leur activité sous ce statut pendant 17,5 ans. Le pouvoir réglementaire a prévu l'entrée en vigueur de cette mesure au 1^{er} novembre 2022.

(1) Article 38 de la LFSS 2020. L'évaluation préalable en rappelle brièvement le fondement : « Ce conventionnement permet de porter des exigences de qualité complémentaires des critères de la réglementation wallonne, d'organiser un contrôle des établissements, de fiabiliser le recueil d'informations sur les personnes accompagnées et de mieux définir et uniformiser, selon les caractéristiques de celles-ci, les niveaux de financement des établissements. » Le fait qu'une telle mesure ressortisse désormais du périmètre de la branche autonomie ne fait par ailleurs pas de doute.

Cette garantie passe par un complément différentiel de retraite complémentaire (CDRCO) correspondant à 85 % du SMIC pour une carrière complète.

Le coût de cette mesure est évalué à 283 millions d'euros pour le régime complémentaire des exploitants agricoles obligatoire (RCO) qui verse le CDRCO.

Le poids de cette mesure, en l'absence de compensation, pourrait toutefois contraindre le RCO – dont les capacités d'emprunt sont limitées – à augmenter ses cotisations, ce qui n'est ni l'objectif de la mesure, ni souhaitable.

Il a donc été privilégié un mécanisme de compensation entre le régime de base – qui accède plus facilement à l'emprunt dans les conditions prévues par la LFSS *via* l'ACOSS – et le régime complémentaire d'assurance vieillesse des exploitants agricoles.

L'impact financier de la mesure sera donc porté par le régime de base alors qu'il s'agit d'une mesure modifiant les paramètres d'un régime complémentaire.

En vue de procéder à ces changements, le Gouvernement a privilégié les droits « alcools » qui sont en partie affectés au régime d'assurance vieillesse de base des exploitants agricoles et en partie déjà affectés au RCO pour en concéder une plus grande partie à ce dernier.

Une telle mesure de fiscalisation des ressources ⁽¹⁾ d'un régime de retraite complémentaire, assez inhabituelle, n'est toutefois pas complètement nouvelle : le régime d'allocations viagères des gérants de débits de tabac (RAVGDT) est ainsi déjà affectataire de 0,5 % des droits « tabacs ».

V. INSTRUMENTS ET BILAN GLOBAL DES TRANSFERTS

Au total, on compte ainsi :

– un mouvement de 200 millions d'euros de l'État vers la CNAM (taxe sur la valeur ajoutée) déjà acté en loi de finances mais dont il faut en principe tirer les conséquences en loi de financement ; l'essentiel étant constitué d'une compensation d'une réduction de six points de cotisations maladie affectés pour l'essentiel à la CNAM, ce point ne nécessite pas de changements majeurs dans la « tuyauterie » intra-sécurité sociale ;

– un mouvement de 458 millions d'euros de la CNAM vers la CNSA (taxe sur les salaires) ;

– un mouvement d'1 milliard d'euros de la CNAF vers la CNAM (taxe sur les salaires) ;

(1) *A fortiori*, au moyen d'une ressource fiscale « comportementale ».

– un mouvement de 283 millions d’euros de la MSA-base au RCO (droits « alcools »).

La tuyauterie « factorise » ces modifications, notamment sur la taxe sur les salaires, pour obtenir deux principales modifications.

1. Le changement de « clé » sur la taxe sur les salaires

a. Le changement en 2022

- La CNAM bénéficie donc :

– de 200 millions d’euros supplémentaires (transfert État) qui correspondent à ce qu’elle devait recevoir (compensation du « bandeau maladie » et de la baisse de dotation à l’EFS, notamment) ; cette partie n’exige pas de changement de « clé » de taxe sur les salaires ;

– de 500 millions d’euros à verser à la CNSA, sachant qu’un milliard de cette même taxe doit lui revenir depuis la CNAF ; la « clé » doit donc lui ajouter 500 millions d’euros de taxe sur les salaires (1 milliard par rapport à 2021 puisque l’article 6 a déjà prévu une baisse de la fraction).

C’est ce à quoi procède le 2° du A du I en relevant de 24,33 % à 31,64 % la fraction de la taxe sur les salaires affectée à la CNAM (+ 7,31 points), après que l’article 6 a fait passer cette fraction de 28,14 % à 24,33 % en 2021 (– 3,81 points).

● La CNSA, devenue affectataire de la taxe sur les salaires en 2021 en application de l’article 8, verrait la fraction qui lui est attribuée augmenter de 0,44 point (3,81 % à 4,25 %) pour compenser la prise en charge en 2022 du dispositif d’accueil des adultes français en situation de handicap dans les établissements belges (3° du A du I).

● Enfin, la CNAF qui financerait ponctuellement les indemnités journalières dérogatoires pour garde d’enfants à la CNAM verrait sa fraction de taxe sur les salaires diminuer de 7,75 points (18,49 % à 10,74 %) (1° du A du I).

Au total, ce mouvement de taxe sur les salaires est bien neutre, mais cette dernière prise en charge étant ponctuelle, il convient de le reprendre en 2023 en sens inverse.

Seul mouvement à avoir un impact sur les soldes des branches – les autres ayant des compensations en dépenses, la prise en charge du coût des indemnités journalières pour garde d’enfant améliore les comptes de la branche maladie (+ 500 millions d’euros en intégrant l’effet de transfert vers la CNSA) et détériore celui de la branche famille (– 1 milliard d’euros).

b. Un « quasi-retour à la normale » en 2023

Au 1^{er} janvier 2023, le transfert CNAF-CNAM serait revu en sens inverse.

Les 1° et 2° du B du I réattribuent 6,45 points de taxe sur les salaires de la branche maladie (31,64 % à 25,19 %) à la branche famille (10,74 % à 17,19 %). Ce « retour à la normale » en 2023, exercice qui ne connaîtrait plus de recours à des indemnités journalières obligatoires, n'est cependant pas total car il tiendrait compte du maintien résiduel de ces indemnités.

**AFFECTATION DE LA TAXE SUR LES SALAIRES
ISSUE DES ARTICLES 6 ET 17 DU PROJET DE LOI**

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | PLFSS 2022 | | |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | | | | | 2021* | 2022** | 2023*** |
| Maladie | 12,65% | 9,79% | 19,06% | 28,14% | 24,33% | 31,64% | 25,19% |
| Famille | 48,87% | 35,24% | 27,57% | 18,49% | 18,49% | 10,74% | 17,19% |
| Vieillesse | 38,48% | 44,97% | 53,37% | 53,37% | 53,37% | 53,37% | 53,37% |
| Autonomie | | | | | 3,81% | 4,25% | 4,25% |
| ACOSS | 0% | 10,00% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| Total | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

* A compter du 1er janvier 2021

** A compter du 1er janvier 2022

Source : ACOSS à partir du PLFSS 2022.

2. La réaffectation des droits « alcools »

Le II modifie l'affectation des droits « alcools » entre base et complémentaire au sein du régime des exploitants agricoles.

Le 1° retranche 12,92 points des droits de consommation sur l'alcool au régime de base, en modifiant l'article L. 731-3 du code rural qui prévoit ses ressources, quand le 2° augmente à due concurrence ces droits pour le RCO.

3. Impact global des mesures sur le solde des régimes

Comme chaque année, l'évaluation préalable de l'article de « tuyauterie » récapitule l'impact de l'ensemble de l'article sur les régimes concernés dans un tableau global, retracé ci-dessous.

TABLEAU RÉCAPITULATIF DE L'IMPACT DE L'ARTICLE 17 SUR LES RÉGIMES

| Organismes impactés (régime, branche, fonds) | Impact financier en droits constatés (en millions d'euros) | | | |
|---|--|-------|-------|------|
| | Coût ou moindre recette (signe -) | | | |
| | Économie ou recette supplémentaire (signe +) | | | |
| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
| <i>Régime général</i> | | | | |
| Maladie | 542 | - 458 | - 458 | 458 |
| Famille | - 1 000 | | | |

| | | | | |
|--|-------|-------|-------|-------|
| Autonomie | + 458 | + 458 | + 458 | + 458 |
| ROBSS hors RG | | | | |
| Branche vieillesse non-salariés agricoles | - 283 | - 283 | - 283 | - 283 |
| RCO | | | | |
| Retraites complémentaires non-salariés agricoles | + 283 | + 283 | +283 | + 283 |

Source : annexe 9 du PLFSS 2022.

*

* *

Article 18

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

Adopté par la commission sans modification

En application du cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale, le présent article vise l'approbation du montant des exonérations compensées par l'État aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, pour un montant de 5,4 milliards d'euros.

Ce montant est mentionné dans l'annexe 5 au présent projet de loi, retraçant l'ensemble des « niches sociales » en application également d'une obligation organique.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE INFORMATION INDISPENSABLE DU PARLEMENT SUR UN CHAMP EN CONSTANTE AUGMENTATION

Pour les besoins du présent commentaire, nous recourrons à la notion de « niches sociales », concept repris à la fois par la Cour des comptes dans ses travaux et les administrations centrales. Ce terme embrasse ainsi l'ensemble des pertes de recettes affectées aux organismes de sécurité sociale, issues de mesures normatives à des fins de politique publique, qui sont généralement de l'ordre de l'aide à l'emploi, à la formation ou de la solidarité envers les publics les plus fragiles. Ces « niches sociales » peuvent être de plusieurs ordres. Sont ainsi recensées, dans l'annexe 5 aux PLFSS :

– les exemptions d'assiette, qu'elles soient totales ou partielles. Intervenant « en premier » dans le calcul du montant de la « niche » concernée, ces exemptions exonèrent certains éléments de la rémunération de toute prise en compte dans le calcul du montant des cotisations dues au titre de cette rémunération ;

– les exonérations de cotisations sociales. Ces exonérations prennent principalement la forme de réduction des taux de cotisations sociales, mais peuvent également aboutir à l'absence de paiement d'une partie des cotisations de sécurité sociale ;

– les exonérations de toute autre recette contribuant au financement des régimes obligatoires de base, celles-ci pouvant être rapprochées des modalités habituelles de mise en œuvre des dépenses fiscales, puisqu'elles portent sur des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale (C3S, TSA...).

A. LE PRINCIPE : UNE INFORMATION TRANSPARENTE SUR LES MODALITÉS DE COMPENSATION

1. Une obligation de compensation ordinaire, puis organique

L'établissement de l'obligation d'une compensation par l'État des « niches sociales » est concomitant de la mise en place d'allègements généraux sur les bas salaires, dans la perspective de soutenir l'emploi. Première forme d'exonération générale des cotisations d'allocations familiales mise en place en 1993 ⁽¹⁾, cet allègement général a été renforcé et rationalisé sous la forme de la « réduction Fillon », en 2003 ⁽²⁾. Cette dernière a établi ainsi une réduction unique, à hauteur de 26 points au niveau du SMIC pour décroître ensuite et s'annuler à 1,6 SMIC.

Parallèlement au renforcement de la principale des « niches sociales », le législateur a prévu un mécanisme de compensation de la perte de recettes pour la sécurité sociale, par le biais de crédits budgétaires par l'État. Initialement inscrit dans la loi « Veil » de 1994 ⁽³⁾, le principe de compensation s'appliquait initialement :

– à toute mesure de réduction ou d'exonération dans le champ des seules cotisations de sécurité sociale ;

– à condition que ces mesures aient été instituées après l'entrée en vigueur de la loi, le 25 juillet 1994.

Ce principe a toutefois été étendu à l'ensemble des contributions affectées aux régimes obligatoires de base ainsi qu'aux organismes qui sont chargés de l'amortissement de leur dette ou de concourir à leur financement, ainsi qu'aux réductions totales ou partielles des assiettes de ces contributions ⁽⁴⁾. Surtout, le législateur organique a prévu, en 2005, que « *seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération des cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

Ces règles n'ont toutefois pas empêché le développement des « niches sociales », compensées par plusieurs biais :

– en premier lieu, conformément à l'esprit et à la lettre de la lecture combinée des articles L. 131-7 et L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, quarante-sept mesures de réduction ou d'exonération ont fait, depuis, l'objet d'une disposition expresse de non-compensation en loi de financement de la sécurité sociale ;

(1) Loi n° 93-953 du 27 juillet 1993 relative au développement de l'emploi et de l'apprentissage.

(2) Loi n° 2003-47 du 12 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi. Cette extension est cohérente avec l'extension du champ de la loi organique.

(3) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(4) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

– en deuxième lieu, le principe de compensation, que vient retranscrire le présent article, a été appliqué dans toutes les LFSS en vertu des obligations organiques retracées ci-dessous ;

– enfin, et surtout, la compensation des exonérations a progressivement évolué d’une reprise des crédits budgétaires à l’affectation de ressources fiscales « pour solde de tout compte ». Cette pratique, qui peut s’expliquer notamment par les montants actuels des exonérations, conduit toutefois à dévoyer partiellement le principe de la loi « Veil » de responsabilisation des ministères concernés, à raison des conséquences directes sur leurs crédits des exonérations sociales, créées, prolongées ou renforcées.

2. Informer le Parlement sur l’application des compensations

Le recours toujours accru aux « niches sociales » a conduit le législateur organique à prévoir un contrôle renforcé du Parlement, et donc des citoyens, quant à leur montant, leur utilisation, leur efficacité et leurs modalités de compensation. Deux dispositions participent de cette information :

– la nécessité d’une approbation du montant des compensations par l’État des exonérations, exemptions d’assiettes et réductions de taux aux organismes de sécurité sociale au sens large, qui justifie le présent article ⁽¹⁾;

– une annexe dédiée à l’estimation du montant de la compensation due par l’État au titre des « niches sociales » et destinée à informer les parlementaires et les citoyens sur l’ensemble des dispositifs afférents, ceux qui ont été introduits pendant l’année précédente ou l’année en cours, ainsi que l’ensemble des mesures prévues pour l’année à venir ⁽²⁾.

L’information présentée dans cette annexe a été progressivement enrichie à mesure que le champ des exonérations lui-même s’est étoffé. Les évolutions les plus récentes ont ainsi concerné la CSG, prélèvement pour lequel les principales exonérations prennent la forme d’un taux réduit.

B. LE CONTEXTE : UNE AUGMENTATION SENSIBLE DES DÉPENSES, EN VOIE DE STABILISATION, ET UNE DOCTRINE DE COMPENSATION FLUCTUANTE

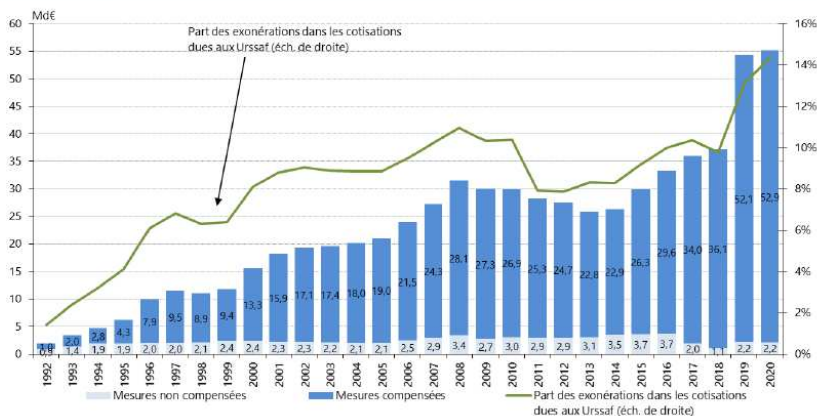
1. Une augmentation rapide du montant des « niches sociales », principalement tirée par les allègements généraux

La trajectoire pluriannuelle récente du montant des « niches sociales » a été ascendante, avec une accélération marquée ces dernières années, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

(1) Disposition inscrite au c du C du I de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Disposition inscrite au 5° du III de l’article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Rapport des exonérations aux cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF par les employeurs :



Source : ACOSS
 Champ : employeurs relevant du régime général pour les cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF (hors FNAL, CSA, cotisations chômage et AGS et hors cotisations des indépendants).
 Note : le champ couvert par le graphique diffère du champ du tableau ci-dessous car il se limite aux seules cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF. Il ne comprend donc pas la totalité des cotisations et exonérations patronales, ni les exonérations et cotisations du secteur agricole, ni les cotisations et exonérations des indépendants.

Source : PLFSS 2022, annexe 5.

La prolongation de ce graphique avec les données recueillies depuis 2018 dans les documents annexés aux PLFSS témoigne d’une montée en puissance de l’ensemble des niches sociales.

ÉVOLUTION DU MONTANT DE L’ENSEMBLE DES « NICHES SOCIALES » RECENSÉES DANS LE CHAMP DE L’ANNEXE 5

(en milliards d’euros)

| Année | Montant des niches dans le champ de l’annexe 5 |
|-------|--|
| 2016 | 44,7 |
| 2017 | 46,5 |
| 2018 | 48,4 |
| 2019 | 57 |
| 2020 | 63,1 |

Source : commission des affaires sociales.

La principale explication de cette augmentation de près de 50 % entre 2016 et 2020 tient aux montants alloués aux allégements généraux, selon la chronique suivante :

- le « pacte de responsabilité et de solidarité » ⁽¹⁾, qui a porté le dispositif vulgarisé sous le nom de « zéro charges » sur les rémunérations au niveau du SMIC, a abouti à une exonération de l’ensemble des cotisations sociales pour les

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

rémunérations à hauteur du SMIC, à l'exception des cotisations de la branche AT-MP, soumises à un dispositif spécial en raison de leur nature en partie assurantielle. Cette exonération supplémentaire a été estimée à 1,4 milliard d'euros ;

– la réduction des cotisations d'allocations familiales de 1,8 point sur les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC, également comprise dans le même « pacte », dont le coût était de 4,5 milliards d'euros en 2015, et de 7,8 milliards d'euros en 2019 ;

Enfin, plus récemment et toujours dans la perspective d'améliorer la compétitivité des entreprises, d'augmenter le pouvoir d'achat des travailleurs comme de favoriser l'employabilité des travailleurs touchant les rémunérations les plus faibles, l'article 9 de la LFSS 2018 ⁽¹⁾ a :

– intégré dans la réduction dégressive des cotisations patronales les cotisations dues au titre des régimes de retraite complémentaire et les contributions au financement de l'assurance chômage, soit une augmentation totale de 10 points des exonérations ;

– diminué de 6 points, sur le même modèle que la réduction des cotisations d'allocations familiales, les cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations inférieures au seuil de 2,5 SMIC. Le coût de cette dernière réduction est estimé à 22 milliards d'euros pour l'année 2019.

L'ensemble de ces exonérations dont bénéficient tous les salariés représente aujourd'hui plus de 85 % du montant de l'ensemble des « niches sociales ».

Le niveau général d'exonération a toutefois connu une certaine stabilité depuis deux ans, le législateur social financier n'adoptant que des exonérations sectorielles ⁽²⁾ ou des renforcements d'exonérations spécifiques existantes ⁽³⁾. Cette stabilité, dans le contexte économique actuel de « rebond » de l'activité, après la forte diminution du PIB en 2020, contribue à la diminution actuelle du taux de chômage ⁽⁴⁾.

2. Une doctrine fluctuante de compensation d'exonérations

Malgré l'inscription « en dur » des modalités de compensation entre l'État et la sécurité sociale, la pratique a entraîné un contournement assez régulier de la

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

(2) La LFSS 2021 a ainsi supprimé la « surcotisation » patronale sur la prime de feu versée aux sapeurs-pompiers professionnels, afin de compenser, pour les collectivités territoriales, l'augmentation de 100 euros nets mensuels de cette prime.

(3) Les lois de financement pour 2020 et pour 2021 se sont ainsi traduites par une extension progressive de l'exonération « LODEOM » et plus précisément de son dispositif dit de « compétitivité renforcée » à de nouveaux secteurs comme la presse et la production audiovisuelle.

(4) Le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail était de 8 % au deuxième trimestre de 2021 selon l'INSEE, soit un niveau identique à celui de la fin de l'année 2019 (Informations rapides de l'INSEE, n° 207, 13 août 2021).

règle fixée à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, avant tout par l'inscription d'exceptions dans ce même article. L'identification des mesures qui n'avaient pas à faire l'objet d'une compensation a toutefois largement fluctué ces dernières années, tant en raison de l'évolution des comptes sociaux et de l'État que de l'évolution des réflexions sur ce sujet.

Les fluctuations dans la compensation des exonérations pour favoriser le recrutement de travailleurs précaires

Outre la réduction dégressive de cotisations sociales patronales évoquée supra, un certain nombre de dispositifs visent à encourager le recrutement de publics éloignés de l'emploi, qu'il s'agisse des stagiaires, des apprentis ou encore des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), applicable jusqu'en 2023.

Ces exonérations sont généralement compensées par l'État, en application du principe implicite de la loi « Veil » selon lequel les ministères responsables de politiques publiques dont ils font porter la charge aux organismes de sécurité sociale doivent compenser « à l'euro l'euro » les dépenses engagées. C'est effectivement le cas pour le dispositif TO-DE, bien que seule la part « excédentaire » par rapport au scénario contrefactuel d'application des allègements généraux de droit commun soit prise en charge par les crédits budgétaires du ministère de l'agriculture. De la même manière, la mission *Travail et emploi* comprend une ligne budgétaire consacrée à la compensation de l'exonération de la totalité des cotisations sociales sur les contrats d'apprentissage par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public.

Pour autant, par dérogation expresse à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la « franchise de cotisations » sur les gratifications versées aux stagiaires en milieu professionnel, destinée à encourager leur recrutement, n'est pas compensée, pour un coût global d'environ 100 millions d'euros.

L'application du principe selon lequel les exonérations « ciblées » sont l'apanage de la compensation quand les exonérations générales ne peuvent être inscrites au crédit d'aucun ministère connaît donc des exceptions. Il est notable par ailleurs que les principaux allègements généraux font l'objet, depuis 2011, d'une affectation de recettes fiscales, principalement par le biais d'une fraction de TVA. Celle-ci a en retour un effet massif sur la structure des recettes affectées aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : l'affectation de TVA nette à la sécurité sociale, estimée à 580 millions d'euros en 2018, serait de 40,6 milliards d'euros en 2021.

Ces fluctuations annuelles dans les modalités de compensation, tout comme l'ampleur de ces dernières, ont conduit à des réflexions inscrites notamment dans le rapport de MM. Christian Charpy et Julien Dubertret, remis au Parlement par le Gouvernement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, dans la perspective de rénover les relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

Pour rappel, deux recommandations relevaient du champ de la rationalisation des relations entre l'État et la sécurité sociale :

– la première visait à faire évoluer les principes de compensation des mesures générales de baisses de prélèvements obligatoires. Dans le cas des allègements généraux, en particulier, le rapport interrogeait le principe de compensation intégrale dans le contexte d'un régime général de sécurité sociale excédentaire et de déficits répétés de l'État. Il envisageait d'en « *partager le coût à moyen terme selon une trajectoire compatible avec le remboursement de l'ensemble de la dette sociale à 2024* » ;

– la seconde prévoyait le maintien de la règle de compensation pour les exonérations ciblées. La piste d'un partage des coûts évoquée *supra* ne devrait donc pas s'appliquer pour ces exonérations, qui auraient pu prendre la forme de dotations budgétaires. Il était donc considéré comme « *vertueux que les ministères porteurs de ces politiques en assument la responsabilité* ».

Ce rapport a été remis dans un contexte budgétaire diamétralement opposé à celui que nous connaissons aujourd'hui. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux ainsi que l'extinction prévue de la dette sociale à l'horizon 2024 laissaient entrevoir des marges de manœuvre pour que les régimes de base de la sécurité sociale prennent une place accrue dans la limitation du déficit porté, à l'inverse, continûment par l'État.

Ces préconisations avaient déjà commandé l'évolution des compensations pour l'année 2019. En application des dispositions combinées de l'article 19 du PLFSS et de l'article 36 du PLF, les diminutions de prélèvements obligatoires n'ont donné lieu à aucune compensation. Il en est allé ainsi de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires pour l'année 2019, puis, pour l'année 2020 :

– de la suppression du forfait social au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés et au titre de la participation pour les entreprises de moins de 50 salariés ;

– de la création d'un taux médian de 6,6 % de CSG pour les retraités modestes ;

– de l'exonération de cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique ou du plafonnement de la compensation des exonérations au titre du dispositif des « jeunes entreprises innovantes ».

Comme en LFSS 2021, compte tenu de la trajectoire pluriannuelle présentée par ce projet de loi, les prérequis sur lesquels s'appuyait le rapport sont obsolètes, et il semble nécessaire de relancer le « chantier » de la modernisation et de la lisibilité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale dans un contexte budgétaire durablement dégradé.

C. LES PISTES D'AMÉLIORATION : MIEUX ÉVALUER, RATIONALISER LES MODALITÉS DE COMPENSATION

1. Des modalités déficientes d'évaluation et de contrôle des « niches sociales »

Les failles dans l'information fournie aux parlementaires dans le cadre de l'annexe 5 avaient été relevées en 2019 par la Cour des comptes dans son rapport d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale. Le rapport d'application sur les lois de financement remis en 2021 souligne les améliorations apportées au recensement des exonérations, mais continue de regretter :

– l'absence de reconnaissance de la prise en charge par la sécurité sociale de certains dispositifs, comme une partie des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) par l'assurance maladie ou les cotisations et contributions sociales dues sur les salaires des assistantes maternelles dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) ;

– l'absence totale ou partielle de chiffrage pour certaines exemptions d'assiette, comme celles des indemnités des élus locaux. Le rapporteur doit toutefois reconnaître la difficulté de chiffrer de telles exemptions, compte tenu de l'absence, par définition, de données susceptibles d'être recensées par les services de l'URSSAF Caisse nationale, dans les déclarations sociales nominatives (DSN) des entreprises.

2. Une clarification de l'affectation des recettes : vers un domaine réservé des lois de financement de la sécurité sociale

Le rapport remis par MM. Charpy et Dubertret précité avait également proposé une rationalisation des recettes fiscales de la sécurité sociale, afin que n'y soient affectées que les cotisations sociales, la CSG et les taxes comportementales ou destinées à avoir un impact direct sur les politiques de sécurité sociale, et de compenser les recettes réaffectées à l'État par une fraction supplémentaire de TVA.

La simplification des recettes affectées à la sécurité sociale pourrait aller de pair avec leur « sanctuarisation » organique, en miroir de ce qu'il est prévu pour les lois de finances. Si la préservation de recettes propres à la sécurité sociale doit beaucoup à la loi « Veil », les pratiques actuelles de compensation rendent plus difficilement lisible ce principe pourtant essentiel et rappelé récemment par le Haut Conseil du financement de la protection sociale ⁽¹⁾ : « *il apparaît nécessaire de clarifier les relations entre le budget de l'État et la sécurité sociale afin de disposer d'une règle compréhensible et stable. Le principe d'une préservation des recettes de la sécurité sociale doit être maintenu d'une manière générale, car seule une telle règle simple et lisible permet de s'assurer que la trajectoire financière pluriannuelle est sincère.* »

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives, novembre 2019.

C'est dans cette perspective que le rapporteur général a entendu, au sein de la proposition de loi organique relative aux LFSS ⁽¹⁾, adoptée par l'Assemblée nationale en juillet 2021, puis par le Sénat en septembre, renforcer le champ de protection des ressources de la sécurité sociale. Le dispositif se présente comme un encadrement de la création de « niches sociales » dans le temps, pour une durée de trois ans, dans tout texte autre que les LFSS. Ce dispositif, inspiré notamment des dispositions adoptées au sein de la dernière loi de programmation des finances publiques (LFPF), pour la période 2018-2022 ⁽²⁾, ne heurte pas le droit d'amendement des parlementaires, ni le droit d'initiative gouvernemental. Concrètement, il sera loisible au Gouvernement comme aux parlementaires de :

– créer tout type de nouvelles exonérations ou de modifications d'exonérations existantes de contributions et de cotisations sociales en loi de financement ;

– créer tout type de nouvelles exonérations ou de modifications d'exonérations existantes de contributions et de cotisations sociales dans un autre texte que la loi de financement, sous réserve de prévoir sa limitation à une durée maximale de trois ans.

Il sera évidemment loisible au Gouvernement comme aux parlementaires de prévoir la « pérennisation » du dispositif adopté dans un texte ordinaire ou en loi de finances, dans une prochaine loi de financement.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : APPROUVER LE MONTANT DE LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS, À HAUTEUR DE 5,4 MILLIARDS D'EUROS POUR 2022

En application des dispositions organiques évoquées *supra*, le présent article vise l'approbation du montant des exonérations compensées aux organismes de base de la sécurité sociale, tel qu'inscrit dans l'annexe 5.

A. UN CONTEXTE SPÉCIFIQUE : L'APPLICATION D'EXONÉRATIONS DE COTISATIONS COMPENSÉES POUR SOUTENIR L'ACTIVITÉ

La trajectoire des exonérations appelle des commentaires spécifiques sur la situation actuelle, notamment au regard de l'ensemble des exonérations mises en œuvre pour accompagner les entreprises, les salariés, les indépendants et les artistes-auteurs face aux conséquences de la crise sanitaire.

(1) Proposition de loi organique n° 4111 rectifiée relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) L'article 21 de la LFPF 2018-2022 prévoit, dans son II, que « les créations ou extensions d'exonérations ou abattements d'assiette et de réductions de taux s'appliquant aux cotisations et contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement, instaurées par un texte promulgué à compter du 1^{er} janvier 2018 ne sont applicables que pour une durée maximale de trois ans, précisée par le texte qui les institue. »

Les outils de soutien dans la sphère sociale ont principalement pris la forme de l'activité partielle, d'exonérations de cotisations, d'aides au paiement de ces mêmes cotisations ou de reports de leur paiement. Mis en œuvre initialement par la troisième loi de finances rectificative pour 2020 ⁽¹⁾, les exonérations, intégralement compensées, ont coûté 4,9 milliards d'euros à l'État, en dehors du dispositif de l'activité partielle.

Les entreprises éligibles, à savoir les entreprises de moins de 250 salariés des secteurs les plus touchés par la crise économique comme les entreprises des secteurs qui ont fait l'objet d'une interdiction d'accueil du public affectant de manière prépondérante leur activité, ont ainsi bénéficié d'une exonération, pour les périodes :

- de février à mai 2020 ;
- du 1^{er} septembre 2020 jusqu'à la levée, progressive, des restrictions ⁽²⁾.

L'effet de l'exonération en 2020 est maximal pour les salariés concernés, puisque le taux de cette exonération atteint 26 % pour l'ensemble des salariés. Si cela ne change que marginalement le financement par l'employeur de la protection sociale de salariés rémunérés au voisinage du SMIC, déjà bénéficiaires des allègements généraux sur les bas salaires ⁽³⁾, le taux de l'exonération « Covid » augmente marginalement avec l'augmentation des salaires.

L'aide au paiement, à hauteur de 20 % jusqu'à mai 2021, date à partir de laquelle son taux a été ramené à 15 %, a permis, quant à elle, aux employeurs de payer les cotisations patronales restant dues aux organismes de recouvrement, mais aussi d'imputer le montant de cette aide sur le paiement des cotisations salariales.

(1) Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

(2) En application de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(3) Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

Tableau 3 • Taux des aides « Covid » au regard des cotisations dues

| | 1 Smic | 1,3 Smic | 1,6 Smic | 2,5 Smic | 3,5 Smic | 5 Smic |
|---|--------|----------|----------|----------|----------|--------|
| Taux faciaux de cotisations patronales (avant application des AG et taux réduits de droit commun) | 46,2% | 46,2% | 46,2% | 46,2% | 46,2% | 46,2% |
| Allègements généraux (AG) | -32,1% | -12,7% | 0,0% | 0,0% | 0,0% | 0,0% |
| Réduction de taux maladie et famille | -7,8% | -7,8% | -7,8% | -7,8% | -1,8% | 0,0% |
| Taux de cotisations patronales restant dues après AG et taux réduits | 6,3% | 25,7% | 38,4% | 38,4% | 44,4% | 46,2% |
| Taux d'exonération "Covid" | 0,0% | -13,7% | -26,0% | -25,1% | -30,7% | -29,1% |
| Ratio Taux d'exonération "Covid" / Taux de cotisations patronales restant dues | 0% | 53% | 68% | 65% | 69% | 63% |
| Taux de cotisations restant dues après AG, taux réduits et exonération "Covid" | 6,3% | 12,0% | 12,3% | 13,3% | 13,7% | 17,1% |
| Taux aide au paiement | -20,0% | -20,0% | -20,0% | -20,0% | -20,0% | -20,0% |
| Ratio (Exonération "Covid" + aide au paiement) / Cotisations patronales restant dues | -316% | -131% | -120% | -117% | -114% | -106% |

Source : DSS/EPF/6C

Note : le taux facial correspond au barème des cotisations patronales de sécurité sociale avant tout dispositif d'allègement ou de réduction de taux. Il s'établit à 46,2% dont 33,8% sur le champ des allègements généraux, cf. encadré 1 et tableau 2. Les autres cotisations intégrées dans ce taux sont, pour les cotisations de sécurité sociale, la part non mutualisée du taux AT-MP, et pour le champ hors sécurité sociale, les contributions à la construction, à l'apprentissage, à la formation professionnelle et aux transports.

Lecture : pour un salarié dont la rémunération est équivalente à 1,3 Smic, l'application des allègements généraux et des réductions de taux conduisent à un taux de cotisations restant dues de 25,7%. Pour ce niveau de rémunération, le taux d'exonération « Covid » s'établit à 13,7% (soit environ la moitié, 53%, des cotisations restant dues). L'aide au paiement qui complète le dispositif d'exonération est calculée comme 20% de l'assiette de cotisations et permet donc de couvrir un montant supérieur à celui dû au titre d'un mois donné. Ainsi pour un salarié dont la rémunération équivaut à 1,3 Smic, les deux dispositifs (exonération « Covid » et aide au paiement) peuvent s'élever jusqu'à 1,3 fois le montant des cotisations dues (131%).

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021.

Pour un salarié rémunéré à 1,3 SMIC, l'employeur disposait donc d'une « réduction » de fait de 8 % du montant des cotisations salariales.

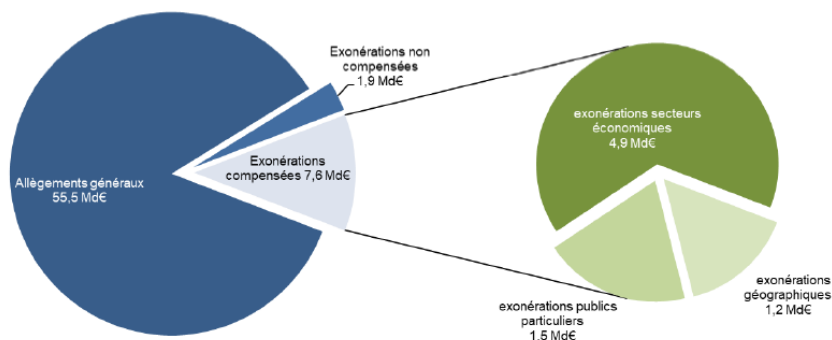
La loi de finances rectificative pour 2021 ⁽¹⁾ a engagé une « normalisation » progressive des exonérations, compte tenu de la diminution de la prévalence de l'épidémie. Elle a ainsi diminué le montant de l'aide au paiement des cotisations, pour les entreprises, à hauteur de 15 % ⁽²⁾. Cette même loi a prolongé des dispositifs spécifiques de réduction des cotisations à destination des travailleurs indépendants, des travailleurs non-salariés agricoles, des mandataires sociaux ainsi que des artistes-auteurs, sous réserve d'une appréciation de l'impact de la crise sanitaire sur leurs chiffres d'affaires ou leurs revenus.

Le bilan de ces exonérations a abouti à réviser à la hausse la prévision de compensation des exonérations telle qu'elle était prévue en LFSS 2021 ⁽³⁾, qui était de 5,3 milliards d'euros.

(1) Loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021.

(2) Article 25 de la loi précitée.

(3) Article 41 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.



Source : Direction de la sécurité sociale

Note : Les montants des mesures compensées présentés ci-dessus comprennent les allègements généraux de cotisations sociales patronales sur les bas salaires, y compris les taux réduits d'allocations familiales et maladie, et mesures d'exonérations ciblées.

Source : annexe 5 du PLFSS 2022.

L'annexe 5 au PLFSS 2022 montre les écarts suivants entre les prévisions pour l'année 2021, dans le champ des ROBSS et du FSV, principalement expliqués par la mise en œuvre ou la prolongation des exonérations de cotisations sociales et de l'aide au paiement :

ÉCARTS ENTRE LES PRÉVISIONS DU PLFSS 2021 ET DU PLFSS 2022, POUR L'EXERCICE 2021

(en milliards d'euros)

| | Prévisions pour 2021 en LFSS 2021 | Prévisions pour 2021 en PLFSS 2022 |
|---|--|---|
| Montant des allègements généraux pour l'année 2021 | 51,8 | 50,8 |
| Exonérations ciblées compensées, hors crise | 5,4 | 5,9 |
| Total des exonérations, hors mesures exceptionnelles pour faire face à la crise | 66,6 | 67,6 |
| Total des exonérations, y compris les mesures exceptionnelles pour faire face à la crise | 67,4 | 71,5 |

Source : annexes 5 des PLFSS 2021 et 2022.

Les prévisions pour 2022, également issues de l'annexe 5 du présent PLFSS, témoignent d'une croissance soutenue des exonérations, sur l'ensemble des points évoqués dans le tableau ci-dessus :

– les allègements généraux sont prévus à hauteur de 54,9 milliards d'euros, soit un niveau supérieur au « sommet » atteint en 2019 de 52,9 milliards d'euros ;

– le montant des exonérations ciblées, hors « dispositifs de crise », s'élèverait à 6,1 milliards d'euros, soit 200 millions d'euros de plus que l'exécution en 2021 ⁽¹⁾ ;

– le total des exonérations, là-encore hors « dispositifs de crise », serait de 72,1 milliards d'euros, contre 67,6 milliards en 2021 ;

– compte tenu du faible niveau attendu de mobilisation des aides et exonérations exceptionnelles en 2022, le total de l'ensemble des exonérations serait de 72,6 milliards d'euros, soit seulement 100 millions de plus qu'en 2021.

La légère progression du montant des exonérations tient donc de l'augmentation de 4 milliards d'euros du montant des allègements généraux par rapport à 2021, compensée par l'absence de mise en œuvre des dispositifs de crise qui auront mobilisé, en 2021, également 4 milliards d'euros, soit 2,2 milliards au titre des exonérations et 1,8 milliard au titre de l'aide au paiement.

(1) Le montant total des exonérations ciblées mentionnées ici ne correspond pas au montant approuvé dans le cadre du présent article, pour plusieurs raisons de périmètre, parmi lesquelles on recense la prise en compte de la compensation de l'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi (TO-DE) par une fraction de 400 millions d'euros de TVA.

B. LA DÉCLINAISON DE LA COMPENSATION DES COTISATIONS

S'agissant des mesures compensées, les crédits budgétaires consacrés à la compensation s'élèvent à 5,4 milliards d'euros, dans le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale :

Montant de la compensation 2020 – 2022 (G)

| Code | Mesures | Versements 2020 | LFI 2021* | | | PLF 2022 | | |
|-------|--|--------------------|--------------|------------|--------------|--------------|------------|--------------|
| | | | ROBSS | Hors ROBSS | Total | ROBSS | Hors ROBSS | Total |
| | MESURES CIBLÉES COMPENSÉES | 6 083 | 5 301 | 934 | 6 236 | 5 300 | 967 | 6 359 |
| | DÉDUCTIONS SUR LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES | 538 | 617 | - | 617 | 602 | - | 602 |
| 01105 | Déductions sur les heures supplémentaires | 538 | 617 | - | 617 | 602 | - | 602 |
| | MESURES CIBLÉES SUR CERTAINS PUBLICS | 1 375 | 819 | 195 | 1 014 | 1 138 | 303 | 1 441 |
| 02100 | Contrat d'apprentissage : à partir de 2019, uniquement exonération salariale secteur privé et exonération patronale secteur public | 590 | 400 | 195 | 595 | 636 | 303 | 939 |
| 03310 | Structures d'aide sociale (CHRS / Emmaüs) | 10 | 8 | - | 8 | 9 | - | 9 |
| 11110 | Aide aux créateurs repreneurs d'entreprise (tit cumul Auto-entr-ACRE) | 762 | 393 | - | 393 | 476 | - | 476 |
| 09300 | Prise en charge d'une fraction des cotisations vieillesse pour les artistes-auteurs | 13 | 18 | - | 18 | 18 | - | 18 |
| | MESURES CIBLÉES SUR CERTAINS SECTEURS ÉCONOMIQUES | 2 713 | 2 529 | 396 | 2 925 | 2 378 | 346 | 2 727 |
| 05100 | Dédution forfaitaire service à la personne | 390 | 410 | - | 410 | 401 | - | 401 |
| 06105 | Exonération travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi *** | 125 | 55 | 72 | 127 | 56 | 74 | 130 |
| 04100 | Jeunes entreprises innovantes | 197 | 203 | - | 203 | 263 | - | 263 |
| 04100 | Jeunes entreprises universitaires | 2 | 3 | - | 3 | 3 | - | 3 |
| 10105 | Exonération en faveur des marins salariés | 36 | 42 | - | 42 | 43 | - | 43 |
| 10105 | Exonération de cotisations pour les entreprises maritimes | 26 | 13 | 16 | 29 | - | - | - |
| 07100 | Porteurs de presse | 9 | 13 | - | 13 | 11 | 11 | 22 |
| 07105 | Correspondants locaux de presse | - | - | - | - | 13 | - | 13 |
| 08100 | Cotisations des sportifs de haut niveau | 2 | 3 | - | 3 | 3 | - | 3 |
| 05110 | Aide à domicile employée par une assoc. ou une entreprise auprès d'une personne fragile | 1 105 | 919 | 308 | 1 227 | 696 | 261 | 957 |
| 05105 | Aide à domicile employée par un particulier fragile | 810 | 851 | - | 851 | 875 | - | 875 |
| 03316 | Exonération Ateliers chantiers d'insertion (ACI) : à partir de 2019, secteur public uniquement | 11 | 14 | - | 14 | 15 | - | 15 |
| 08100 | Arbitres sportifs | - | 3 | - | 3 | 3 | - | 3 |
| | MESURES CIBLÉES SUR CERTAINS SECTEURS GÉOGRAPHIQUES | 1 458 | 1 336 | 344 | 1 680 | 1 271 | 318 | 1 589 |
| 03100 | Création d'emplois en zones de revitalisation rurale (ZRR) | 31 | 31 | - | 31 | 26 | - | 26 |
| 03105 | Organismes d'intérêt général et associations en ZRR | 63 | 82 | - | 82 | 82 | - | 82 |
| 03100 | Création d'emplois en zones de redynamisation urbaine (ZRU) et en zones franches urbaines (ZFU) | 6 | 5 | - | 5 | 2 | - | 2 |
| 03120 | Bassins d'emploi à redynamiser (BER) | 18 | 11 | - | 11 | 7 | - | 7 |
| 03200 | Contrat d'accès à l'emploi en outre mer | 0 | - | - | - | 0 | - | 0 |
| 03205 | Entreprises en outre mer | 1 210 | 1 071 | 344 | 1 415 | 998 | 318 | 1 315 |
| 03210 | Travailleurs indépendants implantés en outre mer | 109 | 116 | - | 116 | 119 | - | 119 |
| 03225 | Dédution forfaitaire service à la personne dans les DOM (3,50€ par heure) | 19 | 20 | - | 20 | 37 | - | 37 |
| 03125 | Zones de reconstruction de la défense (ZRD) | 2 | 1 | - | 1 | 1 | - | 1 |
| 03310 | Médecins cumul emploi-retraite en zone de montagne sous dense | - | - | - | - | - | - | - |

* Montant des crédits LFI 2021 hors crédits du P360 intervenus en LFR du 30 juillet 2020.

Source : annexe 5 du PLFSS 2022.

L'augmentation de 100 millions d'euros, dans le champ des crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2022, en comparaison des prévisions pour l'année 2021 telles qu'elles étaient traduites par le montant des crédits en loi de finances initiale pour 2021 ⁽¹⁾, s'explique principalement par la reprise de l'activité économique en 2022.

*

* *

(1) Loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021.

Articles 19 et 20
**Approbation des tableaux d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de
solidarité vieillesse pour 2022**

Adopté par la commission sans modification

Les articles 19 et 20 portent approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir respectivement de l'ensemble des régimes obligatoires et du régime général. Ils font état d'un déficit de 22,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, et de 21,6 milliards pour le régime général, en intégrant dans un cas comme dans l'autre le Fonds de solidarité vieillesse.

**I. LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV EN 2022 : UNE
AMÉLIORATION SENSIBLE DES COMPTES**

L'**article 19** permet d'approuver l'annexe C du projet de loi, qui retrace, conformément ce que prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche sous la forme d'un tableau pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

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

« C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

À cette fin :

« a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ; »

Ces dispositions sont déterminantes au sein de la loi de financement puisqu'elles établissent les conditions générales de l'équilibre financier pour l'année à venir, en intégrant les tendances, les mesures nouvelles et les transferts sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer.

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

A. UNE PRÉVISION AMÉLIORÉE PAR RAPPORT À LA LFSS 2021

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2022 avec les prévisions de la LFSS 2021, telles qu'elles figuraient dans son annexe B :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2022 AVEC LA PRÉVISION DE LA LFSS 2021

(en milliards d'euros)

| | Prévisions « annexe B » pour 2022 (PLFSS 2021) | | | Prévisions initiales 2022 (PLFSS 2022) | | |
|------------------------------|---|----------|--------|---|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 249,3 | 257 | - 7,6 | 253,1 | 256,6 | - 3,6 |
| Maladie | 202,8 | 221 | - 19,7 | 209,9 | 229,6 | - 19,7 |
| Famille | 51,3 | 49,7 | 1,6 | 51,4 | 49,7 | 1,7 |
| Autonomie | 32,2 | 32,7 | - 0,5 | 33,3 | 34,2 | - 0,9 |
| AT-MP | 15,4 | 14,2 | 1,2 | 15,6 | 14,1 | 1,4 |
| Total | 536,7 | 560,2 | - 23,5 | 548,4 | 569,5 | - 21 |
| Total incluant le FSV | 535,5 | 560,7 | - 25,2 | 547,2 | 569,8 | - 22,6 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Cette comparaison permet d'illustrer, comme pour l'arrêt des comptes 2018 ou la rectification des comptes 2019, l'évolution des prévisions sur l'année écoulée.

Il faut souligner toutefois un « biais » comparatif, puisque les prévisions de l'annexe B n'intègrent pas de mesures nouvelles pour l'année N+2 autres que la « tenue » de l'ONDAM et les mesures aux effets pluriannuels votées lors de l'examen en fin d'année N de la loi de financement pour l'année N+1.

L'exercice de la prévision macroéconomique et budgétaire étant ce qu'il est, il n'est par ailleurs pas anormal que les écarts de prévisions s'accroissent, l'exercice de prévision du solde en fin d'année 2022 début octobre 2020 étant par construction complexe, même hors événements exceptionnels.

La reconstruction de la « clef de passage », fortement liée à la crise sanitaire cette année, entre ces prévisions « vieilles » d'une petite année et l'équilibre prévu par le Gouvernement pour 2022 dans le présent projet de loi nécessite de se pencher tant sur le changement de contexte macroéconomique que sur les mesures nouvelles que contient le présent projet de loi.

1. Le changement d'hypothèses macroéconomiques pour 2022

• Dans l'annexe B de la LFSS 2021, le Gouvernement « tablait » sur un certain nombre d'hypothèses de croissance, de masse salariale, d'inflation et d'évolution de l'ONDAM. Les nouvelles hypothèses proposées dans le présent

projet de loi sont différentes, d'autant qu'elles doivent être rectifiées fortement sur deux années consécutives.

Le tableau ci-dessous compare ces prévisions, en retenant l'ensemble du « film » qui s'est déroulé entre 2020 et 2022. Compte tenu des écarts importants de prévisions en 2020 et en 2021, il est en effet préférable de ne pas se focaliser sur l'évolution annuelle qui est très dépendante des « effets de base ».

**COMPARAISON DES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES
DE LA LFSS 2021 ET DU PLFSS 2022**

| | Prévisions 2020-2022 (LFSS 2021) | | | | Prévisions 2020-2022 (PLFSS 2022) | | | | Écart d'évolutions 2020-2022 |
|------------------------|-------------------------------------|--------|--------|----------------------------|--------------------------------------|--------|----------|----------------------------|------------------------------------|
| | 2020 | 2021 | 2022 | Évolution 2020- 2022 | 2020 | 2021 | 2022 | Évolution 2020- 2022 | |
| PIB en volume | - 11,00 % | 6,00 % | 6,70 % | 0,66 % | - 7,90 % | 6,00 % | 4,00 % | 1,53 % | 0,87 % |
| Masse salariale privée | - 8,90 % | 4,80 % | 7,90 % | 3,02 % | - 5,70 % | 6,20 % | 6,10 % | 6,26 % | 3,24 % |
| Inflation hors tabac | 0,20 % | 0,60 % | 1,00 % | 1,81 % | 0,20 % | 1,40 % | 1,50 % | 3,13 % | 1,32 % |
| ONDAM | 9,20 % | 2,30 % | 0,90 % | 12,72 % | 9,40 % | 7,40 % | - 0,60 % | 16,79 % | 4,07 % |
| ONDAM hors covid | 3,10 % | 6,20 % | 2,90 % | 12,67 % | 3,30 % | 6,60 % | 3,80 % | 14,30 % | 1,63 % |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Cet exercice nous apprend en effet que si la prévision 2022 est moins optimiste que la prévision « annexe B » 2021, l'amélioration de l'ensemble de la séquence 2020-2021-2022 explique de manière plus convaincante l'amélioration très nette des prévisions 2022.

En résumé, sur l'ensemble de la période :

– la croissance économique est supérieure de 0,87 point à ce qui était attendu, ce qui laisse à penser que les ressources fiscales sont au moins aussi dynamiques ; aucune hypothèse fiable sur ces ressources ne permet malheureusement de rapporter ce taux d'évolution en milliards d'euros de recettes, chaque ressource fiscale ayant sa propre dynamique interne (TVA sur la consommation⁽¹⁾, CSG sur le capital ou les revenus du remplacement, ...) ; l'annexe 4 montre que la dynamique fiscale propre à la sécurité sociale serait probablement supérieure à celle du PIB ;

(1) Le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale évoque pour mémoire que 1 % de hausse de la consommation rapporte 430 millions d'euros de recettes.

La croissance des principales ressources fiscales entre 2020 et 2022

Après une chute de 1 % en 2020, la CSG a largement rattrapé son niveau de 2019 dès 2021 et poursuit une dynamique très forte (+ 6,7 % en 2021 et +3,5 % en 2022). Le produit de la CSG a cru de près de 11 milliards d'euros sur la période.

La TVA affectée à la sécurité sociale a globalement crû sur la période (+ 13 % en 2021 et + 5,9 % en 2022) après une chute très forte en 2020 (– 10,2 %). Le rendement de la TVA « sécurité sociale » 2022 est ainsi supérieur de 8 milliards d'euros à son niveau de 2020.

Au total, les contributions, impôts et taxes ont crû de 12 % entre 2020 et 2022.

Il n'est en revanche pas possible de comparer cette croissance aux prévisions de la LFSS 2022, qui n'entre pas dans les recettes par catégorie pour N+2, mais elle est assez logiquement plus forte que le sous-jacent « 2021 ».

Source : commission des affaires sociales à partir des chiffres CCSS de septembre 2021 et de l'annexe 4

– la masse salariale est quant à elle supérieure de 3,24 % sur la période au niveau attendu, ce qui représente à soi seul environ 6,38 milliards d'euros de cotisations et CSG « activité » pour le seul régime général ;

– l'inflation a été plus élevée, ce qui a en principe un effet de dynamisation des dépenses, *via* notamment les modes de revalorisation ; sur la base des hypothèses du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale (1,52 milliard pour un point d'inflation), cela aboutirait en parallèle à une hausse des dépenses de 2 milliards pour le régime général des prestations indexées par rapport à ce qui était prévu ;

– enfin, l'ONDAM s'est révélé quatre points au-dessus de ce qui était prévu en glissant sur trois ans, ce qui représente en théorie 9,44 milliards d'euros supplémentaires en fin de période par rapport à ce qui était prévu.

Au total, et au risque de ne pas pouvoir consolider parfaitement l'ensemble de ces tendances, il convient surtout de noter l'ampleur considérable de ces écarts sur la période, ce qui peut expliquer en définitive des écarts très importants en recettes (+ 11,7 milliards d'euros) comme en dépenses (+ 9,1 milliards d'euros) par rapport à la prévision « annexe B ».

Si ces seules hypothèses ne peuvent expliquer totalement l'écart globalement positif par rapport aux prévisions (+2,6 milliards d'euros par rapport à la prévision « annexe B »), les perspectives 2022 se révèlent globalement plus positives que prévu.

2. Les mesures nouvelles pour 2022

S'ajoutent par ailleurs comme chaque année au nouveau contexte de nouvelles mesures, faisant pour une grande partie d'entre elles l'objet d'une mesure législative dans le présent projet de loi. Ces mesures font naturellement l'objet de

commentaires approfondis dans les articles qui les concernent mais elles sont agrégées dans le tableau ci-dessous avec leur impact financier, afin de les mettre en perspective.

**IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES EN 2022 SUR L'ENSEMBLE
DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV**

(en milliards d'euros)

| Mesures en recettes | |
|--|--------------|
| Transfert de « droits alcool » au RCO | - 0,3 |
| Allègement de la taxe « vente en gros » | - 0,03 |
| Inclusion des médicaments en accès direct et en accès précoce dans le périmètre de la contribution additionnelle sur le CA des médicaments | + 0,01 |
| Harmonisation de la contribution des employeurs publics à la complémentaire | + 0,1 |
| « Autres » | + 0,005 |
| Mesures en dépenses | |
| Vieillesse | |
| Extension de la retraite progressive | - 0,003 |
| Maladie | |
| Hausse du recours à la C2S | - 0,0004 |
| Dépenses-économies dans le champ de l'ONDAM | - 0,02 |
| Simplification et modernisation des indemnités journalières des travailleurs indépendants | - 0,1 |
| Simplification et modernisation des indemnités journalières pour les non-salariés agricoles | - 0,005 |
| Famille | |
| Autonomie | |
| Tarif plancher APA | - 0,16 |
| Tarif plancher PCH | - 0,16 |
| Création d'un système d'information unique pour la gestion de l'APA à domicile | - 0,01 |
| Accidents du travail – maladies professionnelles | |
| Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides | - 0,003 |
| Effet total de ces mesures nouvelles | - 0,5 |

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 4 du projet de loi.

Ce tableau est délibérément simplifié par rapport au tableau d'équilibre financier, qui figure dans l'annexe 4 du projet de loi :

– les mesures en recettes sont « globalisées » au niveau de tous les régimes obligatoires et du FSV ;

– toutes les mesures de « tuyauterie » ne sont pas retracées car il s'agit de mesures faussement nouvelles sur un plan financier à l'échelle de l'ensemble de la sécurité sociale (les dépenses ou recettes existaient déjà, et les transferts sont

effectués à somme nulle) ; ces transferts sont ainsi commentés dans d'autres articles ⁽¹⁾.

Peu de ces mesures ont un impact significatif sur les comptes (i.e. supérieur à 100 millions d'euros), à l'exception :

– du transfert des droits « alcools » au régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles (RCO) pour 300 millions d'euros (cf. commentaire de l'article 17) ;

– de l'harmonisation des prélèvements sociaux sur la protection sociale complémentaire des agents publics (100 millions d'euros) ;

– du tarif-socle APA-PCH (320 millions d'euros au total) ;

– du système d'information unique sur la gestion de l'APA domicile (100 millions d'euros) ;

– des nouvelles dispositions sur les indemnités journalières des travailleurs indépendants (100 millions d'euros).

Le niveau de l'ONDAM 2022 est par ailleurs plus élevé que le tendanciel, ce qui constitue une singularité assez remarquable (cf. commentaire de l'article 56), car il s'agit d'habitude du principal « gisement » d'économies en mesures nouvelles. On peut l'expliquer par les changements de méthodologie dans le calcul du tendanciel mais aussi et surtout par les choix politiques faits dans le cadre de l'ONDAM (régulation maîtrisée sur la partie « maladie », mesures ambitieuses dans la partie « autonomie »).

Au total, le solde spontané de la sécurité sociale serait détérioré par l'ensemble de ces mesures nouvelles de 500 millions d'euros.

B. UN DÉFICIT QUI DEVRAIT SE RÉTABLIR PAR RAPPORT À L'EXERCICE 2021

Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2022 aux prévisions rectifiées pour 2021 par l'article 7.

(1) On pourra notamment se reporter au commentaire de l'article 17 sur les compensations de ces transferts entre branches.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2022 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

| | Prévisions rectifiées 2021 | | | Prévisions initiales 2022 | | |
|------------------------------|----------------------------|----------|--------|---------------------------|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 246,4 | 250,4 | - 4 | 253,1 | 256,6 | - 3,6 |
| Maladie | 202,2 | 232,2 | - 30 | 209,9 | 229,6 | - 19,7 |
| Famille | 50,5 | 49,4 | 1,2 | 51,4 | 49,7 | 1,7 |
| Autonomie | 31,8 | 32,2 | - 0,4 | 33,3 | 34,2 | - 0,9 |
| AT-MP | 14,6 | 13,9 | 0,7 | 15,6 | 14,1 | 1,4 |
| Total | 531,3 | 563,8 | - 32,5 | 548,4 | 569,5 | - 21 |
| Total incluant le FSV | 529,3 | 564,1 | - 34,8 | 547,2 | 569,8 | - 22,6 |

Sources : PLFSS 2022, articles 7 et 19.

● Le solde s'améliorerait d'une manière particulièrement nette par rapport à 2021, à hauteur de 12,2 milliards d'euros. Globalement, cette amélioration est tirée par une dynamique encore solide des recettes (+ 3,38 %) et par un ralentissement des dépenses (+1,01 %).

Côté recettes, les cotisations (+ 4,7 %) et la CSG (+ 3,5 %) qui représentent le « gros » des recettes (70 %) poursuivent une trajectoire soutenue. Les recettes fiscales continuent elles aussi à croître à un rythme important (+ 3,1 %). Ce « cœur » de la croissance des recettes efface assez largement la diminution d'autres produits de taille plus modeste (cotisations prises en charge par l'État, les transferts ou les produits financiers).

Côté dépenses, au-delà de l'analyse par branche *infra*, l'essentiel dépend toujours de l'évolution des prestations légales (94 % de l'ensemble des dépenses) qui a suivi un cours plutôt modéré (+ 1,3 %). Certains postes, plus modestes, comme les transferts vers des fonds (notamment à Santé publique France) (- 11,5 %) ou les charges de gestion courante (- 1,2 %) sont même en diminution.

● Au niveau des branches ⁽¹⁾, la situation s'améliore quasiment partout, à l'exception de la branche autonomie, très sollicitée par les mesures nouvelles.

La branche maladie voit son solde se réduire de manière extrêmement forte de 10,3 milliards d'euros, ce qui s'explique par des recettes en hausse (+ 7,7 milliards d'euros) mais aussi par des dépenses en diminution (- 2,6 milliards d'euros), après le « pic » atteint en 2021.

L'amélioration est plus modeste pour les branches vieillesse (+ 0,4 milliard d'euros) et famille (+ 0,5 milliard d'euros), qui bénéficient surtout d'une dynamique forte en recettes.

(1) Au-delà de ces considérations générales comparatives, chaque branche fait l'objet d'un commentaire plus précis du rapporteur général de chaque objectif de dépenses.

La branche AT-MP voit ses excédents doubler en 2022 (1,4 milliard d’euros contre 0,7 milliard d’euros en 2021) et renoue ainsi avec la situation très favorable qu’elle connaissait avant la crise.

II. UNE SITUATION QUASIMENT IDENTIQUE POUR LE RÉGIME GÉNÉRAL

L’**article 20** vise à approuver le tableau d’équilibre du régime général, figurant dans l’annexe C du projet de loi, qui présente pour chaque branche les recettes et les dépenses. Celui-ci est mis en regard des prévisions rectifiées pour 2021 dans le tableau suivant :

**TABLEAUX D’ÉQUILIBRE DU RÉGIME GÉNÉRAL POUR 2022,
EN COMPARAISON AVEC L’EXERCICE 2021**

(en milliards d’euros)

| | Prévisions rectifiées 2021 | | | Prévisions initiales 2022 | | |
|------------------------------|----------------------------|----------|--------|---------------------------|----------|--------|
| | Recettes | Dépenses | Solde | Recettes | Dépenses | Solde |
| Vieillesse | 140 | 143,7 | - 3,7 | 145,3 | 147,8 | - 2,5 |
| Maladie | 200,7 | 230,7 | - 30 | 208,4 | 228,1 | - 19,7 |
| Famille | 50,5 | 49,4 | 1,2 | 51,4 | 49,7 | 1,7 |
| Autonomie | 31,8 | 32,2 | - 0,4 | 33,3 | 34,2 | - 0,9 |
| AT-MP | 13,1 | 23,5 | 0,6 | 14 | 12,7 | 1,3 |
| Total | 422,5 | 454,7 | - 32,3 | 438,2 | 458,2 | - 20 |
| Total incluant le FSV | 421,7 | 456,3 | - 34,6 | 438,2 | 459,8 | - 21,6 |

Source : PLFSS 2022, articles 7 et 20.

- Comme pour l’analyse des deux exercices précédents, le volume financier du régime général et les mécanismes d’intégration conduisent à de nombreuses évolutions congruentes avec celles du solde de l’ensemble des régimes, conduisant à se pencher plus précisément sur les comptes des branches vieillesse et AT-MP.

S’agissant de la branche vieillesse du régime général, son résultat s’est amélioré davantage que celui de l’ensemble des régimes (+ 1,2 milliard d’euros, contre + 0,4 milliard d’euros). Cet écart s’explique assez largement « en creux » par le retour aux problématiques de certains régimes qui préexistaient avant la crise : certains régimes obligatoires « atténuent » les résultats du régime général car ils se trouvent dans une situation durablement détériorée, au premier rang desquels la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

S’agissant de la branche AT-MP du régime général, l’excédent serait légèrement moins bon que celui des ROBSS (100 millions d’euros d’écart). En amélioration de 0,7 milliard d’euros par rapport à la prévision 2022 sur 2021, c’est lui qui « tire » l’amélioration de l’ensemble des régimes.

*

* *

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 permet l'approbation de l'annexe C, qui présente l'état des recettes pour chacune des branches, ainsi que de l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2022, fixé à 18,3 milliards d'euros, et, enfin, des prévisions de recettes et de mises en réserves du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), nulles les unes comme les autres comme chaque année depuis 2011.

Figurant obligatoirement dans les lois de financement, cet article permet d'approuver tour à tour :

- l'annexe C ;
- l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2020 ;
- les recettes et mises en réserves du FSV.

1. L'approbation de l'annexe C

● S'agissant de l'annexe C, visée au *a* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 qui fixe le contenu des lois de financement, elle prévoit conformément aux prescriptions organiques l'évaluation des « *recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes* ». Ce faisant, elle présente quelques redondances avec l'annexe 4 au présent projet de loi, qui consiste en une adaptation du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, intégrant les mesures nouvelles proposées par le Gouvernement dans le projet de loi de financement.

Le **I** propose l'approbation des prévisions de recettes, telles qu'elles ressortent de cette annexe, en parallèle du vote des objectifs de dépenses en troisième partie.

Il s'agit toutefois de l'occasion de faire le point sur la nature des ressources des régimes obligatoires de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (547,2 milliards d'euros en 2022).

Les cotisations « effectives », c'est-à-dire celles qui sont effectivement versées aux organismes de recouvrement après prise en compte des allègements, représentent une part minoritaire des ressources des régimes et du FSV (49,1 %). C'était déjà le cas l'année dernière (49,4 %). Ce passage, à forte dimension symbolique, sous la part de 50 % de cotisations intervenu dès 2020 traduisait principalement l'effondrement conjoncturel des cotisations assises sur la masse

salariale du secteur privé, notamment en raison du recours massif à l'activité partielle dont l'indemnisation est exonérée de cotisations sociales, et le rétablissement progressif des comptes.

En prenant en compte les cotisations « fictives » des employeurs (43,7 milliards d'euros), qui recourent largement le versement de l'État pour assurer les retraites de ses fonctionnaires (42,9 milliards d'euros), le montant des cotisations redeviendrait majoritaire (57 % des recettes).

L'État assure par ailleurs la compensation « à l'euro l'euro » de 6,2 milliards d'euros d'allègements de cotisations et contributions sociales.

La « fiscalisation » des ressources se concentre donc surtout sur la contribution sociale généralisée (108,7 milliards d'euros) et les autres impôts, taxes et contributions (100,8 milliards d'euros), soit au total 38 % des recettes.

● À l'échelle des branches, on peut relever, sans attribuer ce constat au seul exercice 2022, que les parts respectives de cotisations et de ressources fiscales n'ont pas de lien avec le caractère contributif ou non des prestations de la branche à laquelle elles sont affectées.

Ainsi, la branche famille est majoritairement financée par des cotisations (63 % de cotisations effectives), alors que les prestations qu'elle sert ne sont que peu, voire pas contributives.

Deux branches, la branche vieillesse, dont une part très majoritaire des prestations (environ 80 %) est contributive, et la branche maladie, devenue à 99 % non contributive avec la mise en place de la PUMA, sont financées par un « mix » plus ou moins cohérent : 58 % pour la première (tous régimes confondus ⁽¹⁾) et 37 % pour la seconde.

Enfin, une certaine cohérence caractérise :

– le financement à 94 % de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, traditionnellement très « assurantielle », par des cotisations effectives et le financement entièrement fiscal du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement de prestations de solidarité au sein du régime d'assurance vieillesse ;

– le financement à 99 % de la branche autonomie par des ressources fiscales alors même que ses prestations sont totalement universelles ⁽²⁾ ;

(1) La part est plus importante pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

(2) « Universelles » voulant dire ici sans condition d'activité ou d'affiliation préalable.

2. L'objectif d'amortissement de la dette sociale en 2022

Le **II** fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour 2022 à 18,3 milliards d'euros. Cette prévision correspond :

– à l'actualisation de ses prévisions de recettes, constituées de CSG et de sa ressource propre, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), selon un rythme de croissance toujours soutenu des recettes (respectivement + 3,2 % et + 3,1 %) ;

– à l'actualisation des conditions d'endettement en 2022, avec des charges financières qui devraient continuer à diminuer de 27,4 % d'après les données transmises au rapporteur général par le Président de la CADES ;

– au versement de 2,1 milliards d'euros qu'opère le Fonds de réserve pour les retraites depuis 2013, jusqu'à ce que cette fraction passe à 1,45 milliard à compter de 2025.

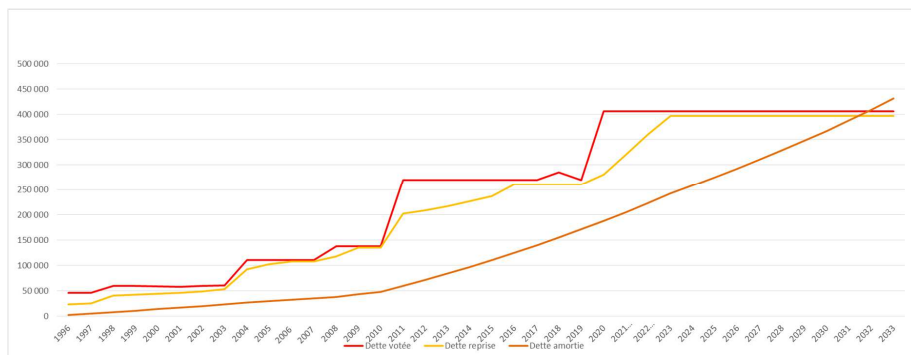
Dans ces conditions, fin 2022, la CADES aurait repris 360 milliards d'euros de dette et amorti 223 milliards d'euros. Il resterait 137 milliards d'euros à amortir auxquels pourraient s'ajouter les 76 milliards d'euros restant à reprendre aux termes de la loi du 7 août 2020 d'ici à 2023 (136 milliards d'euros prévus ⁽¹⁾ minorés des 20 milliards d'euros dont le transfert a déjà été organisé par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 ⁽²⁾ et des 40 milliards repris en application du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ⁽³⁾, soit 213 milliards d'euros.

(1) Pour mémoire, 31 milliards au titre des déficits cumulés par la branche maladie du régime général, le FSV, le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et la CNRACL, 92 milliards de déficits prévisionnels du régime général et du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et 13 milliards d'euros au titre des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

(2) 6,2 milliards d'euros de Fonds de solidarité vieillesse, 10,2 milliards d'euros de la CNAM et 3,6 milliards de la CCMSA au titre du régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés agricoles.

(3) Pour mémoire, il s'agit de 9,9 milliards d'euros correspondant aux déficits cumulés fin 2019 de la branche maladie et du FSV, de 1,3 milliard d'euros de la CNRACL, de 23,8 milliards de déficits 2020 des branches maladie, vieillesse, famille et du FSV et de 5 milliards au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019.

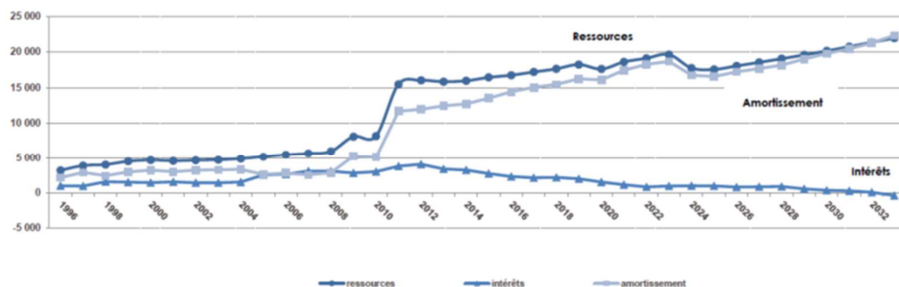
TRAJECTOIRE D'AMORTISSEMENT DE LA CADES D'ICI 2033



Source : CADES.

Ce montant relativement élevé doit naturellement être relativisé au regard de la hausse constante des ressources de la CADES en euros, qui devrait lui permettre d'amortir cette somme d'ici 2033, comme prévu par les textes organiques ⁽¹⁾.

TRAJECTOIRES COMPARÉES DES RESSOURCES, DE L'AMORTISSEMENT ET DES INTÉRÊTS DE LA CADES



Source : annexe 4 du PLFSS 2022.

3. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** affecte un montant nul de recettes au FRR, dont la vocation n'est plus d'être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la CADES.

4. Les mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **IV** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse, qui n'a plus vocation à constituer des réserves, même s'il a pu exercer cette mission dans le passé.

*

* *

(1) Article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Article 22

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 22 habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2022 et fixe les plafonds de ces encours. Il réduit notamment le plafond pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (65 milliards d'euros contre 95 milliards en 2021) pour tenir compte de l'amélioration significative du déficit en 2022.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes, sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme.

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'ACOSS est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

Au-delà du strict « besoin de trésorerie », l'ACOSS ainsi que certains régimes font porter par ces emprunts de court terme le financement des déficits passés et de l'année en cours en attendant qu'un transfert à la Caisse d'amortissement à la dette sociale ou à toute autre personne ait lieu. Pour être conformes aux prescriptions de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale qui prévoient que les ressources non permanentes ne peuvent consister « *qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale* »⁽¹⁾, ces ressources ne peuvent être contractées que pour douze mois *maximum*⁽²⁾.

(1) Bien que ces prescriptions aient parfois été perçues comme une « règle d'or » par la doctrine interdisant tout endettement de moyen et long terme par la sécurité sociale, force est de constater qu'il s'agit surtout aujourd'hui d'une règle qui oriente le mode de financement vers des endettements courts, et donc en principe avantageux, mais aussi plus soumis à la conjoncture.

(2) Le directeur général de l'ACOSS a ainsi précisé au rapporteur général lors de son audition que la maturité moyenne d'un titre de l'agence était de quarante-cinq jours, ce qu'il estimait déjà beaucoup plus élevé que la « normale ».

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources, conformément aux prescriptions organiques.

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

La loi de financement de la sécurité sociale « 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. »

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de pouvoir couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice.

Comme en 2021, six organismes bénéficieront d'une telle habilitation en 2022 :

– l'ACOSS pour le régime général mais aussi pour les concours et avances qu'elle peut apporter à d'autres régimes ou organismes ;

– la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;

– la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) ;

– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

– la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) ;

– la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le commentaire de cet article récurrent est l'occasion de présenter, sans prétendre à l'exhaustivité sur cette question touchant à la gestion financière infra-annuelle, les besoins de trésorerie de ces six organismes. Son contenu s'appuie notamment sur l'annexe 4 du projet de loi ⁽¹⁾.

(1) Annexe 4 qui reproduit souvent les analyses des années précédentes sur les déterminants de ces besoins de trésorerie.

1. L'ACOSS et le régime des exploitants agricoles doivent assurer les besoins de trésorerie de régimes déficitaires

• Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le **régime général**, reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles.

Compte tenu de ces éléments, la variation annuelle de trésorerie de l'ACOSS serait de + 22,4 milliards d'euros. Le solde au 1^{er} janvier 2022 serait de - 42,1 milliards d'euros, et au 31 décembre 2022 de - 19,8 milliards d'euros.

Le solde moyen net prévisionnel serait de - 29,5 milliards d'euros (soit une nette amélioration par rapport au solde moyen pour 2021 qui devrait être de - 44,8 milliards d'euros), avec un besoin de financement maximal brut de 62,6 milliards d'euros le 11 janvier 2021, comprenant notamment les avances aux partenaires.

Cette situation fortement améliorée procède de l'amélioration de la situation financière de la sécurité sociale qui se traduirait en trésorerie par une hausse de 13 % des encaissements alors que les « tirages » sur le compte de l'agence ne croîtraient que de 3 %. L'amélioration du solde (13 milliards d'euros entre 2022 et 2021 pour le régime général et le FSV, cf. commentaire de l'article 20) mais aussi de nouvelles reprises par la CADES, « soulageraient » globalement l'agence d'un volume important de besoins de trésorerie qui avaient pu s'exprimer les deux années précédentes.

Compte tenu de ces différents éléments, le présent article propose de fixer le plafond d'emprunt de l'ACOSS à hauteur de 65 milliards d'euros pour l'ensemble de l'année 2022, soit un niveau abaissé de 30 milliards d'euros par rapport à ce qui était prévu en 2021. Il s'agit d'un plafond prudent, puisqu'il conserve une marge de 2 milliards d'euros par rapport au « point bas » envisagé.

S'ils sont bien sûr à comparer aux 20 milliards d'euros de marge par rapport au « point bas » laissés en 2021, la direction de la sécurité sociale comme l'agence elle-même considèrent que la situation a profondément changé tant en raison de l'amélioration du contexte macro-économique que des reprises de dette par la CADES et ne nécessite plus de telles précautions. Par ailleurs, cette précaution n'a pas été très utile en 2021, puisque l'agence a vécu avec 30 milliards de marge une partie significative de l'année ⁽¹⁾.

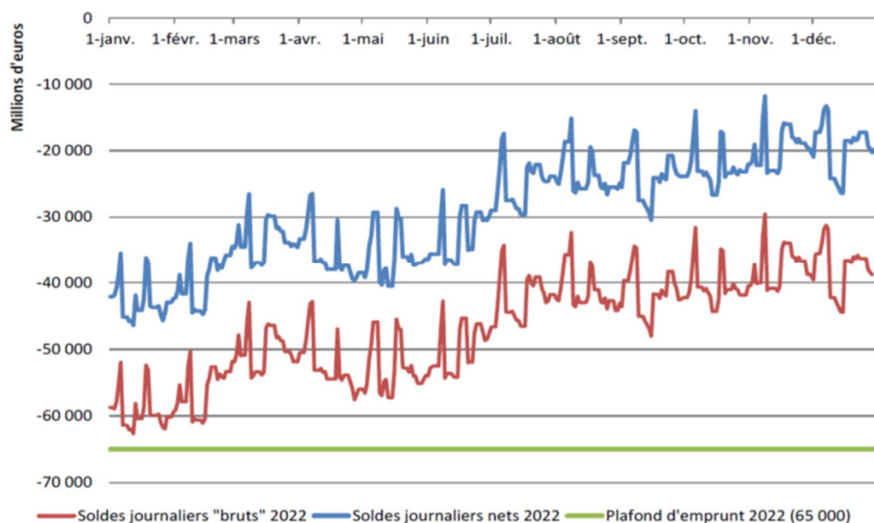
La marge retenue avec un plafond d'emprunt correspondrait à 20 jours de financement, pour la direction de la sécurité sociale.

(1) *Même si l'épisode du printemps 2020 pendant lequel l'ACOSS s'est inquiétée de son accès aux marchés pour financer une sécurité sociale très sollicitée en recettes comme en dépenses a été très marquant, le maintien d'un tel « coussin » n'est pas souhaitable de manière générale : il constitue un accroissement artificiel de la dette publique de la France mais aussi et surtout il expose de manière excessive l'agence à un retournement de conjoncture.*

Ce plafond permettra également à l'ACOSS, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines, ainsi que du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Il conserve une marge, compte tenu du point bas prévisionnel, pour faire face à d'importants aléas conjoncturels.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS EN 2022



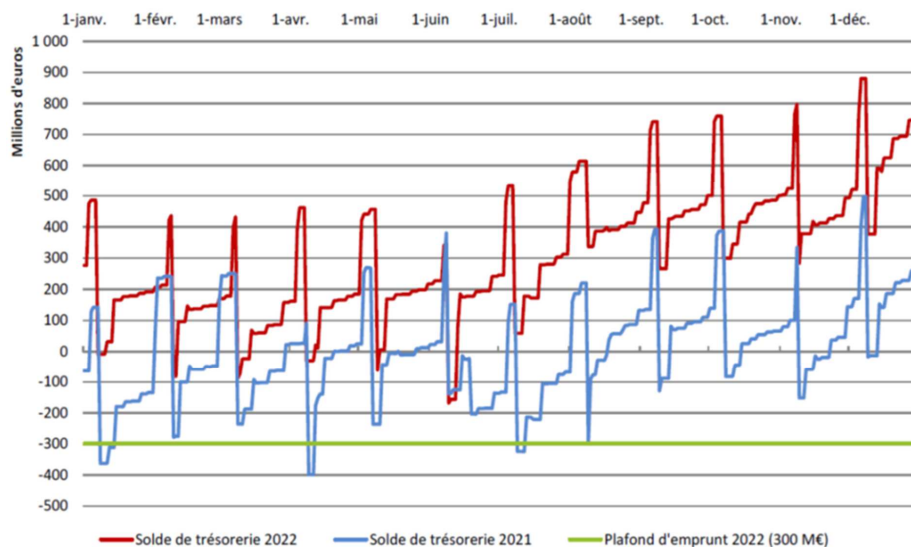
Source : annexe 4 du PLFSS 2022.

• Depuis 2009, la **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, qui a renoué en 2018 avec les excédents.

Elle aura par ailleurs bénéficié en application du décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 d'une reprise de 3,6 milliards d'euros au 31 décembre 2020, correspondant aux dettes cumulées avant 2018.

Comme les années précédentes, le régime agricole sera donc autorisé à recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2022, mais dans des proportions logiquement bien moindres, puisqu'il devra respecter un plafond, fixé par le présent article à 300 millions d'euros, ce qui se révélerait plutôt « confortable » au regard du profil de trésorerie prévu.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CCMSA EN 2021 ET 2022



Source : annexe 4 du PLFSS 2022.

2. Les autres organismes gèrent des problèmes de trésorerie significatifs liés à des règles spécifiques

- Le profil de trésorerie de la **Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF)** était traditionnellement caractérisé par un décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

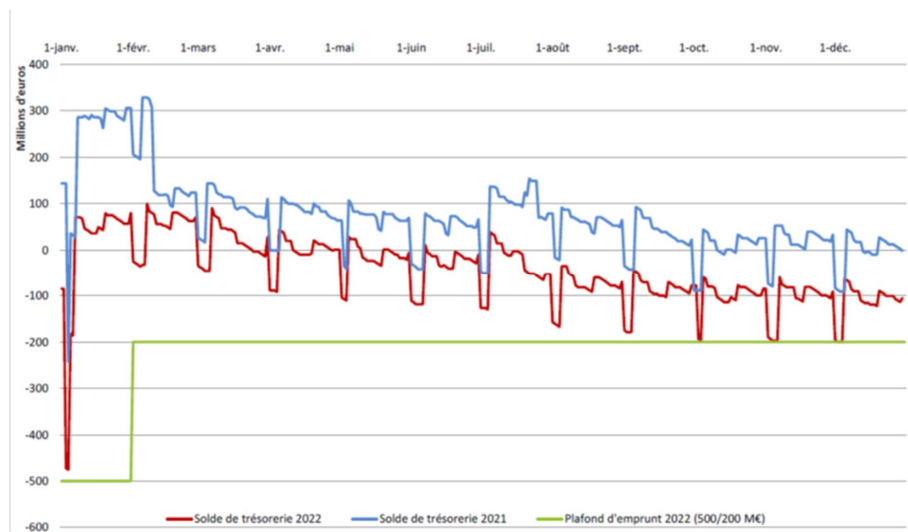
Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° **2011-1925** du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du **décret n° 2016-539 du 15 mai 2015**, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2022, le solde moyen de trésorerie sur l'année est prévu à - 44,4 millions d'euros avec un point bas prévu le 4 janvier à - 475,5 millions d'euros. En effet, comme en 2020, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel, pour des raisons techniques, ne peut avoir lieu plus tôt que le 6 janvier.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 500 millions d'euros pour la période du 1^{er} au 31 janvier, puis un second plafond de 200 millions d'euros pour le reste de l'année, du même ordre qu'en 2021 (respectivement 500 et 250 millions d'euros). Ces plafonds laissent une marge significative, permettant de faire face à des aléas, comme en témoigne le graphique ci-dessous :

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CPRP-SNCF EN 2021 ET 2022



Source : annexe 4 du PLFSS 2022,

• **La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)**, chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

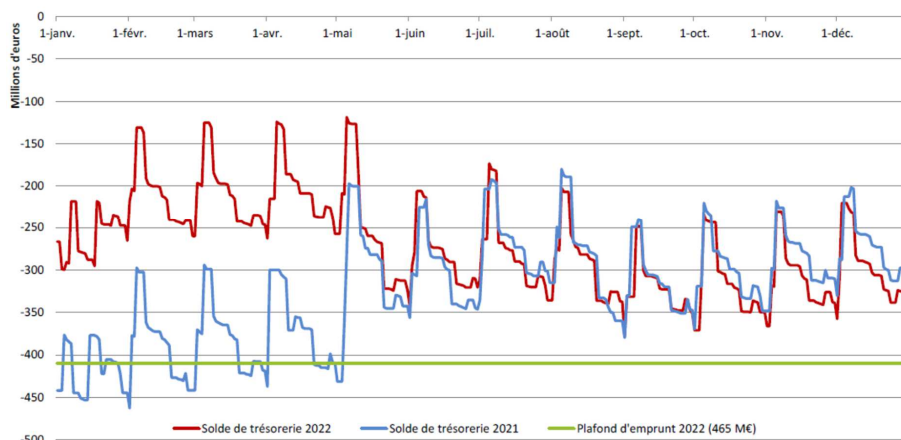
Les recettes de la caisse sont constituées à 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée « vieillesse », et subvention de l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2022, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de - 270,2 millions d'euros, en baisse significative par rapport à 2021 (- 324,2 millions). Le « point bas » serait à - 378,6 millions d'euros (soit un niveau un peu moins « bas » qu'en 2021 - - 462,7 millions d'euros). Par conséquent, le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non

permanentes dans la limite de 410 millions d'euros, logiquement en légère diminution par rapport à 2021 (465 millions d'euros).

Le besoin du régime en ressources non permanentes continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'ACOSS, dans le cadre de l'intégration financière de la branche maladie.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CANSSM EN 2021 ET 2022



Source : annexe 4 du PLFSS 2022

● **La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)** présentait ces dernières années un besoin constant en fonds de roulement, son profil de trésorerie étant rythmé par un versement trimestriel des retraites. La Caisse devait ainsi recourir à des montants d'emprunts bancaires importants pour financer ses décalages de trésorerie.

Afin de réduire fortement les décalages en trésorerie entre les encaissements des cotisations et les décaissements des pensions de retraite – lesquels conduisaient à un besoin de financement dont les modalités de couverture paraissaient problématiques dans un contexte de raréfaction des concours bancaires – une réforme plus structurelle a été mise en œuvre à partir d'avril 2013 avec la mensualisation du versement des pensions.

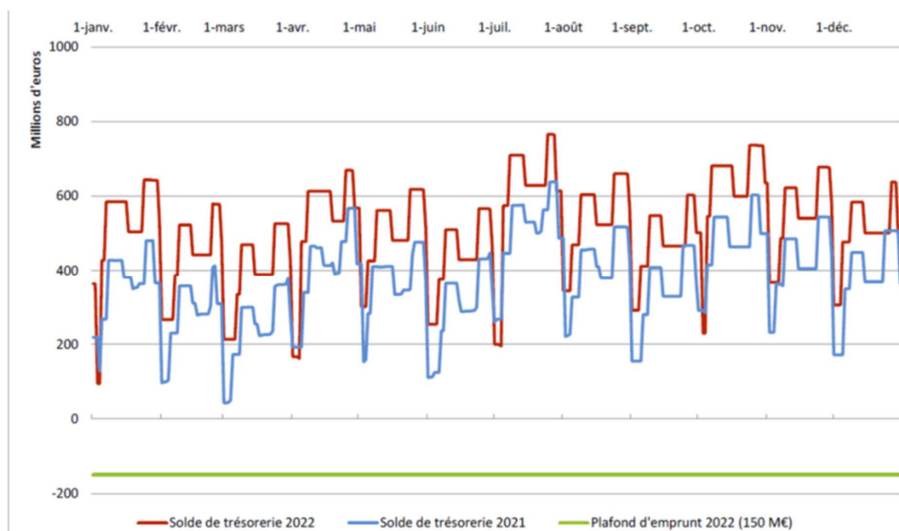
L'amélioration de la gestion de la trésorerie du régime a donc permis au régime de limiter ses besoins de court terme. Il dégage d'ailleurs des excédents ponctuels qui sont placés à l'ACOSS et donnent lieu à une rémunération. En contrepartie, le régime recourt à des avances de trésorerie de l'ACOSS.

L'année 2022 verrait le profil de trésorerie s'améliorer encore par rapport à 2021, en raison de l'augmentation de la contribution tarifaire d'acheminement.

De ce fait, le solde moyen de trésorerie pour 2022 serait en hausse, à 511,7 millions d’euros contre 376,8 millions d’euros en 2021, avec un point bas prévu à – 94,5 millions d’euros en janvier.

Le présent article propose donc de retenir un plafond d’emprunt à 150 millions d’euros, laissant une marge suffisante pour faire face aux aléas.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNIÉG EN 2021 ET 2022



Source : annexe 4 du PLFSS 2022.

• **La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)** a renoué avec un besoin de recourir à des ressources non permanentes depuis 2019.

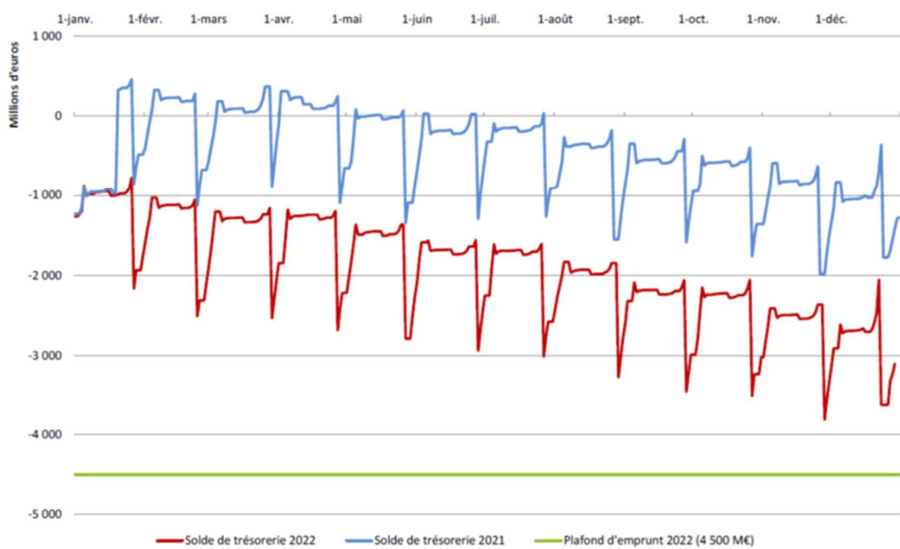
Cette situation résulte d’une nouvelle dégradation de sa situation financière, les mesures de redressement mises en place entre 2013 et 2015 ayant fini de produire leurs effets.

En 2021, la CADES a repris 1,3 milliard d’euros de dette correspondant aux déficits constatés au 31 décembre 2019.

En 2022, le régime pourrait avoir un point bas de – 3,8 milliards d’euros dû au « roulement » des déficits 2020 et 2021 (– 1,3 milliard d’euros).

La Caisse est donc à nouveau habilitée par le présent article à recourir à des ressources non permanentes à hauteur d’un plafond relevé à 4,5 milliards d’euros, contre 3,6 milliards d’euros en 2021. Ce plafond laisserait ainsi une marge « confortable » de 400 millions d’euros par rapport au « point bas ».

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNRACL EN 2021 ET 2022



Source : annexe 4 du PLFSS 2022.

*
* *

Article 23

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 fixe la trajectoire financière pour les quatre années à venir. Celle-ci se caractérise par d'importants déficits, qui diminueraient progressivement jusqu'en 2024, avant de rebondir en 2025 pour atteindre un « plateau » de 15,3 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse.

● En application du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte chaque année un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport – prévu par le I de l'article L.O. 111-4 – décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2020 à 2025).

Cette démarche s'inscrivant dans le cadre plus général de la pluriannualité des finances publiques, le rapport de l'annexe B est théoriquement construit en cohérence avec, du plus récent au plus ancien :

– les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques et des administrations de sécurité sociale présentées dans le Rapport économique, social et financier (RESF) joint au projet de loi de finances (PLF) de l'année ;

– le programme de stabilité de la France, transmis chaque année à la Commission européenne en application des règles d'encadrement des déficits et des dettes des administrations publiques nationales ; moins daté que l'année précédente, le « PStab » l'est cependant un peu et ne s'était pas aventuré à faire des hypothèses jusqu'en 2023 en raison des fortes incertitudes qui caractérisaient le contexte de sa réalisation ;

« Administrations de sécurité sociale », un « faux-ami » riche d'enseignements

La notion d'administration de sécurité sociale (ASSO) est essentiellement comptable et est utilisée comme sous-secteur des administrations publiques dans la présentation des comptes nationaux aux institutions européennes.

Elle n'est toutefois pas assimilable à la notion de régimes obligatoires de sécurité sociale qui constitue le champ des lois de financement :

– le champ est plus large en tant qu’il comprend des régimes au-delà des cinq risques couverts par la « sécurité sociale » dans sa définition organique (il comprend donc l’assurance-chômage et les régimes de retraite complémentaire) ; le solde des ASSO comprend également l’ensemble des « satellites » comme la CADES ou le FRR qui font partie du champ des lois de financement, en tant qu’organismes gérant la dette ou les réserves des régimes obligatoires, mais dont le solde n’est pas intégré à celui des régimes ⁽¹⁾ ;

– il est aussi plus restreint car en comptabilité nationale, les systèmes d’autoassurance sont rattachés à leur financeur ; aussi, le régime de retraite des fonctionnaires de l’État est un régime obligatoire de base de la sécurité sociale (ROBSS) au sein de la LFSS mais pas une administration de sécurité sociale (il est rattaché aux administrations publiques centrales en raison de son financement).

Les perspectives financières des ROBSS et des ASSO sont donc nécessairement différentes même si les tendances peuvent être partagées.

Ainsi, le RESF apporte quelques informations intéressantes sur les comptes des ASSO qui complètent la vision apportée par la LFSS.

Les administrations de sécurité sociale, après avoir acté un déficit de 2,1 puis de 1,4 point de PIB, devraient renouer avec l’équilibre dès 2022 ; cet effet *a priori* surprenant alors que le déficit « LFSS » devrait rester très important s’explique par une amélioration des comptes de plusieurs entités, à commencer par le régime d’assurance chômage (+ 0,1 milliard d’euros d’excédents en 2022) ; il doit surtout être lu au regard de la comptabilisation de la CADES qui présente par construction des recettes importantes et assez peu de dépenses (charges d’intérêt et de gestion) ; dit autrement, l’intégration de la CADES dans le calcul du solde « ASSO » revient à soustraire de celui-ci la quasi-totalité de ses recettes, qui atteindront 18 milliards d’euros en 2022.

Ce retour à l’équilibre, facilité par ces « excédents institutionnalisés » que constitue la CADES, est anticipé par rapport à ce que prévoyait le programme de stabilité 2021-2027 (– 0,1 point de PIB de déficit en 2022, 0,3 point de PIB d’excédent en 2023), avec des prévisions macro-économiques moins favorables. Se projetant plus « loin », le « PStab » envisageait une croissance de ces excédents à horizon 2025 puis une stabilisation jusqu’en 2027.

L’intérêt certain de ces éléments, et surtout de leur comparaison avec ceux présentés au sein de la loi de financement de la sécurité sociale, a conduit le rapporteur général à proposer dans le cadre de sa proposition de loi organique à doter les LFSS d’un article liminaire portant sur le champ des administrations de sécurité sociale.

Source : commission des affaires sociales, RESF 2022

– les lois de programmation pluriannuelle des finances publiques ⁽²⁾, qui sont le support juridique national permettant de définir la stratégie de redressement des comptes publics ; la loi du 22 janvier 2018, déjà « usée » en partie par l’évolution de la situation macroéconomique entre début 2018 et fin 2019, est désormais dépassée et gagnera probablement à être remplacée par une nouvelle loi de programmation dès que l’agenda parlementaire en permettra la discussion.

(1) Pour être précis, leur solde est intégré dans le tableau patrimonial mais pas dans les tableaux d’équilibre.

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

Il faut par ailleurs signaler qu’outre les rapports parlementaires, plusieurs publications commentent, à des degrés divers, les perspectives pluriannuelles des finances publiques, et notamment sociales :

- le rapport annuel de la Cour des comptes sur l’application des LFSS ⁽¹⁾ ;
- le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾ ;
- l’avis du Haut Conseil des finances publiques relatif aux PLF et PLFSS de l’année ⁽³⁾.

Ce commentaire n’a pas l’ambition de résumer les analyses macroéconomiques produites dans ces différentes publications, auxquelles on pourra toutefois se référer pour davantage d’éclairages sur les principales perspectives dressées dans l’annexe B. On relèvera que, comme l’année dernière, celle-ci consacre d’assez longs développements à la présentation de mesures contenues dans le texte pour l’année 2022, sur lesquelles il est par construction inutile de s’attarder ici, les commentaires des autres articles pourvoyant au besoin d’information du Parlement.

Cette trajectoire mérite néanmoins une attention renforcée car elle dessine à la fois le grand trouble financier qui résulte de la crise, mais aussi à bien des égards les grands équilibres de « l’après-crise » qui sera aussi, est-il besoin de le préciser, une autre législation.

I. UNE TRAJECTOIRE ENTIÈREMENT REVUE AU REGARD DES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DE 2020

La trajectoire budgétaire dessinée dans l’annexe B du présent PLFSS n’est pas exactement la même que la précédente présentée en LFSS 2021, pour la période 2018-2024 sur laquelle la comparaison est possible, comme en témoignent le tableau et le graphique suivants.

COMPARAISON DES PRÉVISIONS DE SOLDE DES « ANNEXES B » 2021 ET 2022

(en milliards d’euros)

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Annexe B LFSS 2021 | - 1,4 | - 1,7 | - 50,7 | - 34,9 | - 25,2 | - 23,9 | - 21,6 | |
| Annexe B LFSS 2022 | - 1,4 | - 1,7 | - 39,7 | - 34,8 | - 22,6 | - 16,0 | - 14,8 | - 15,3 |

Sources : LFSS 2021 et PLFSS 2022.

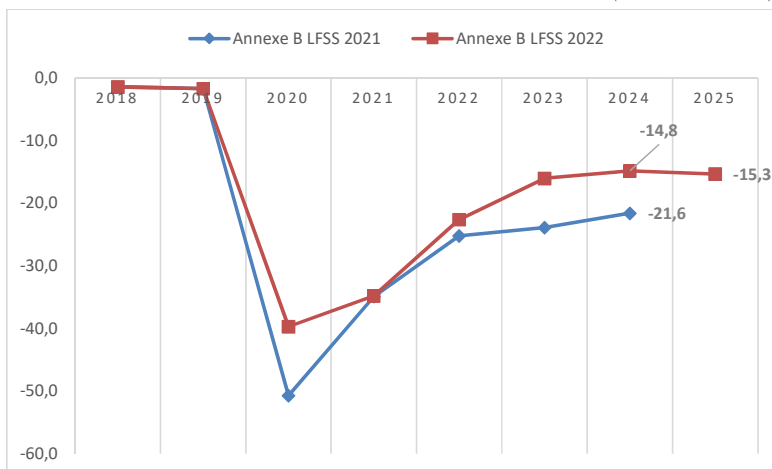
(1) Pour 2021 : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2021>.

(2) Pour septembre 2021 : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2021/Rapport%20CCSS-Septembre2021.pdf>.

(3) Pour les projets de lois financières pour 2021 : <https://www.hcfp.fr/liste-avis/avis-ndeg2021-4-lois-de-finances-2022>.

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV

(en milliards d'euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir des annexes B des LFSS 2021 et PLFSS 2022.

Si les courbes ont des formes semblables, elles tracent toutefois une nette amélioration sur l'ensemble de la période, la courbe orangée (LFSS 2021) descendant moins « bas » que la courbe bleue (PLFSS 2022). On retrouve là les améliorations décrites pour les années 2020-2021-2022, qui ont amélioré la base de construction de la perspective pour les années suivantes.

Les développements suivants se proposent de prolonger les constats faits dans ces commentaires sur la période 2023-2025, avec toute la prudence et la modestie qu'impose la lecture rétrospective des précédentes annexes B.

1. Les perspectives confirmées d'un « plateau déficitaire »

a. Un rétablissement des comptes qui se poursuivrait en 2023 ...

Sans revenir en détail sur les sous-jacents économiques et les mesures nouvelles de 2021 et 2022, l'annexe B « 2022 » anticipe une poursuite du rétablissement des comptes en 2023 (+ 6,6 milliards d'euros) en 2023, dans un contexte « normalisé » sur un plan « macro-économique ».

Le PIB croîtrait ainsi de 1,6 % et la masse salariale de 3,9 %, soit un niveau proche des dynamiques d'avant-crise (respectivement 1,4 % et 3,1 % en 2019), poussant les recettes des régimes et du FSV de 2,9 % (soit plus vite que les 2,6 % prévus par l'annexe B « 2021 »).

L'inflation hors tabac resterait contenue à 1,5 % et l'ONDAM reviendrait à un rythme « normal » de 2,4 % (quoique partant d'un niveau beaucoup plus haut de dépenses). Les dépenses resteraient fortement ralenties à 1,67 % (soit beaucoup moins vite que les 2,28 % prévus par l'annexe B « 2021 »).

b. ... sans qu'un retour à l'équilibre soit spontanément envisageable à l'horizon 2025

La suite des perspectives indique un « tassement » en 2024 et 2025 autour de 15 milliards d'euros de déficit, soit un niveau proche de celui des années 2012-2013.

Les tendances sous-jacentes semblent exclure toute amélioration du solde. En effet, la croissance ralentirait à nouveau à + 1,4 % par an en volume ainsi que la masse salariale à 3,4 %.

L'inflation qui tire les prestations indexées augmenterait progressivement (1,6 % en 2024 puis 1,8 % en 2025).

L'ONDAM serait plus faible à 2,3 % en 2024 et 2025, toujours toutefois très au-dessus en montant de ce qu'avaient prévu les trajectoires avant-crise.

Croissance des recettes et hausse des dépenses convergeraient en restant à l'avantage de la première en 2024 (+ 2,91 % vs. + 2,62 %), ce qui permettrait de réduire le déficit encore d'1,2 milliard d'euros avant que la tendance ne s'inverse en 2025 (+ 2,67 % de recettes vs. + 2,69 % de dépenses, ce qui aggraverait le déficit de 500 millions d'euros).

Il faut souligner que la trajectoire intègre dans le tendancier l'affectation d'une fraction de CSG issue de la CADES à la branche autonomie pour un montant de 2,3 milliards d'euros à partir de 2024, comme le prévoit la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie.

La tendance en fin de trajectoire, et malgré des prévisions de croissance et de masse salariale qui restent relativement favorables à un horizon incertain (elles sont globalement supérieures à 2019, par exemple), est donc à l'aggravation des déficits.

La perspective d'une résorption spontanée du déficit des régimes obligatoires et du FSV à moyen terme est donc à écarter, sauf à émettre des hypothèses qui gagneraient en optimisme ce qu'elles perdraient en plausibilité.

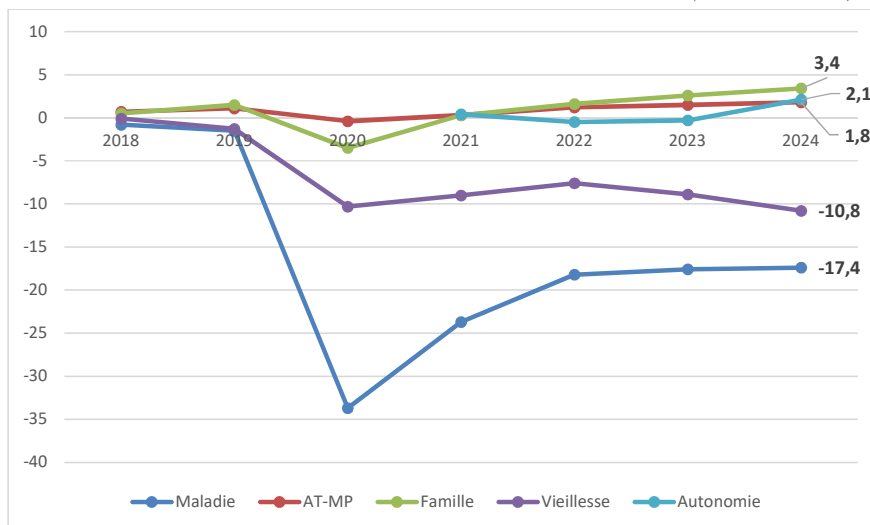
II. DES TENDANCES DURABLEMENT DIVERGENTES EN FONCTION DES BRANCHES

Au-delà des rapports avec les autres périmètres, l'annexe B dessine également des trajectoires pour chaque branche et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Pour les raisons déjà évoquées dans le commentaire de l'article 1^{er}, nous retiendrons ici le périmètre des régimes obligatoires de sécurité sociale.

● L'annexe B de la LFSS 2021 dessinait déjà des évolutions très contrastées des soldes des différentes branches et du FSV :

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (LFSS 2021)

(en milliards d'euros)



Source : annexe B de la LFSS 2021.

La situation de la branche maladie – placée déjà quasiment sur une autre échelle que les autres branches – ne s’améliorait que progressivement avant d’atteindre un « plateau ». La branche vieillesse voyait son déficit s’accroître progressivement en fin de période.

Les branches AT-MP et famille retrouvaient des excédents croissants et importants au regard de leur « surface financière ». La branche autonomie fondée et maintenue à un quasi-équilibre sur la période voyait sa situation s’améliorer très nettement en 2024 après le transfert d’une nouvelle fraction de CSG.

● La nouvelle trajectoire dessinée par l’annexe B n’est pas sans ressemblance avec la précédente. Les grandes tendances sont à peu près les mêmes tant dans la « hiérarchie » des branches que dans les « dynamiques » propres à chacune d’elles.

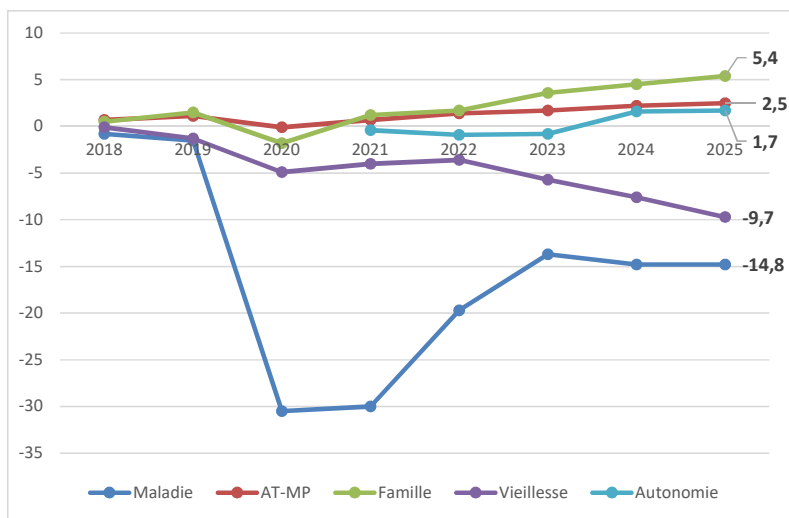
Deux évolutions interpellent au-delà de ces similarités :

– une situation globalement meilleure pour l’ensemble des branches par rapport à ce qui était anticipé, à l’exception de la branche autonomie ; les mesures nouvelles intégrées à la trajectoire « érodent » légèrement ses excédents (500 millions d’euros en 2024 de moins qu’en annexe B « 2021 ») ; l’échelle du graphique n’est d’ailleurs pas exactement la même, les déficits « maladie » étant moins « profonds » que prévu ;

– l’écart demeure particulièrement net entre les branches excédentaires et les branches déficitaires, laissant augurer d’une divergence spontanée qui pourrait se prolonger d’année en année.

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (ANNEXE B PLFSS 2022)

(en milliards d'euros)



Source : annexe B du PLFSS 2022.

• Comme chaque année, le rapporteur général observe qu'une fois « décodée » l'annexe B synthétise avec beaucoup de clarté les forces et les faiblesses financières de la sécurité sociale.

On peut ainsi y voir le « formidable rebond » intervenu plus tôt et plus fort qu'attendu, illustrant l'efficacité des politiques de soutien à l'économie qui ont à leur tour produit d'utiles recettes pour la sécurité sociale. Plus que jamais prévaut le constat d'un financement des régimes, en dépit des mesures de périmètre, de diversification des ressources et de fiscalisation, profondément pro-cyclique car dépendant de l'activité, et particulièrement de l'activité salariée. Dit autrement, réformer en profondeur la sécurité sociale n'a pas conduit celle-ci à dévier de ses liens fondamentaux avec le travail, bien au contraire.

On peut y lire aussi les défis que devra relever la sécurité sociale pour retrouver l'équilibre, plus difficile à atteindre encore que par le passé ⁽¹⁾. Sans être une urgence absolue dans les conditions de financement actuelles, la fin des déficits demeure un horizon à la fois régulateur et désirable. L'accumulation des déficits d'ici à 2025 pourrait poser à nouveau, et potentiellement à nouveaux frais, la question du traitement de la dette sociale. L'annexe B interroge aussi la soutenabilité de notre système de retraites, dont les régimes de base pèsent beaucoup dans le maintien de déficits élevés pour la sécurité sociale.

(1) Une note de mars 2021 du Haut conseil du financement de la protection sociale présidé par Dominique Libault rappelle à quel point il a été difficile de réduire un déficit entre 2010 et 2019, pour lequel on parlait de « moins loin ». Pour consulter la note :

<https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2021/HCFIPS-2021-Note%20d'%c3%a9tape%20sur%20les%20finances%20sociales%20apr%c3%a8s%20la%20crise.pdf>

Enfin, elle souligne tout l'intérêt pour la représentation nationale et pour les Français de disposer d'une vision pluriannuelle claire et fiable, qui est d'ailleurs une spécificité des LFSS et l'un des grands acquis de la réforme organique de 2005 ⁽¹⁾. La proposition de loi organique du rapporteur général ⁽²⁾ déjà citée à plusieurs reprises propose de la renforcer en lui adjoignant un « compteur des écarts » à la programmation pluriannuelle des finances publiques. Rattachée à un cadre global des finances publiques et mieux documentée, l'annexe B pourrait devenir plus encore qu'elle ne l'est aujourd'hui un point central de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, autour duquel pourraient se cristalliser des questions aussi fondamentales que le respect de l'autonomie financière de la sécurité sociale, les équilibres entre branches, les conditions économiques et financières dans lesquelles la sécurité sociale peut préserver son équilibre « structurel » ou encore l'importance des mesures nouvelles à fournir à court et moyen terme pour assurer la soutenabilité de l'ensemble du système.

*

* *

(1) *Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.*

(2) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/dossiers/pplo_lfss

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{ER}
Poursuivre la transformation du système de santé

Article 24

Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à définir les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de la télésurveillance dans le droit commun.

Il prévoit la prise en charge des activités de télésurveillance, définies comme étant des activités de surveillance médicale associées à l'utilisation d'un dispositif médical numérique, par le biais d'un forfait. Pour bénéficier de ce forfait, les activités de télésurveillance devront être préalablement évaluées par la Haute Autorité de santé et être inscrites sur une liste créée spécifiquement à cet effet.

Cet article prévoit également la transition entre les expérimentations ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) et la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun. L'objectif est de ne pas provoquer de rupture de prise en charge de patients.

I. LE DROIT EXISTANT : LA TÉLÉSURVEILLANCE N'EST PAS ENCORE SORTIE DES DISPOSITIFS EXPÉRIMENTAUX

A. PLUSIEURS EXPÉRIMENTATIONS DE TÉLÉSURVEILLANCE SONT EN COURS

1. La télésurveillance : l'une des composantes de la télémédecine

La télésurveillance est considérée comme étant l'une des cinq catégories que comprend la télémédecine, notion créée par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ⁽¹⁾, dite loi « HPST », et précisée par le décret du 19 octobre 2010 ⁽²⁾.

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(2) Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémédecine.

Les cinq catégories formant la télémédecine

- 1° La téléconsultation (un professionnel donne une consultation à distance à un patient)
- 2° La télé-expertise (un professionnel donne un avis à un autre professionnel)
- 3° La télésurveillance (un professionnel interprète à distance les données de suivi d'un patient)
- 4° La téléassistance (un professionnel assiste à distance un autre professionnel au cours de la réalisation d'un acte)
- 5° La régulation de l'aide médicale urgente

La télésurveillance est définie à l'article R. 6316-1 du code de la santé publique. Elle a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.

Elle poursuit plusieurs objectifs de santé publique que sont l'amélioration de la qualité de la prise en charge au plus près du lieu de vie, la réduction des inégalités d'accès aux soins pour les usagers isolés géographiquement ou socialement ainsi que la simplification du suivi des patients, dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des pathologies chroniques.

2. Des expérimentations de télésurveillance portant sur cinq pathologies ont été mises en place en 2014 et prolongées

- Constatant le faible développement de la télémédecine en dehors des établissements de santé ⁽¹⁾, et de la télésurveillance en particulier, l'article 36 de la LFSS 2014 ⁽²⁾ a prévu la mise en place d'expérimentations, pour quatre ans, permettant le financement dérogatoire, par les crédits du fonds d'intervention régional (FIR), d'actes de télémédecine réalisés en ville et au sein de structures médico-sociales.

En application de cette loi, le programme ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) a été mis en place pour encourager et soutenir financièrement le déploiement de projets de télésurveillance. Dans le cadre de ce programme, la prestation de télésurveillance n'est effectuée que sur prescription médicale et comprend obligatoirement trois éléments indissociables que sont la télésurveillance médicale, la fourniture d'une solution technique et la prestation d'accompagnement thérapeutique.

(1) 53 % des projets de télémédecine en France étaient alors intégralement mis en œuvre dans des établissements de santé.

(2) Loi n° 2013-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Les cahiers des charges ⁽¹⁾ du programme ETAPES ont été publiés par arrêté en décembre 2016, avril et novembre 2017. Ils portent sur cinq pathologies : l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale, l'insuffisance respiratoire, le diabète et les prothèses cardiaques implantables.

- L'article 91 de la LFSS 2017 ⁽²⁾ a inclus explicitement les établissements de santé dans le cadre du programme ETAPES, a prolongé d'un an ces expérimentations et les a généralisées à toutes les régions ⁽³⁾.

- L'article 54 de la LFSS 2018 ⁽⁴⁾ a donc prolongé pour quatre ans, soit jusqu'au 31 décembre 2021, le financement des expérimentations de télésurveillance prévu dans le cadre du programme ETAPES. Il a alors été estimé que, contrairement aux actes de téléconsultation et de télé-expertise, les actes de télésurveillance ne pouvaient pas encore sortir du cadre expérimental. Ces actes font intervenir un grand nombre d'acteurs et nécessitent un temps d'appropriation et de développement plus conséquent.

Les cinq cahiers des charges de télésurveillance ont fait l'objet d'une révision par arrêté du 11 octobre 2018.

- Les dépenses qui résultent de la mise en œuvre des expérimentations sont prises en charge par le fonds d'intervention régional (FIR). Elles s'imputent sur la dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Une rémunération sur une base forfaitaire complétée par une prime de performance est prévue pour le médecin effectuant la télésurveillance, le professionnel de santé effectuant l'accompagnement thérapeutique du patient, ainsi que pour l'industriel fournissant la solution technique (voir tableau ci-après).

Les dispositifs médicaux utilisés dans le cadre expérimental ne font, en effet, pas l'objet d'un financement dans le cadre du droit commun *via* la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) afin d'éviter un double circuit de prise en charge au titre de l'expérimentation d'une part, et de l'inscription sur la LPPR d'autre part.

- Les conditions de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies dans les cahiers des charges.

(1) Les premiers cahiers des charges concernaient alors trois pathologies chroniques, à savoir l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance rénale et l'insuffisance respiratoire. Deux autres cahiers des charges ont été publiés par arrêté respectivement les 28 avril et le 22 novembre 2017 et portaient sur la télésurveillance du diabète et la télésurveillance des prothèses cardiaques implantables.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(3) Les expérimentations étaient initialement centrées sur neuf régions pilotes (Alsace, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Haute-Normandie, Languedoc-Roussillon, Martinique, Pays de la Loire et Picardie).

(4) Loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Certaines obligations s'imposent aux fournisseurs de solutions techniques. Ces derniers doivent adresser à la direction générale de l'offre de soins une déclaration de conformité par laquelle ils s'engagent à respecter les conditions du cahier des charges, à respecter l'obligation de marquage CE des dispositifs médicaux, à adresser une déclaration d'activité à l'ARS compétente et à contractualiser tant avec le médecin effectuant l'acte de télésurveillance qu'avec le professionnel de santé assurant l'accompagnement thérapeutique du patient.

FORFAITS ET PRIMES DE PERFORMANCE (PAP) PRÉVUS PAR LES CAHIERS DES CHARGES

| Patients | Médecin effectuant la télésurveillance | Professionnel de santé en charge de l'accompagnement thérapeutique | Fournisseur de la solution de télésurveillance et des prestations associées | Objectifs de performance |
|--|--|--|--|---|
| patients porteurs de prothèses cardiaques implantables à visée thérapeutique | Forfait : 65 € / semestre / patient Prime à la performance (PAP) : 130 € / an / patient | X | Tarifs en vigueur sur la liste des produits et prestations remboursables | |
| patients diabétiques | Forfait : 110 € / semestre / patient PAP : 110 € / an / patient | Forfait : 60 € / semestre / patient PAP : 60 € / an / patient | Forfait : 300 à 375 € / semestre / patient PAP : 330 € / an / patient | Moins 15 % des hospitalisations (toutes causes) et moins 16 % des coûts de santé hors télémédecine sur 12 mois par rapport à l'année N. |
| patients insuffisants cardiaques chroniques | Forfait : 110 € / semestre / patient PAP : 120 € / an / patient | Forfait : 60 € / semestre / patient PAP : 60 € / an / patient | Forfait : 300 € / semestre / patient PAP : 300 € / an / patient | Moins 20 % des hospitalisations (hors télémédecine) sur 12 mois par rapport à l'année N. |
| patients insuffisants rénaux chroniques | Forfait : 36,5 à 73 € / semestre / patient PAP : 36,5 à 73 € / an / patient | Forfait : 30 € / semestre / patient PAP : 30 € / an / patient | Forfait : 225 à 300 € / semestre / patient PAP : 225 à 300 € / an / patient | Moins 10 % des replis en centre lourd (cas 1) ou 10 % des rejets de greffon (cas 2) et 5 % en termes de réduction des coûts de santé hors télémédecine. Sur douze mois par rapport à l'année N. |
| patients en insuffisance respiratoire chronique | Forfait : 73 € / semestre / patient PAP : 73 € / an / patient | Forfait : 30 € / semestre / patient PAP : 60 € / an / patient | Forfait : 300 € / semestre / patient PAP : 300 € / an / patient | Moins 10 % des coûts de santé hors télémédecines sur 12 mois par rapport à l'année N. |

Source : « Évaluation des expérimentations de télésurveillance du programme national ETAPES », rapport au Parlement, novembre 2020.

3. La crise du covid-19 a conduit à un élargissement et un assouplissement des expérimentations de télésurveillance

En raison du confinement et des difficultés pour la population la plus fragile à se rendre dans les cabinets médicaux, le nombre de patients télésurveillés dans le cadre du programme ETAPES a fortement augmenté pendant la crise sanitaire.

Deux cahiers des charges ont fait l'objet de modification par arrêté ⁽¹⁾ pour permettre d'inclure plus de patients dans les expérimentations. Ces modifications ont été pérennisées ⁽²⁾ jusqu'au 31 décembre 2021. Ainsi, pour les patients en insuffisance chronique, le critère d'hospitalisation dans l'année ou dans les trente jours précédant l'inclusion dans l'expérimentation a été supprimé. Les critères d'éligibilité à la télésurveillance des patients diabétiques ont, quant à eux, été assouplis et élargis.

4. Parallèlement aux expérimentations ETAPES, d'autres organisations de télésurveillance ont été mises en place

Des projets relatifs à d'autres prises en charge ont pris la voie de l'article 51 de la LFSS 2018. Une première expérimentation dans le domaine du diabète gestationnel est, par exemple, arrivée à terme en juin 2021 ⁽³⁾.

Dans le cadre de crise sanitaire, des organisations de télésurveillance de grande ampleur ont été créées, comme l'application e-santé Covidom, qui permet à des patients porteurs ou suspectés d'être porteurs du covid-19 sans signe de gravité de bénéficier d'un télésuivi à domicile *via* des questionnaires médicaux proposés une ou plusieurs fois par jour, en complément de mesures de confinement. 60 000 patients ont pu bénéficier de ce dispositif.

B. LE PASSAGE DANS LE DROIT COMMUN POURRAIT ACCÉLÉRER LE DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉSURVEILLANCE

Le rapport que le Gouvernement devait remettre au Parlement avant le 30 juin 2021 en vue de la généralisation des expérimentations ETAPES n'a, malheureusement, pas pu être encore finalisé, par manque de données suffisantes ⁽⁴⁾.

(1) Arrêté du 18 mai 2020 complétant l'arrêté du 23 mars 2020 prescrivant les mesures d'organisation et de fonctionnement du système de santé nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire.

(2) Arrêté du 23 décembre 2020 portant cahiers des charges des expérimentations relatives à la prise en charge par télésurveillance mis en œuvre sur le fondement de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(3) L'arrêté du 14 juin 2019 relatif à l'expérimentation pour la prise en charge par télésurveillance du diabète gestationnel a autorisé cette expérimentation pour une durée de deux ans.

(4) D'après les informations transmises par la direction de la sécurité sociale, la moindre dynamique d'inclusion des patients au démarrage de l'expérimentation en 2018 expliquerait ce manque de données.

Néanmoins, le rapport intermédiaire⁽¹⁾, remis au Parlement en novembre 2020, réalise une première évaluation des expérimentations ETAPES. Il fait état d'une diffusion de la télésurveillance plus lente et plus tardive qu'attendu initialement alors même que l'ensemble des acteurs s'accordent pour considérer la télésurveillance de façon très positive. Le rapport met surtout en avant des freins de nature organisationnelle.

Les industriels qui accompagnent la mise en place de la télésurveillance considèrent que les freins tiennent surtout au manque de ressources à l'hôpital et au « *manque de soutien des directions hospitalières* ». Les acteurs régionaux, représentants de l'État ou de l'assurance maladie, expliquent, eux, le moindre déploiement de la télésurveillance par le fait qu'ils jugent d'autres chantiers de la Stratégie nationale de santé (SNS) comme prioritaires, à l'instar des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ou des systèmes numériques d'appui à la coordination des parcours (SNAC).

Seule une sortie du dispositif expérimental semble à même de permettre le plein déploiement de la télésurveillance. Comme le souligne le rapport d'évaluation remis au Parlement, « *le passage en droit commun à venir de la télésurveillance semble être d'ores et déjà intégré* » par l'ensemble des acteurs.

II. LE DROIT PROPOSÉ : DÉFINIR LE MODÈLE DE PRISE EN CHARGE DE LA TÉLÉSURVEILLANCE DANS LE DROIT COMMUN

Le présent article organise une prise en charge par l'assurance maladie des activités de télésurveillance médicale et des dispositifs médicaux numériques associés.

Le **I** modifie l'article L. 160-8 du code de la sécurité sociale pour ajouter les frais de télésurveillance à la liste des frais couverts par l'assurance maladie obligatoire.

Le **II** crée, lui, une nouvelle section du code de la sécurité sociale (articles L. 162-48 à L. 162-57) portant spécifiquement sur la télésurveillance médicale.

A. PRÉCISER QUELLES ACTIVITÉS ET QUELS DISPOSITIFS DE TÉLÉSURVEILLANCE POURRONT PRÉTENDRE À UNE PRISE EN CHARGE DE DROIT COMMUN

Le **II** du présent article prévoit que peuvent être prises en charge les « activités de télésurveillance médicale » définies comme étant des interventions qui comprennent deux éléments : à la fois une surveillance médicale et une utilisation de dispositifs médicaux numériques.

(1) Le rapport est disponible au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-parlement-novembre2020_v5.pdf

1. La surveillance médicale

Le présent article définit la surveillance médicale en fonction des objectifs qu'elle poursuit. Ainsi, la surveillance médicale a pour objet l'analyse des données et alertes transmises au moyen des dispositifs médicaux numériques ainsi que toutes les actions nécessaires à sa mise en place, au paramétrage du dispositif, à la formation du patient à son utilisation, et à la vérification et au filtrage des alertes, ainsi, le cas échéant, que des activités complémentaires, notamment d'accompagnement thérapeutique (nouvel article L. 162-48 du code de la sécurité sociale).

Ne sont éligibles à une prise en charge de droit commun que les activités de surveillance médicale réalisées par un « opérateur de télésurveillance » déclaré auprès de l'agence régionale de santé (ARS) compétente (L.162-51, alinéa 1, du code de la sécurité sociale).

a. L'opérateur de télésurveillance

Le nouvel article L. 162-50 du code de la sécurité sociale définit de manière très souple ce qu'est un opérateur de télésurveillance. Il s'agit d'un professionnel médical ou d'une personne morale regroupant des professionnels de santé dont au moins l'un d'eux est un professionnel médical.

Afin de renforcer les coopérations entre les professionnels de santé et développer les activités de télésurveillance en ambulatoire, l'article précise que les professionnels formant un opérateur de télésurveillance peuvent exercer en libéral, au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle, d'un établissement ou d'un service médico-social.

La souplesse de cette définition répond aux recommandations des experts interrogés dans le cadre des travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) sur l'évaluation économique de la télésurveillance⁽¹⁾. Ces derniers avaient en effet insisté sur l'importance de prévoir des organisations modulaires adaptées à chaque type de pathologie.

b. L'autorisation de l'opérateur de télésurveillance par l'agence régionale de santé compétente

• Le nouvel article L. 162-51 du code de la sécurité sociale prévoit qu'un opérateur de télésurveillance médicale souhaitant bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de tout ou partie de ses activités doit, au préalable, déclarer ces activités à l'ARS territorialement compétente. La procédure d'autorisation passe par :

– le dépôt, par l'opérateur de télésurveillance, d'une déclaration auprès de l'ARS. Le contenu de la déclaration sera précisé par décret mais il devra, *a minima*,

(1) « Évaluation économique de la télésurveillance pour éclairer la décision publique. Quels sont les choix efficaces au regard de l'analyse de la littérature ? », Haute Autorité de santé, décembre 2020.

préciser quels sont les professionnels impliqués et quelles sont les dispositions prises pour assurer la continuité des soins ;

– la remise ou la transmission, par le directeur général de l’agence régionale de santé, d’un récépissé de cette déclaration à l’opérateur de télésurveillance ainsi qu’à la caisse primaire d’assurance maladie.

Ce dispositif d’autorisation préalable permettra de s’assurer que l’opérateur de télésurveillance a bien pour objectif de garantir la qualité et la sécurité des soins. Il est complété par un dispositif, en aval, de suspension de l’autorisation en cas de manquement de la part de l’opérateur de télésurveillance.

● Le nouvel article L. 162-51 du code de la sécurité sociale prévoit des dispositions en cas de manquement de l’opérateur de télésurveillance aux dispositions législatives et réglementaires relatives à la réalisation d’activités de télésurveillance ainsi qu’en cas de non-transmission de la déclaration préalable à l’ARS.

Après avoir mis en demeure l’opérateur de télésurveillance de se conformer aux règles, le directeur général de l’ARS met fin à la validité de la déclaration et en informe la caisse primaire d’assurance maladie qui suspend les remboursements.

2. Les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance

L’utilisation de dispositifs médicaux numériques constitue, aux côtés de la surveillance médicale, la seconde composante de l’« activité de télésurveillance médicale » qui peut bénéficier d’une prise en charge par l’assurance maladie.

● Le **II** du présent article donne une définition des dispositifs médicaux numérique de télésurveillance (2° du nouvel article L. 162-48 du code de la sécurité sociale) :

– il s’agit de dispositifs médicaux répondant à la définition européenne ⁽¹⁾, donc de dispositifs disposant du marquage CE ;

– il s’agit de dispositifs ayant pour fonction de collecter, d’analyser, de transmettre des données physiologiques, cliniques ou psychologiques et d’émettre des alertes lorsque des valeurs seuils prédéfinies sont dépassées ;

– ces dispositifs peuvent être associés à des accessoires de collecte, lorsque ces derniers ne sont ni implantables, ni invasifs et sans visée thérapeutique ;

– ces dispositifs peuvent, pour leurs fonctions autres que la télésurveillance, être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ⁽²⁾ ;

(1) Définition énoncée à l’article 2 du règlement 2017/745 (UE) du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017.

(2) Pour qu’un dispositif médical à usage individuel ainsi que les prestations de services et d’adaptation qui lui sont associées puissent bénéficier du remboursement ou de la prise en charge par un régime d’assurance

La définition des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance se veut volontairement souple, en raison de la diversité des dispositifs médicaux qui pourront être utilisés dans le cadre de la télésurveillance.

• Dans le cadre d'une activité de télésurveillance prise en charge par l'assurance maladie, le dispositif médical numérique doit être mis à la disposition de l'assuré par l'opérateur de télésurveillance, soit directement en tant qu'exploitant, soit par l'intermédiaire d'un exploitant ou d'un distributeur au détail avec lequel l'opérateur de télésurveillance a conclu une convention.

Le présent article précise que les dispositions de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale s'appliquent à l'exploitant du dispositif médical. Pour rappel, cet article introduit en LFSS 2020 ⁽¹⁾ distingue la notion d'« exploitant » de celle de « fabricant » de dispositif médical et prévoit qu'il appartient à l'exploitant, lorsqu'il n'est pas le fabricant, de déclarer aux autorités toute information permettant d'identifier le produit.

B. PRÉVOIR LES MODALITÉS D'ÉVALUATION ET D'ADMISSION AU REMBOURSEMENT DES ACTIVITÉS ET DISPOSITIFS DE TÉLÉSURVEILLANCE

Pour être prises en charge par l'assurance maladie, les activités de télésurveillance doivent être évaluées par la HAS puis inscrites sur une liste, que l'on pourrait qualifier de « liste télésurveillance », créée par le **II** du présent article.

La demande d'inscription doit être déposée par l'exploitant du dispositif médical numérique.

Une fois inscrites sur cette liste, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut les admettre au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie.

1. L'évaluation par la HAS

Le **II** du présent article prévoit que la HAS évalue l'existence « *d'une amélioration de la prestation médicale* » :

- soit par rapport à une prise en charge sans télésurveillance ;
- soit par rapport aux activités de télésurveillance qui font déjà l'objet d'une prise en charge.

maladie, ils doivent être inscrits sur une liste établie par arrêté ministériel désignée communément sous le nom de LPP ou LPPR (article L. 165-1 du code de la sécurité sociale).

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

2. L'inscription sur la liste des activités et dispositifs admis au remboursement

Si l'évaluation par la HAS conclut à une amélioration de la prestation médicale des activités de télésurveillance, celles-ci peuvent être admises au remboursement par l'assurance maladie.

Comme tel est le cas actuellement pour les médicaments et les dispositifs médicaux, cette admission au remboursement prend la forme d'une inscription sur une liste. Le **II** du présent article crée une nouvelle liste, distincte de la LPPR prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (nouvel article L. 162-52 du code de la sécurité sociale).

La création d'une « liste télésurveillance » distincte des listes existantes vise à prendre en compte les spécificités de la télésurveillance qui mêle de manière indissociable des activités de soins à l'utilisation d'un dispositif médical.

● L'inscription des activités de télésurveillance sur cette nouvelle liste comporte certaines spécificités. Elle est effectuée, de manière assez novatrice, sous la forme d'un référentiel qui comprend :

– les exigences minimales applicables à l'opérateur de télésurveillance médicale et notamment la qualification des professionnels de santé et les dispositions nécessaires pour assurer la qualité des soins ;

– la description du dispositif médical numérique associé ainsi que, le cas échéant, du dispositif de collecte. Comme pour la LPPR, les dispositifs peuvent être inscrits en nom de marque ou bien en description générique.

Inscription en « nom de marque » et en « description générique »

Un produit ou une prestation inscrit sous nom de marque précise systématiquement soit le nom commercial du produit soit le nom de la société. Une ligne correspond à un seul et unique produit donné (plusieurs références peuvent y être associées) pour une seule et unique entreprise. Un exemple est donné à la deuxième ligne du tableau ci-dessous.

Une description générique correspond à une catégorie homogène de dispositifs médicaux qui, pour pouvoir se faire rembourser au tarif indiqué, doivent répondre strictement aux spécifications techniques minimales indiquées, ainsi, le cas échéant, qu'aux indications et aux conditions de prescription et de délivrances. Une description générique ne précise, dans son intitulé, aucun nom commercial ou nom de marque. Une ligne générique peut correspondre à plusieurs produits d'entreprises différentes. Un exemple est donné à la troisième ligne du tableau ci-dessous.

| Code ouvrant droit à la prise en charge par la sécurité sociale | | | Tarif de remboursement TTC | Prix limite de vente TTC (le cas échéant) | Date de fin de prise en charge |
|---|---|-------------------|----------------------------|---|--------------------------------|
| 333 333 3 | Simulateur cardiaque triple chambre. Modèle suivant : XXX | Nom de la société | 4 000 | 4 000 | 31.07.2022 |
| 2531807 | Prothèse oculaire définitive de recouvrement avec prise d'empreinte. La prise en charge est assurée pour l'appareillage cosmétique de recouvrement pour globe oculaire non voyant ou malvoyant. La prothèse définitive doit être parfaitement adaptée à la conformation du cul-de-sac conjonctival. Sa face interne doit respecter le relief du globe oculaire. Son volume doit permettre d'obtenir une ouverture palpébrale identique à celle de l'œil adelphe (...) | | 918,80 | 918,80 | 31.07.2022 |

Source : CEPS.

La liste précise les indications de l'activité de télésurveillance ouvrant droit à cette prise en charge ou à ce remboursement.

- À noter que l'inscription d'un couple « opérateur de télésurveillance – dispositif médical associé » n'est pas automatique. Elle peut être subordonnée :

- au respect de spécifications techniques, d'indications de télésurveillance et de conditions particulières de prescription, d'utilisation et de distribution ;

- au dépôt, par les exploitants du dispositif médical, d'une déclaration de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité prévus à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique. La déclaration de conformité sera établie par un organisme désigné par décret, a priori par l'Agence du numérique en santé.

- Le **III** du présent article prévoit la possibilité, pour un dispositif médical, d'être à la fois inscrit sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR),

pour ses fonctions qui ne sont pas liées à la télésurveillance, et sur la « liste télésurveillance » pour sa fonction de télésurveillance.

Dans ce cas, le tarif de responsabilité fixé par le CEPS pour le dispositif inscrit sur la LPPR ne doit pas prendre en compte la fonction de télésurveillance du dispositif, celle-ci étant prise en charge par ailleurs, au titre de son inscription sur la « liste télésurveillance ».

L'interdiction pour le prix des dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR de prendre en compte leurs « fonctions de télésurveillance »

Concrètement, les conséquences de cette disposition seront différentes selon que la solution numérique de télésurveillance est aujourd'hui ou non prise en charge de manière différenciée sur la LPPR. Trois cas peuvent être distingués :

- si la solution numérique de télésurveillance est aujourd'hui prise en charge de manière différenciée sur la LPPR (comme tel est le cas pour les défibrillateurs), cette prise en charge sera supprimée de la LPPR pour être rémunérée par le « forfait télésurveillance » ;
- si la solution numérique de télésurveillance est aujourd'hui évaluée et rémunérée à travers une tarification unique (comme tel est le cas pour stimulateurs cardiaques), alors le prix du dispositif médical baissera et la solution de télésurveillance sera rémunérée par le « forfait télésurveillance » ;
- si la solution numérique de télésurveillance n'a jamais été évaluée mais est, indirectement, prise en charge dans le prix du dispositif médical inscrit sur la LPPR, alors la prise en charge du dispositif médical sur la LPPR pourra éventuellement baisser afin de favoriser le financement de la solution de télésurveillance par le « forfait télésurveillance ».

C. ÉLABORER LE MODÈLE DE RÉMUNÉRATION DES ACTIVITÉS DE TÉLÉSURVEILLANCE ET DE PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Un certain nombre de consultations qui relèvent de la télésurveillance mais non pas directement du suivi des patients à distance font déjà l'objet d'une prise en charge de droit commun. Il s'agit notamment des consultations de prescription de la télésurveillance et d'inclusion des patients dans le protocole, ainsi que des consultations au cours desquelles les professionnels de santé reçoivent leurs patients pour analyser avec eux les remontées de données physiologiques.

Dans un souci de simplicité, le présent article ne substitue pas le nouveau modèle de prise en charge de la télésurveillance aux modes de rémunération actuels mais vient s'y adosser.

1. La mise en place d'un forfait

Le II du présent article prévoit que la prise en charge des activités de télésurveillance s'effectue par le biais d'un forfait. Il s'agit en effet du seul modèle de rémunération cohérent avec les spécificités de l'activité de télésurveillance,

laquelle implique l'utilisation d'un dispositif médical et la mise en place d'une organisation permettant la coordination autour du patient de plusieurs types d'acteurs (nouvel article L. 162-54 du code de la sécurité sociale).

Ce forfait, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, comprend :

– une base forfaitaire, déterminée en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques ;

– une modulation à la hausse ou à la baisse en fonction, notamment, de la fréquence du suivi réalisé par l'opérateur de télésurveillance, de la complexité de la prise en charge, du recours à des accessoires de collecte associés et des conditions prévisibles et réelles de recours. Cette liste de critères n'est pas limitative. Les enseignements tirés des expérimentations ETAPES, et notamment de l'utilité des primes de performance, permettront de déterminer les critères pertinents de modulation des forfaits.

Ces dispositions sont très souples, de manière à adapter la prise en charge forfaitaire aux différents modes d'organisation de la télésurveillance. De nombreux éléments devront être précisés par la voie réglementaire, notamment l'unicité du forfait ou sa scission entre plusieurs forfaits permettant de rémunérer d'un côté l'équipe de soins, et de l'autre les dispositifs médicaux.

L'article prévoit que le patient ne peut être redevable à un opérateur de télésurveillance, au titre de la surveillance médicale, d'autres montants que celui prévu par le forfait. L'objectif est qu'il n'y ait pas de reste à charge pour le patient. Ainsi, le montant du forfait sera pris en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire (dans le cadre des forfaits responsables) ⁽¹⁾.

2. L'encadrement du prix des dispositifs médicaux

● Le **II** du présent article permet aux ministres chargés de l'économie et de la santé de plafonner les prix des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance et des dispositifs de collecte associés (nouvel article L. 162-55 du code de la sécurité sociale).

Cette disposition semble poursuivre un double objectif :

– s'assurer que les fournisseurs ne mettent pas leurs dispositifs médicaux à la disposition d'un opérateur de télésurveillance à un prix trop élevé ;

– éviter les restes à charge trop importants pour les patients, notamment dans le cas où le Gouvernement décidait la mise en place d'un forfait portement spécifiquement sur les dispositifs médicaux.

(1) Informations transmises par la direction de la sécurité sociale au rapporteur général.

- En plus de la possibilité donnée aux ministres de plafonner les prix des dispositifs médicaux, le **IV** donne aux organismes d'assurance maladie la possibilité de prononcer une pénalité financière à l'encontre des personnes qui factureraient un dispositif médical de télésurveillance à un prix ne respectant pas le prix fixé par le CEPS. À cette fin, il complète l'article L. 165-3-1 du code de la sécurité sociale, lequel prévoit déjà cette possibilité pour les dispositifs médicaux inscrits sur la LPPR.

3. Le conditionnement de la prise en charge à son utilisation et ses résultats en vie réelle

Le **II** du présent article prévoit de conditionner la prise en charge des activités de télésurveillance à l'utilisation effective du dispositif médical par le patient ainsi qu'à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle (nouvel article L. 162-56 du code de la sécurité sociale).

- *Le conditionnement de la prise en charge à l'utilisation effective du dispositif médical*

Cette disposition poursuit un double objectif. Elle vise à encadrer le risque financier pris par l'assurance maladie et à éviter les dépenses injustifiées. Elle vise également à inciter à la mise en place d'une meilleure remontée d'informations. Des données plus fines quant à l'utilisation effective des dispositifs médicaux permettra de venir plus facilement en aide aux patients qui rencontreront des difficultés pour utiliser les solutions numériques de télésurveillance.

Un tel conditionnement existe d'ores et déjà pour d'autres dispositifs médicaux, notamment dans le cadre de certains traitements d'affections chroniques où le niveau de remboursement peut dépendre de l'utilisation du dispositif médical mis à la disposition du patient ⁽¹⁾.

Le rapporteur général insiste sur l'importance de préciser par la voie réglementaire les conditions d'arrêt de la prise en charge en cas de non-utilisation du dispositif médical. Comme tel est le cas aujourd'hui pour d'autres dispositifs, l'objectif ne doit pas être d'interrompre la prise en charge d'un patient dès les premiers signes de non-utilisation d'un dispositif mais bien plutôt de réduire progressivement la rémunération du fournisseur pour l'inciter à rendre effective l'utilisation de son produit.

- *Le conditionnement de la prise en charge à l'atteinte de résultats en vie réelle*

Le présent article prévoit de conditionner la prise en charge à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle, lorsqu'ils existent, évalués sur le fondement d'indicateurs qui auront été définis par la HAS dans le référentiel de télésurveillance.

(1) Article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale.

Pour rappel, les données en vie réelle sont des données qui ne sont pas collectées dans un cadre expérimental mais qui sont générées à l'occasion des soins réalisés en routine pour un patient, et qui reflètent donc *a priori* la pratique courante. Leur utilisation constitue un enjeu majeur pour la qualité des soins et la régulation du système de santé, comme l'a rappelé un récent rapport parlementaire au sujet des médicaments ⁽¹⁾.

● Le présent article ne précise pas exactement comment ces données seront collectées. Il autorise simplement les opérateurs de télésurveillance à transmettre à l'assurance maladie, avec l'accord des patients, les données nécessaires au contrôle de l'utilisation effective du dispositif médical ainsi que celles nécessaires à la vérification de l'atteinte de résultats en vie réelle. Il précise également que le recueil et la transmission des données personnelles de santé devront respecter le règlement général sur la protection des données (RGPD) ⁽²⁾.

4. L'arrêt progressif de la prise en charge des référentiels moins pertinents sur le plan médical

Le II du présent article prévoit un système de radiation progressive des référentiels de télésurveillance qui apportent un progrès moindre pour le patient (deuxième alinéa du nouvel article L. 162-53 du code de la sécurité sociale).

Dès lors que la HAS estimera qu'un nouveau référentiel de télésurveillance apporte, pour une indication donnée, un progrès plus important qu'un référentiel existant, ce dernier verra sa prise en charge progressivement diminuer et sera radié, au bout d'un certain temps, de la liste des solutions de télésurveillance qui peuvent être prises en charge par l'assurance maladie.

L'objectif est triple. En permettant une gestion dynamique de la liste des solutions de télésurveillance prises en charge par l'assurance maladie, l'objectif est d'éviter le remboursement de dispositifs coûteux alors qu'ils sont moins performants que d'autres sur le plan médical. L'objectif est également, et surtout, de garantir la plus grande qualité de prise en charge possible et d'éviter toute perte de chance pour les patients en ne les faisant bénéficier que des meilleurs référentiels existants. L'objectif est, enfin, de stimuler l'innovation en matière de dispositifs médicaux.

Le rapporteur général insiste sur le nécessaire encadrement réglementaire de cette mesure. La dégressivité de la prise en charge devra se faire sur un temps suffisamment long pour permettre la continuité de traitement des patients et laisser le temps aux équipes de télésurveillance de s'adapter.

(1) Rapport d'information (n° 4275) de Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine, fait au nom de la mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les médicaments (juin 2021).

(2) Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE.

D. ANTICIPER LA TRANSITION ENTRE L'EXPÉRIMENTATION ETAPES ET LE PASSAGE DANS LE DROIT COMMUN

Le **V** du présent article modifie l'article 54 de la LFSS 2018, afin de prévoir la transition entre les expérimentations ETAPES et la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun. L'objectif est de ne pas provoquer de rupture de prise en charge de patients.

Le **1°** du **V** et le **VII** du présent article prévoient que le programme ETAPES, qui devait prendre fin au 1^{er} janvier 2022, est prolongé jusqu'à un mois après l'entrée en vigueur du présent article. Ce dernier entrant en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} juillet 2022, le programme ETAPES sera donc prolongé, au maximum, jusqu'au 1^{er} août 2022.

Le **3°** du **V** prévoit une prise en charge transitoire des expérimentations ETAPES, à condition que les expérimentateurs déposent auprès des ministres compétents et de la HAS une demande d'inscription de leurs activités sur la liste « télésurveillance », au plus tard un mois après l'entrée en vigueur du présent article. Cette prise en charge transitoire prend fin au plus tard le 31 décembre 2022.

En raison de la création de la « liste télésurveillance », le **4°** du **V** supprime la disposition qui permettait aux entreprises de déposer, avant la fin de l'expérimentation ETAPES, une demande d'inscription de leurs solutions de télésurveillance sur la LPPR. Ils devront désormais demander l'inscription de leurs produits ou prestations sur la « liste télésurveillance ». Le **VI** prévoit que les dispositifs médicaux de télésurveillance médicale inscrits sur la LPPR seront radiés de cette liste au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Le **2°** du **V** interdit aux solutions numériques prises en charge dans le cadre de l'expérimentation ETAPES d'être également prises en charge au titre de la « liste télésurveillance » pour éviter tout cumul de remboursement.

E. LE COÛT DE LA PRISE EN CHARGE DE LA TÉLÉSURVEILLANCE DANS LE DROIT COMMUN

Les patients déjà inclus dans le programme ETAPES représentent une dépense de 11 millions d'euros en 2021 pour l'assurance maladie.

L'étude d'impact estime que le coût de la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun s'élèverait à 22 millions d'euros en 2022 puis augmenterait chaque année de 22 millions d'euros, en raison de l'acculturation progressive des professionnels de santé au dispositif.

*

* *

Article 25

Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 25 modifie à la marge plusieurs réformes en cours relatives au financement des établissements de santé.

L'article 25 modifie à la marge plusieurs réformes en cours relatives au financement des établissements de santé :

- réforme du ticket modérateur hospitalier ;
- réforme du financement des établissements de psychiatrie ;
- réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Il reporte l'entrée en vigueur des réformes du financement des hôpitaux de proximité, des activités de médecine et de la facturation au fil de l'eau des séjours hospitaliers.

I. RÉFORME DU TICKET MODÉRATEUR

A. LE DROIT EXISTANT

1. Un nouveau système de calcul du ticket modérateur prévu par la LFSS 2020

a. Les tarifs nationaux de prestation et le système dérogatoire issus de la réforme de la T2A

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004⁽¹⁾, qui a instauré la tarification à l'activité (T2A), a fait des tarifs nationaux de prestations issus des groupements homogènes de séjour (GHS) la base de calcul du ticket modérateur à la charge des assurés pour les établissements de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO).

Dans le même temps, l'article 33 de la même loi a prévu le maintien, de façon dérogatoire et transitoire, et uniquement dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale – c'est-à-dire publics et privés non lucratif – des règles de calcul du ticket modérateur qui prévalaient avant la mise en place de la T2A. Afin de ne pas augmenter la valeur faciale du ticket modérateur au moment de la réforme, il a été décidé que le calcul du ticket modérateur se ferait de

(1) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

manière transitoire sur une assiette plus large, pour ces établissements, que les seuls GHS.

En effet, le passage à une assiette du ticket modérateur calculée à partir des GHS uniquement aurait été coûteux pour les établissements sous dotation globale, pour lesquels l'assiette des tarifs nouvellement définis était bien plus restreinte que le coût global du séjour, qui inclue les dotations complémentaires (et notamment la dotation « missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation »), la part de ces dotations complémentaires étant beaucoup moins importante pour les établissements privés lucratifs.

b. Un système dérogatoire et transitoire... devenu permanent de 2004 à 2019

Depuis 2004, le calcul de cette participation dans ces établissements se faisait donc sur la base de « tarifs journaliers de prestation » (TJP), qui prennent en compte ces différents financements. L'assuré hospitalisé dans des établissements anciennement sous dotation globale participe de cette manière au financement de toutes les composantes de la T2A, y compris les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et les forfaits annuels d'urgence et de greffes, la seule exception à cette règle étant celle des produits de la liste en sus.

La sortie de cette dérogation qui se voulait transitoire s'est révélée très difficile du fait :

– de l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la T2A, en l'absence de mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (*cf. infra*) ;

– surtout, de l'effet financier important pour les établissements concernés qu'entraînerait une modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur.

Face à ces difficultés, cette phase dérogatoire a été repoussée à trois reprises : alors qu'un terme avait été dans un premier temps fixé au 31 décembre 2008 par la LFSS 2004, elle a été reportée au 31 décembre 2012 par la LFSS 2009, au 31 décembre 2015 par la LFSS 2013 et au 31 décembre 2019 par la LFSS 2016.

c. La réforme adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

L'article 35 de la LFSS 2020 a supprimé l'objectif de calculer, à terme, le ticket modérateur sur la base des GHS.

Il a mis en place un nouveau système de calcul du ticket modérateur, en remplaçant les tarifs journaliers de prestation par une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national.

Les modalités de cette nouvelle tarification doivent être déterminées par voie réglementaire, et être applicables non seulement dans le champ du MCO, mais également pour les activités de psychiatrie et SSR de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés.

Par exception, seul le ticket modérateur pour les activités de MCO dans les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national devrait rester, à terme, calculé à partir des GHS.

2. Les ajustements en LFSS 2021

La crise sanitaire a considérablement ralenti les travaux techniques et suspendu la concertation avec les acteurs, débutée en février 2020, rendant de fait impossible la mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} janvier 2021.

a. Un report au 1^{er} janvier 2022

Pour tenir compte de ce retard, l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a reporté au 1^{er} janvier 2022 l'entrée en vigueur de ce nouveau modèle pour les établissements de psychiatrie et de SSR, au lieu du 1^{er} janvier 2021 comme prévu initialement.

Un amendement du Gouvernement adopté en séance publique au Sénat a permis de procéder au même décalage pour les activités de MCO ⁽¹⁾.

b. La mise en place d'un coefficient de transition pour les activités de MCO

Un amendement du Gouvernement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale a prévu l'affectation d'un coefficient de transition pour les établissements publics et privés non lucratifs (anciennement sous dotation globale) exerçant des activités de MCO ⁽²⁾.

Ce coefficient doit permettre de lisser les effets revenus que pourrait avoir cette réforme. En effet, la réforme pourrait faire perdre *in fine* à certains établissements plus de 10 % de leurs recettes de ticket modérateur. Par ailleurs, les dotations MIGAC, qui avaient été le vecteur initialement identifié par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 pour lisser ces effets revenus dans le temps, n'apparaissent finalement plus comme le vecteur adapté.

Ce coefficient de transition sera calculé pour chaque établissement concerné afin de tenir compte des conséquences de l'application de la nouvelle tarification sur ses recettes par rapport à la situation actuelle.

Les modalités de calcul du coefficient de transition, ainsi que le taux national annuel de convergence des tarifs journaliers de prestation servant au calcul

(1) Amendement n° 1073.

(2) Amendement n° 2682.

des coefficients de transition des établissements concernés, seront fixés par arrêtés ministériels. Ce coefficient doit logiquement atteindre la valeur de 1 au plus tard le 1^{er} janvier 2026 – date à laquelle la réforme doit pleinement entrer en vigueur – et ses modalités d’application doivent encore être fixées par un décret en Conseil d’État.

La valeur du coefficient, ainsi que la valeur des tarifs journaliers de prestation en découlant, seront fixées pour chaque établissement par le directeur général de l’agence régionale de santé, et prendront effet au 1^{er} janvier de l’année en cours, excepté pour les hôpitaux d’instruction des armées pour lesquels ce coefficient de transition ainsi que les tarifs journaliers seront directement fixés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la défense.

B. DES AJUSTEMENTS NÉCESSAIRES

1. Un meilleur lissage des effets revenus nécessaire

Selon l’évaluation préalable, s’agissant des champs de la psychiatrie et des SSR, la mobilisation des dotations populationnelle d’un côté et des MIGAC de l’autre ne s’avère finalement pas être le vecteur adapté pour lisser les effets revenus des établissements concernés dans le temps, notamment pour les établissements de SSR disposant d’un faible montant de dotations MIGAC. Dès lors, toujours selon l’évaluation préalable, *« il apparaît nécessaire d’homogénéiser les mécanismes de gestion des effets revenus sur l’ensemble des champs concernés afin de permettre la mise en œuvre opérationnelle de cette réforme »*.

2. Une transition plus progressive pour le SSR et la psychiatrie, sur le modèle du MCO

Le **B** du **I** du présent article vient modifier le VI de l’article 35 de la LFSS 2020 – issu de l’article 51 de la LFSS 2021 – relatif au coefficient de transition applicable à la réforme du ticket modérateur en MCO.

Le 1^o étend ce coefficient aux secteurs de la psychiatrie et des SSR.

Par conséquent, le 4^o supprime les deux derniers alinéas du même article, qui prévoyaient explicitement la possibilité de majorer ou de minorer le montant d’autres dotations (MIGAC et dotation populationnelle) pendant trois ans pour limiter l’effet sur les revenus de ces établissements.

3. Des tarifs mieux adaptés au calendrier de la campagne tarifaire

Le **A** du **I** du présent article modifie l’article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale relatif à la tarification nationale journalière des prestations. Il précise ainsi que ces tarifs prennent effet au 1^{er} mars de l’année en cours. Cette précision permettra d’harmoniser l’entrée en vigueur de ces tarifs avec les

campagnes budgétaires et tarifaires à destination des établissements de santé qui débutent chaque année le 1^{er} mars.

La même adaptation est prévue par le 2^o et le 3^o dans le cadre du système transitoire à partir de 2023.

II. ADAPTATION DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE

A. UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DU FINANCEMENT DE LA PSYCHIATRIE ENTRANT EN VIGUEUR EN 2022

● L'article 34 de la LFSS 2020 a entièrement transformé le système de financement actuel des établissements assurant une activité de psychiatrie.

Ce financement se caractérise aujourd'hui par son caractère dual, entre, d'une part, le financement à la dotation annuelle de financement, enveloppe fermée, finançant les établissements publics et certains établissements privés non lucratifs, et, d'autre part, le financement « au prix de journée » des cliniques privées.

La réforme actuellement mise en œuvre doit permettre d'unifier les modalités de financement des acteurs publics et privés de la psychiatrie, en proposant un modèle de financement commun.

Les établissements de psychiatrie seront désormais financés par une dotation populationnelle, ainsi que par des financements complémentaires prenant notamment en compte le développement de nouvelles activités, l'activité estimée au travers de la taille et de l'évolution des files actives, la qualité des prises en charge proposée, la recherche.

● L'entrée en vigueur de cette réforme, initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2021, a été reportée au 1^{er} janvier 2022 par l'article 51 de la LFSS 2021.

B. UN AJUSTEMENT RELATIF À LA FACTURATION DES PRESTATIONS POUR EXIGENCES PARTICULIÈRES DES PATIENTS

Certaines prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, peuvent donner lieu à une facturation au patient par les établissements de santé sans prise en charge par la sécurité sociale.

Il s'agit principalement de l'installation dans une chambre particulière, mais également de l'hébergement et de la restauration des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée, de la mise à disposition du patient d'une télévision ou d'un téléphone dans la chambre, ou de « *prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement* »⁽¹⁾.

(1) Article R. 162-27 du code de la sécurité sociale.

Une base législative existe pour la facturation de telles prestations exceptionnelles :

– à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale pour les établissements assurant des activités de MCO ;

– à l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale pour les établissements assurant des activités de SSR.

Pour les établissements privés assurant une activité de psychiatrie, cette base législative était contenue dans l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale⁽¹⁾. Or, cet article a été abrogé par l'article 34 de la LFSS 2019. Selon l'évaluation préalable, le Conseil d'État a dès lors souligné, « à l'occasion de l'examen d'un projet de décret, l'absence actuelle de base légale » pour maintenir un tel dispositif dans les établissements de psychiatrie.

Le II rétablit donc, pour les établissements autorisés en psychiatrie, la possibilité de facturer au patient certaines prestations liées à ses exigences particulières. Cette disposition entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

III. AJUSTEMENTS RELATIFS À LA RÉFORME DES SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION

A. LE DROIT EN VIGUEUR

• La LFSS 2016 a profondément rénové le cadre du financement des activités de SSR, en introduisant, à son article 78, un nouveau modèle de financement, commun aux trois secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif, et reposant sur une dotation modulée à l'activité.

Le texte issu de cette LFSS prévoyait une application de la réforme dès 2017 et un déploiement progressif jusqu'en 2022, dans le cadre d'un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme sur les recettes des établissements de santé.

Le début de cette période de montée en charge du nouveau dispositif a toutefois été successivement reporté, par les LFSS 2018, 2020 puis 2021 au 1^{er} janvier 2020, 2021 puis 2022. Cette période doit désormais s'étendre jusqu'en 2026.

Le modèle ciblé a été profondément remanié par l'article 34 de la LFSS 2020. Cet article prévoit que les activités de SSR exercées par les établissements de santé, tous statuts juridiques confondus, bénéficient d'un financement mixte composé :

(1) Pour les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie, cette possibilité était prévue directement par l'article R. 162-27 du code de la sécurité sociale.

– de recettes issues directement de l’activité. Ces recettes seront déterminées sur la base de tarifs nationaux de prestations, des coefficients géographiques, d’un coefficient de minoration si nécessaire pour concourir au respect de l’objectif de dépenses SSR ;

– d’une dotation forfaitaire permettant de sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités.

Cette réforme a maintenu l’existence d’un coefficient de transition, prévu dès l’origine de la réforme, qui doit permettre d’amortir jusqu’en 2026 les effets de la réforme pour les établissements.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **III** du présent article modifie la réforme du financement du SSR.

Le **A** et le **B** corrigent une erreur de numérotation issue des modifications successives de l’article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale.

Le **C** modifie profondément le dispositif en vigueur au cours de la période transitoire.

Le **3°** introduit des dispositions transitoires spécifiques à l’année 2022, en modifiant les dispositions du E du III de l’article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

En effet, en 2022, première année de la mise en œuvre de la réforme, à titre exceptionnel, une dotation unique sera accordée à chaque établissement de SSR. Cette dotation unique permettra de sécuriser leur financement. En effet, elle sera calibrée sur la base de leurs ressources de 2021, hors recettes exceptionnelles liées à la crise sanitaire, par dérogation aux articles relatifs au financement du SSR ⁽¹⁾ (2° du E).

Toutefois, pour permettre la pleine montée en charge de la réforme en 2023, le nouveau mode de calcul sera malgré tout appliqué « à blanc » en 2022 : les établissements se verront notifier les recettes qu’ils auraient touchées dans le modèle « cible », mais ces montants ne seront pas versés par les caisses (1° du E).

Le montant de la dotation unique sera ensuite ajusté en fonction de l’atteinte de l’objectif de dépenses SSR et des marges de manœuvre financières restantes, afin de valoriser les établissements pour qui l’application du nouveau modèle aurait été plus avantageuse que la mise en place de la dotation de sécurisation, pour que l’entrée en vigueur progressive ne les pénalise pas et afin d’enclencher plus

(1) L. 162-23 à L. 162-23-11 du code de la sécurité sociale.

rapidement la dynamique de la réforme. Cette régularisation aura lieu au plus tard le 31 mai 2023 ⁽¹⁾.

Le 1^o supprime le coefficient de transition prévu dans la réforme initiale. En effet, les effets revenus pour les établissements ne seront plus gérés par un coefficient fixé au niveau législatif mais directement par le biais de la dotation forfaitaire prévue à l'article L. 162-2-3, qui « *vise à sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités* », selon des modalités définies par le décret en Conseil d'État prévu à cet effet.

Le 4^o insère deux nouvelles dispositions transitoires au sein du III de l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

La première prévoit dans un nouveau I que pour l'année 2022, les tarifs nationaux SSR entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2022 et non pas au moment de la campagne tarifaire en mars. En effet, l'évaluation préalable souligne que « *la mise en œuvre du nouveau modèle de financement est par ailleurs accompagnée par le déploiement d'un nouvel outil de classification des séjours en SSR* ». Or, il semble préférable « *que la mise en œuvre des nouveaux compartiments soit concomitante au déploiement des paramètres qui leur sont associés* ».

Le nouveau J prévoit que pour l'année 2022 uniquement, les molécules onéreuses inscrites sur la liste en sus SSR et qui n'ont pas encore de tarif au titre de l'inscription sur la liste en sus MCO pourront exceptionnellement être remboursées sur la base de leur prix d'achat par l'établissement de santé.

En effet, si une liste en sus existe déjà pour le SSR depuis la LFSS 2016, cette liste n'a jamais été formalisée par un arrêté puisque les spécialités n'étaient pas facturées mais qu'elles étaient financées par le biais de crédits compris dans l'enveloppe nationale de la dotation annuelle. Or, selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, plusieurs dizaines de molécules inscrites aujourd'hui sur la liste en sus SSR ne disposent pas de prix négocié. Un dispositif transitoire apparaît donc nécessaire afin de faire la transition avec la liste actuelle et de négocier les prix des molécules concernées.

IV. AJUSTEMENTS RELATIFS AU MODÈLE DE FINANCEMENT DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

A. LE DROIT EN VIGUEUR

• L'article 33 de la LFSS 2020 a rénové en profondeur le financement des hôpitaux de proximité, dans la continuité de la redéfinition de leurs missions opérée

(1) Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, cette date de mai 2023 a été fixée car le mécanisme de garantie de financement mis en place de la cadre de l'épidémie de covid pour 2021 sera finalisé en tout début d'année 2023 pour intégrer les remontées de facturation tardive des établissements privés. De la même manière, la visibilité complète sur le niveau d'activité 2022 ne sera disponible qu'au cours du premier trimestre 2023.

par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Jusqu'alors, aux termes de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, le financement des hôpitaux de proximité prenait la forme d'un financement mixte composé :

- d'une dotation forfaitaire annuelle garantie, construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi ;
- d'un complément de financement fondé sur l'activité produite.

La réforme prévoit que ces hôpitaux de proximité seront désormais financés par :

- une garantie pluriannuelle de financement, qui concernera uniquement l'activité de médecine, et donnera une meilleure visibilité aux établissements. Cette garantie prendra en compte les recettes et le volume d'activité historiques de l'établissement, ainsi que la qualité des prises en charge. Les établissements bénéficieront d'un complément de recettes issues de l'activité si cette activité est supérieure au niveau garanti ;

- une dotation de responsabilité territoriale, permettant de financer les missions optionnelles et partagées des hôpitaux de proximité, par le biais d'une contractualisation. Cette dotation permettra notamment d'indemniser les médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux participant aux missions des hôpitaux de proximité.

- L'article 51 de la LFSS 2021 a aménagé une période transitoire pour l'entrée en vigueur de cette réforme.

En effet, un risque existait que certains établissements ne soient pas en mesure de répondre aux exigences posées par la loi pour être reconnus comme des hôpitaux de proximité. Par ailleurs, les agences régionales de santé (ARS), fortement mobilisées par la gestion de la crise sanitaire, n'avaient pu jouer pleinement en 2020 leur rôle d'accompagnement des établissements vers les exigences du nouveau modèle des hôpitaux de proximité.

Cet article a donc permis aux hôpitaux de proximité auparavant considérés comme tels et ne répondant pas, au titre de l'année 2021, aux exigences du nouveau cadre juridique des hôpitaux de proximité de bénéficier, pour cette même année, de l'ancien financement dérogoire.

- Comme le souligne l'étude d'impact, les textes encadrant les conditions de labellisation ont été publiés entre mai et juin 2021, et les premières labellisations auront seulement lieu à la fin de l'année. Par ailleurs, les revalorisations salariales liées au Ségur conjuguées à la mise en œuvre de la garantie de financement tout au long de l'année 2021 plaident pour le report de cette mesure.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **IV** du présent article modifie à la marge la réforme des hôpitaux de proximité.

Le **A** précise que le niveau de cette garantie est déterminé selon la catégorie d'établissements (public ou privé) à laquelle l'établissement concerné appartient. Selon l'évaluation préalable, *« cette précision rédactionnelle permettra de différencier les niveaux de garantie par type d'établissement selon différents paramètres : le niveau de financement des revalorisations salariales du pilier 1 du Ségur de la santé ⁽¹⁾ ainsi que les mouvements de périmètre liés à la réforme du financement des urgences »*.

Le **B** modifie le VII de l'article 51 de la LFSS 2021, afin d'étendre le report prévu pour 2021 à 2022.

V. FACTURATION INDIVIDUELLE DES SÉJOURS HOSPITALIERS

A. LE DROIT EN VIGUEUR

1. Le principe de la réforme

Le principe du passage à une facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) a été entériné par la LFSS 2004 en même temps que la mise en place opérationnelle de la T2A, la facturation directe des séjours et prestations à l'assurance maladie par les établissements apparaissant comme un corollaire de ce nouveau mode de financement.

La LFSS 2004 prévoit ainsi la mise en place d'une facturation directe et individuelle des séjours, actes et consultations externes à l'assurance maladie.

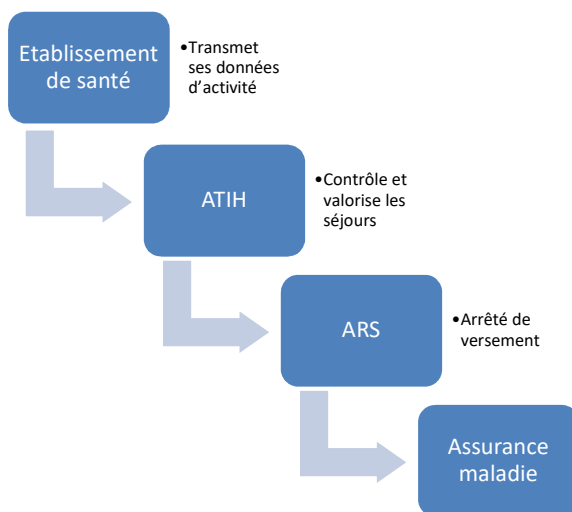
Dès avant 2004, la facturation directe s'appliquait déjà aux établissements de santé privés à but lucratif. Par ailleurs, les établissements de santé publics et privés à but non lucratifs sont déjà en facturation directe pour certaines missions : l'aide médicale de l'État, les soins aux migrants, la part complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU) et du régime Alsace-Moselle ainsi que la rétrocession des médicaments.

A contrario, historiquement, le financement par l'assurance maladie des séjours et actes et consultations externes pour l'activité de MCO des établissements publics et privés non lucratifs de santé est assuré par la voie de dotations des ARS qui valorisent les activités déclarées par ces établissements.

Ces établissements transmettent leurs données d'activité, de façon mensuelle, à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), dans le cadre du

(1) Par symétrie avec le coefficient de modulation Ségur, différencié par catégorie de bénéficiaires afin de tenir compte des spécificités propres à chaque catégorie d'établissements, mis en place dans le cadre de la T2A.

programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'ATIH est alors chargée de contrôler et de valoriser les séjours. Elle transmet ensuite ces informations à l'ARS. Celle-ci procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité, pour la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, par application des tarifs relatifs aux prestations. L'ARS arrête le montant ainsi calculé (arrêté de versement) et le notifie à l'établissement et à l'assurance maladie qui assure le versement des sommes dues à l'établissement concerné.



L'enjeu de la facturation directe, qui permettrait l'envoi « au fil de l'eau » des factures hospitalières à l'assurance maladie, est jugé déterminant par cette dernière, qui y voit le moyen d'accroître la maîtrise médicalisée des dépenses d'hospitalisation grâce à une amélioration de sa connaissance du détail des prestations réalisées au cours de chaque séjour, plutôt que de jouer le rôle d'un « payeur aveugle ». Elle est également un élément clé pour fiabiliser les comptes de l'assurance maladie.

2. Un chantier maintes fois repoussé

Le projet FIDES mis en place en 2004 visait uniquement les établissements de MCO sur le périmètre suivant :

- les séjours hospitaliers (et séances) entrant dans le champ de la T2A ;
- les actes et consultations externes (ACE) auxquels ont été adjointes certaines prestations réalisées en ambulatoire.

Initialement limitée à l'année 2005, l'échéance du régime dérogatoire prévu pour ces établissements a ensuite été repoussée au 31 décembre 2008 par la LFSS 2008, puis au 1^{er} juillet 2011 par la LFSS 2009, une expérimentation étant lancée en parallèle pour évaluer la faisabilité du dispositif. La mise en place de

l'expérimentation n'ayant été effective qu'en 2011, un nouveau report au 1^{er} janvier 2013 a été entériné par la LFSS 2011.

Enfin, la LFSS 2013 a fixé un calendrier de généralisation de la facturation individuelle étalée du 1^{er} janvier 2013 au 1^{er} mars 2016 afin de tenir compte de la catégorie des établissements et de la distinction entre actes et consultations externes, d'une part, et prestations d'hospitalisation, spécialités pharmaceutiques et produits et prestations, d'autre part.

L'article 45 de la LFSS 2014 a de nouveau modifié la date de passage à la facturation individuelle, fixant les nouvelles échéances au 1^{er} mars 2016 pour les actes et consultations individuelles et au 1^{er} mars 2018 pour les autres prestations hospitalières.

● L'article 65 de la LFSS 2018 a finalement reporté la généralisation de la facturation individuelle pour les ACE au 1^{er} mars 2019, et la mise en œuvre de la facturation individuelle pour les séjours au 1^{er} mars 2022.

Par miracle, l'entrée en vigueur de FIDES pour les ACE s'est finalement concrétisée au 1^{er} mars 2019.

Ainsi, selon la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2019, *« en 2019, le déploiement de FIDES ACE était effectif dans tous les établissements, à l'exception de l'AP-HP et de certains établissements ultramarins. Toutes les recettes d'ACE ne transitent toutefois pas encore par FIDES ACE : les activités dites "à forfait", soit environ 1,2 milliard d'euros en 2017, ne seront intégrées qu'au 1^{er} mars 2020. »*

B. LE DROIT PROPOSÉ

Selon l'étude d'impact, *« alors que la phase de test de facturation préalable au déploiement de FIDES devait démarrer au 1^{er} trimestre 2020, les impacts de la crise sanitaire à la fois sur les établissements de santé, l'assurance maladie obligatoire et les services de l'État n'ont pas permis de l'initier et l'échéance du 1^{er} mars 2022 ne pourra être tenue. De plus, les travaux préalables menés dans le cadre de l'expérimentation ont mis en évidence la nécessité de permettre un passage graduel des établissements concernés en facturation individuelle. »*

Le V du présent article modifie donc le III de l'article 65 de la LFSS 2018 et abandonne la date butoir du 1^{er} mars 2022.

Il prévoit un déploiement en trois étapes de la facturation individuelle pour les séjours :

– de mars 2022 à mars 2024, un déploiement concernant uniquement les établissements volontaires ;

– de mars 2024 à mars 2027, une montée en charge progressive du dispositif, pour les établissements remplissant des critères fixés par voie réglementaire relatifs aux activités, à l'organisation et à la capacité de l'établissement ;

– une entrée en vigueur définitive au 1^{er} mars 2027.

Les modalités d’application de ce déploiement échelonné, dont son calendrier, seront précisées par décret.

VI. REPORT DE L’ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT ACTIVITÉS DE MÉDECINE

A. L’ARTICLE 57 DE LA LFSS 2021 PERMET D’EXPÉRIMENTER UN FINANCEMENT « MIXTE »

L’article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a permis de donner une traduction concrète à la mesure n° 11 des conclusions du Ségur de la santé, par laquelle le Gouvernement s’est engagé à « *mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d’un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine* » avec « *une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d’une part à l’activité et à la qualité des soins* ».

Cet article prévoit que dès 2021, les établissements qui le souhaitent pourront opter pour un système de financement mixte alliant une « dotation socle » calculée à partir de l’activité de l’année précédente et une part de tarification à l’activité.

À plus long terme, les établissements pourront demander à bénéficier, à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, d’un financement des activités de médecine composé à la fois d’une dotation populationnelle, d’un paiement à l’activité et d’un financement à la qualité.

B. LE REPORT DE L’ENTRÉE EN VIGUEUR DE CES DISPOSITIONS

• Du fait de la prolongation de la garantie de financement jusqu’en décembre 2021 ⁽¹⁾, la mise en œuvre de cette réforme n’a pas pu avoir lieu en 2021.

• Le **VI** du présent article modifie donc l’article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 afin de reporter d’un an l’entrée en vigueur de ces dispositions (**1°** et **3°**). Il adapte également les dispositions relatives aux années prises en compte dans le calcul de la dotation socle, afin de pouvoir ne pas prendre en compte les années touchées par la crise sanitaire. Le calcul se fera donc sur la base « *d’une année de référence* » arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (**2°**).

*

* *

(1) Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

Article 26

Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-OQN et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022

Adopté par la commission avec modifications

L'article 26 apporte des adaptations à la réforme du financement des urgences issue des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020 et 2021.

Ces adaptations concernent à la fois les modalités de rémunération des praticiens libéraux exerçant dans les urgences privées et le forfait de participation du patient aux urgences.

Il prolonge également les expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers.

I. UN VOLET « ACTIVITÉ » DE LA RÉFORME DES URGENCES PAS ENCORE MIS EN ŒUVRE

A. LES GRANDS PRINCIPES DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES

• Le financement des urgences était auparavant composé de plusieurs forfaits :

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

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

À ces financements forfaitaires des services d'urgences s'ajoutaient des recettes plus directement liées à l'activité, et notamment à la facturation des consultations et aux examens de biologie et d'imagerie, ainsi que les recettes liées aux séjours en cas d'hospitalisation.

• L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a profondément rénové le financement des services d'urgences.

Ce nouveau mode de financement est défini à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale.

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

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

Les agences régionales de santé (ARS) déterminent ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, résultant de la répartition de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité ;

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

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

Un décret en Conseil d’État du 25 février 2021 est venu préciser les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire et les modalités d’application de cette réforme. Il précise notamment les modalités de calcul de la dotation populationnelle ⁽¹⁾.

Les recettes liées à l’activité devraient quant à elles être composées de plusieurs compartiments :

– des forfaits et suppléments pour les actes des urgentistes, retraçant notamment la lourdeur des prises en charge ;

– des suppléments pour la radiologie, la biologie et les avis spécialistes pour rémunérer le recours aux plateaux techniques ;

– la participation forfaitaire des patients à travers le forfait de participation aux urgences (*cf. infra*).

(1) Décret n° 2021-216 du 25 février 2021 relatif à la réforme du financement des structures des urgences et des structures mobiles d’urgence et de réanimation et portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé.

B. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR DES COMPARTIMENTS « ACTIVITÉ » AU 1^{ER} JANVIER 2022

La crise sanitaire et la mise en œuvre de la garantie de financement des établissements de santé depuis mars 2020 ⁽¹⁾, qui est venue assurer aux établissements en 2020 puis 2021 un niveau de recettes au moins égal à celui de 2019, a empêché la mise en œuvre de ces forfaits liés à l'activité.

Le V précise que pour la seule année 2022, les tarifs nationaux des prestations correspondant aux forfaits et suppléments applicables pour les passages non suivis d'une hospitalisation prennent effet au 1^{er} janvier et non pas au 1^{er} mars au moment de la campagne tarifaire. Selon les informations transmises par le Gouvernement, il s'agit ici de pouvoir faciliter la gestion de la réforme au sein des établissements, à l'instar du dispositif retenu à l'article 25 pour la réforme du financement du SSR.

II. AJUSTEMENT DE LA RÉFORME DU FORFAIT PATIENT URGENCES

A. LE DROIT EN VIGUEUR

1. Le dispositif de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

● L'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a permis de modifier les modalités de calcul de la participation des assurés aux urgences, afin de remplacer le système actuel de ticket modérateur par une participation forfaitaire.

En effet, le mode de calcul actuel de la participation des patients n'est pas adapté à la simplification opérée par la réforme du financement des urgences, qui repense ce dernier grâce à un système de forfaits et de suppléments en fonction des caractéristiques du patient ou de l'utilisation d'un plateau technique.

La simplification permise par ce nouveau système n'aura pas de sens si le mode de calcul des tickets modérateurs implique de continuer à recueillir et à renseigner tous les éléments de nature médicale sur le contenu des prestations dont le patient a bénéficié lors de son passage aux urgences.

● Cette participation forfaitaire du patient sera due, comme pour le ticket modérateur en vigueur aujourd'hui, par tous les assurés à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement.

Le montant de ce forfait doit être défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Union nationale des caisses

(1) Ordonnance n° 2020-309 du 25 mars 2020 relative à la garantie de financement des établissements de santé et aux régimes complémentaires obligatoires de sécurité sociale.

d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Largement modifié au cours de la navette parlementaire, l'article 51, dans sa version finalement adoptée, prévoyait une minoration de ce forfait pour les assurés :

– en affection de longue durée (ALD) ;

– bénéficiant d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ou d'une rente ou d'une allocation versée au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles ;

– invalides de guerre.

Une exonération complète de ce forfait est également prévue par l'article :

– pour les femmes enceintes, aujourd'hui totalement exonérées du ticket modérateur, à compter du sixième mois pour tous leurs soins, ainsi qu'aux nouveau-nés, exonérés de toute participation dans les trente jours suivant leur naissance pour l'intégralité des soins dispensés dans un établissement de santé ;

– en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, de soins aux personnes victimes d'un acte de terrorisme et de soins aux mineurs victimes de sévices sexuels ;

– pour les donneurs d'organes.

2. Une mise en œuvre impossible du fait du report de l'entrée en vigueur de la réforme du financement des urgences

La réforme ainsi adoptée devait entrer en vigueur le 1^{er} septembre 2021.

Toutefois, du fait du report de la mise en œuvre du compartiment « activité » de la réforme du financement des urgences, lié à la mise en œuvre de la garantie de financement dans le cadre de la crise sanitaire, le forfait de participation aux urgences n'a pas non plus pu entrer en vigueur au 1^{er} septembre 2021 comme prévu initialement.

En effet, selon l'évaluation préalable annexée au présent projet de loi, la mise en œuvre de ce nouveau forfait de participation est impossible dans le contexte de la prolongation de la garantie de financement, du fait des modalités de calcul de cette garantie et de la nécessité d'adapter les systèmes d'information.

Le **IV** du présent article reporte donc l'entrée en vigueur du forfait de participation aux urgences au 1^{er} janvier 2022. Le rapporteur général s'interroge toutefois sur la place de cette disposition dans la quatrième partie de ce projet de loi de financement.

3. Des ajustements nécessaires en ce qui concerne les exonérations

L'article 51 de la LFSS 2021 prévoyait une minoration du forfait pour les pensionnés militaires d'invalidité, les titulaires d'une pension d'invalidité et les titulaires d'une rente AT-MP dont l'incapacité est au moins égale à un tiers.

Or, comme le souligne l'étude d'impact, ces assurés bénéficiaient jusqu'alors d'une exonération de ticket modérateur sur l'ensemble des frais liés à leurs passages aux urgences (article R. 160-10 du code de la sécurité sociale), et non pas en ce qui concerne les seules hospitalisations liées à leur invalidité. La situation prévue par l'article 51 de la LFSS 2021 dans sa rédaction actuelle leur serait donc défavorable.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article réalise les ajustements nécessaires, décrits dans le tableau ci-dessous.

| Droit actuel | | Droit proposé | | |
|-----------------------|---|--|---------------------------------|--|
| Forfait réduit | Assurés en ALD | <i>3° et 4° de l'article L. 160-14 CSS</i> | Assurés en ALD | <i>3° et 4° de l'article L. 160-14 CSS</i> |
| | Bénéficiaires d'une pension d'invalidité, d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité | <i>13° de l'article L. 160-14 CSS</i> | Bénéficiaires d'un régime AT-MP | <i>Article L. 431-1 CSS</i> |
| | Titulaire d'une rente ou d'une allocation versée au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles | <i>Article L. 371-1 CSS</i> | | |
| | Pensionnés militaires d'invalidité | <i>Article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre</i> | | |
| Forfait réduit | | Forfait réduit | | |

| Droit actuel | | | Droit proposé | | |
|---------------------------|---|---------------------------------------|---|---|---|
| Exonération totale | Femmes enceintes, à compter du sixième mois pour tous leurs soins | <i>Article L. 160-9 CSS</i> | Exonération totale | Femmes enceintes, à compter du sixième mois pour tous leurs soins | <i>Article L. 160-9 CSS</i> |
| | | | | Nouveau-nés, dans les trente jours suivant leur naissance | <i>11° de l'article L. 160-14 CSS</i> |
| | | | | Titulaire d'une rente ou d'une allocation versée au titre de la législation des AT-MP avec une incapacité supérieure à 2/3 | <i>13° de l'article L. 160-14 CSS (renvoi à l'article L. 371-1 CSS)</i> |
| | | | | Assurés malades ou blessés de guerre assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation des pensions militaires | <i>Article L. 371-6 CSS</i> |
| | Nouveau-nés, dans les trente jours suivant leur naissance | <i>11° de l'article L. 160-14 CSS</i> | Exonération pour les passages liés à des soins spécifiques | Soins aux mineurs victimes de sévices sexuels | <i>15° de l'article L. 160-14 CSS</i> |
| | Soins aux mineurs victimes de sévices sexuels | <i>15° de l'article L. 160-14 CSS</i> | | Donneurs d'organes | <i>18° de l'article L. 160-14 CSS</i> |
| | Donneurs d'organes | <i>18° de l'article L. 160-14 CSS</i> | Exonération pour les passages liés à des soins spécifiques | Victimes d'un acte de terrorisme | <i>Article L. 169-1 CSS</i> |
| | | | | Victimes d'un acte de terrorisme | <i>Article L. 169-1 CSS</i> |
| | | | | Risque sanitaire grave et exceptionnel | <i>Article L. 16-10-1 CSS</i> |

Le dispositif proposé au I prévoit donc de maintenir une exonération totale de participation pour :

– les assurés malades ou blessés de guerre qui bénéficient de la législation sur les pensions militaires (la référence à l'article L. 212-1 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre étant remplacée par une référence plus précise aux assurés malades ou blessés de guerre mentionnés à l'article L. 371-6 du code de la sécurité sociale) ;

– les titulaires d'une pension d'invalidité (ou d'une pension de vieillesse allouée en cas d'incapacité au travail) et les titulaires d'une rente AT-MP dont l'incapacité est au moins égale à deux tiers.

Parallèlement, il clarifie certaines des exonérations existantes : pour les donneurs d'organes, victimes d'un acte de terrorisme ou d'un risque sanitaire grave et exceptionnel ou les mineurs victimes de sévices sexuels, l'exonération s'entend bien uniquement lorsque le passage aux urgences est lié à ces situations spécifiques.

De ce fait, la facturation de ces passages nécessitera donc une information médicale. Cette information médicale a été maintenue du fait de la situation spécifique des assurés concernés par ces exonérations, pour lesquels aucun justificatif simple ne permet d'identifier leur statut et d'appliquer un forfait spécifique : il est donc nécessaire de faire systématiquement le lien avec les soins réalisés. Ce seront les seuls cas dans lesquels une information médicale sera encore nécessaire.

Le VI prévoit que ces dispositions entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} juillet 2022. Selon les informations transmises par le Gouvernement, « *la modification des cas de suppression et de minoration du forfait de passage aux urgences portés par la présente mesure nécessite des adaptations techniques des systèmes d'information de l'assurance maladie et des établissements de santé, dont il n'est pas encore certain qu'elles puissent être réalisées d'ici au 1^{er} janvier 2022* ». Le rapporteur général ne peut que s'interroger sur la nécessité de rajouter de la complexité dans l'application de ces dispositions en dissociant l'entrée en vigueur de ce dispositif et l'entrée en vigueur du forfait patient urgences, d'autant que l'évaluation préalable précise bien que cette clarification des règles d'exonération pour les invalides de guerre interviendra dès le 1^{er} janvier 2022.

III. HONORAIRES DES PRATICIENS LIBÉRAUX EXERÇANT DANS LES STRUCTURES D'URGENCE

A. DROIT EN VIGUEUR

Aujourd'hui, les honoraires des praticiens libéraux exerçant aux urgences dans les établissements privés dits « ex-OQN » (objectif quantifié national),

c'est-à-dire dans les cliniques privées ⁽¹⁾ sont rémunérés par le biais de la facturation des consultations et actes aux tarifs conventionnels, sur la base des nomenclatures des actes, comme pour les autres praticiens libéraux.

Les travaux préfigurant la mise en œuvre de ce nouveau mode de financement prévoyaient que ces honoraires seraient désormais versés par le biais des nouveaux forfaits et suppléments liés à l'activité. Il était ainsi prévu que les urgentistes libéraux soient rémunérés à travers les forfaits âge et le supplément « arrivée couché ». Ces forfaits et ce supplément devaient reproduire exactement la masse globale des honoraires des urgentistes. Les forfaits auraient ensuite été versés aux médecins par le biais des comptes mandataires des établissements.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Clarification des modalités de versement des honoraires des praticiens libéraux aux urgences

Au vu des auditions menées par le rapporteur général, il apparaît que les praticiens du secteur privé restent tout particulièrement attachés aux modalités actuelles de facturation de leurs honoraires.

Le **III** du présent article modifie en ce sens le 2° de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale relatif aux recettes liées à l'activité de ce nouveau financement.

Il prévoit que dans les établissements de santé privé dits « ex-OQN » exerçant une activité d'urgences, ces recettes comprennent des forfaits et suppléments destinés à rémunérer les consultations et les actes des médecins conventionnés intervenant dans le cadre de leur activité libérale et les actes des laboratoires de biologie médicale. Les honoraires correspondants seront exclusifs de toute autre rémunération : les forfaits et suppléments se substitueront aux honoraires des professionnels libéraux, qui ne peuvent donc pas facturer d'actes en sus de ces forfaits et suppléments.

Ainsi, la rémunération des libéraux liés à des passages non suivis d'hospitalisation sera bien réalisée par le biais des forfaits et suppléments comme prévu, mais sans reversement par la clinique et sous la forme juridique d'honoraires.

2. Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux

Le **II** précise parallèlement que la participation de l'assurance maladie au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires issus des forfaits et suppléments dans le cadre de la réforme du financement des urgences interviendra dans les mêmes conditions que pour leurs honoraires conventionnés.

(1) *Établissements visés aux alinéas d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.*

Il modifie pour cela l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et introduit un dispositif similaire à celui existant pour les forfaits rémunérant la permanence des soins ambulatoires.

IV. PROLONGATION D'UNE EXPÉRIMENTATION RELATIVE AUX NOUVELLES RÈGLES DE FINANCEMENT DES TRANSPORTS SANITAIRES PRÉHOSPITALIERS URGENTS

Face aux grandes difficultés d'organisation de la garde ambulancière, l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu, par la voie d'un amendement introduit par l'Assemblée nationale, la possibilité d'expérimenter de nouvelles règles de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du SAMU, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents.

Des expérimentations ont progressivement été déployées dans sept départements : les Bouches-du-Rhône, l'Isère, la Haute-Garonne, la Savoie, l'Allier, la Charente-Maritime et le Var.

Du fait de lenteurs dans sa mise en œuvre, le délai fixé pour la fin de ces expérimentations a dû être prolongé une première fois par la LFSS 2017, puis par la LFSS 2020, puis par la LFSS 2021.

Le **VII** du présent article propose de prolonger ce délai d'un an supplémentaire pour la quatrième fois.

En effet, aux termes de l'évaluation préalable, le déploiement de la réforme relative à l'organisation et au financement des transports urgents préhospitaliers, qui devait avoir lieu à partir de la fin du premier trimestre 2021, ne sera véritablement effectif que courant 2022. La poursuite de ces expérimentations serait encore nécessaire afin d'aménager la transition vers le nouveau dispositif sur les territoires concernés.

Le rapporteur général ne peut qu'insister à nouveau sur l'importance de mener cette réforme d'ampleur, malgré la crise sanitaire, et souhaite vivement que le rapport au Parlement prévu par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 soit remis dans les plus brefs délais.

*

* *

Article 27

Évolution des activités des hôpitaux des armées

Adopté par la commission sans modification

Le présent article étend un certain nombre de dispositifs, aujourd'hui réservés aux établissements de santé, aux hôpitaux des armées.

Il autorise ainsi les hôpitaux des armées à pratiquer certains actes ou à utiliser certains produits très innovants qui font l'objet d'un encadrement spécifique par la Haute Autorité de santé (à l'instar des cellules CAR-T), à mettre en place des hébergements non médicalisés et à pratiquer des greffes dites « exceptionnelles ».

I. LE DROIT EXISTANT : UN CERTAIN NOMBRE DE DISPOSITIFS NE SONT PAS OUVERTS AUX HÔPITAUX DES ARMÉES

Les hôpitaux des armées n'étant pas juridiquement des établissements de santé, ils sont aujourd'hui exclus d'un certain nombre de dispositifs, ce qui ne permet pas de garantir une égalité de prise en charge entre les milieux civil et militaire.

A. LES HÔPITAUX DES ARMÉES NE SONT PAS, JURIDIQUEMENT, DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1. Les missions des huit hôpitaux d'instruction des armées

● Les huit hôpitaux des armées ⁽¹⁾ sont placés sous l'autorité du ministre de la défense. Ils exercent, en application de l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, une mission prioritaire de soutien sanitaire des forces armées et participent au service public hospitalier. Ils sont donc ouverts à tous les assurés sociaux. En 2019, les militaires (en activité ou réservistes) représentaient 21 % des patients accueillis dans les hôpitaux des armées ⁽²⁾. Cette part est relativement stable d'une année à l'autre.

Les activités des hôpitaux des armées ne sont pas autorisées par les agences régionales de santé mais font l'objet d'un arrêté interministériel signé par les ministres en charge de la défense et de la santé.

Les huit hôpitaux des armées sont les suivants : l'hôpital Bégin à Saint-Mandé (94), l'hôpital Clermont-Tonnerre à Brest (29), l'hôpital Desgenettes à Lyon (69), l'hôpital Laveran à Marseille (13) l'hôpital Legouest à Metz (57), l'hôpital Percy à Clamart (92), l'hôpital Robert Picqué à Bordeaux (33) et l'hôpital Sainte-Anne à Toulon (83).

(1) Un arrêté du 9 octobre 2017 en fixe la liste.

(2) Chiffres transmis par le service de santé des armées, la direction générale de l'offre de soins et la direction de la sécurité sociale.

● En raison de la double nature de leur activité (régaliennne et non régaliennne), les hôpitaux des armées relèvent de deux modes de financement :

– les activités hospitalières non régaliennes sont financées selon des règles similaires à celles qui prévalent pour les établissements de santé.

À ce titre, pour l'année 2019 ⁽¹⁾, les recettes versées par l'assurance maladie pour l'activité des hôpitaux des armées s'élevaient à 379 millions d'euros dont 303 millions d'euros issus de la tarification à l'activité, 68 millions d'euros issus des dotations forfaitaires ⁽²⁾ et 8 millions d'euros issus du fonds d'intervention régional (FIR) ;

– les activités régaliennes sont, elles, soutenues par le budget du ministère des armées.

2. Les hôpitaux des armées ne relèvent pas de la catégorie des établissements de santé

Les hôpitaux des armées ne sont pas des établissements publics de santé, régis par le titre IV du code de la santé publique, dans la mesure où, contrairement aux établissements publics de santé qui sont des « *personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière* » ⁽³⁾, les hôpitaux des armées ne disposent pas d'une personnalité morale distincte de celle de l'État. Ils constituent un service de l'État et bénéficient de crédits étatiques alloués au ministère des armées.

Les hôpitaux des armées ne sont pas non plus des établissements de santé privés régis par le titre VI du code de la santé publique, dans la mesure où, contrairement aux établissements privés ⁽⁴⁾, les personnels exerçant au sein des hôpitaux des armées sont tous des agents publics, qu'ils soient militaires, fonctionnaires ou agents contractuels de l'État.

Compte tenu des attributions des hôpitaux des armées dans le domaine de la formation et de la recherche, ces derniers sont assimilés aux centres hospitaliers universitaires, en application de l'article R. 6147-113 du code de la santé publique. Cette assimilation n'en fait pas pour autant des établissements de santé.

(1) L'année 2020, en raison des mécanismes de financement mis en place pendant la crise sanitaire, est trop atypique pour être considérée comme une année de référence.

(2) Ces dotations sont versées au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et de la dotation annuelle de financement (DAF).

(3) Article L. 6141-1 du code de la santé publique.

(4) L'article L. 6161-1 du code de la santé publique précise que les personnels travaillant au sein des établissements privés de santé sont des salariés.

B. LES HÔPITAUX DES ARMÉES NE PEUVENT PAS RÉALISER DE GREFFES EXCEPTIONNELLES

1. Les hôpitaux des armées peuvent pratiquer une activité de greffes non exceptionnelles

Les hôpitaux des armées peuvent pratiquer une activité de greffes non exceptionnelles au bénéfice des assurés sociaux, dans la mesure où cette activité figure à l'article R. 6122-25 du code de la santé publique qui s'applique aux hôpitaux des armées.

Aujourd'hui, cinq hôpitaux des armées pratiquent une activité de prélèvement, ce qui démontre leur implication dans l'activité de greffe.

2. Les hôpitaux des armées ne peuvent néanmoins pas pratiquer une activité de greffes exceptionnelles

a. Depuis 1998, vingt greffes exceptionnelles ont été réalisées en France

Jusqu'à très récemment, en France, les greffes exceptionnelles et innovantes – les greffes d'avant-bras ou de face, par exemple, qui sont particulièrement complexes et coûteuses – ne disposaient pas d'un cadre juridique et financier adapté. Elles étaient uniquement réalisées dans le cadre de projets de recherche.

Afin de permettre la prise en charge de ce type d'interventions et d'éviter que des patients n'aient à subir des pertes de chance, l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a créé un régime juridique et financier *ad hoc* applicable aux greffes exceptionnelles d'organes ou de tissus ou de greffes composites exceptionnelles de tissus vascularisés. À cette fin, a été inséré un nouvel article L. 162-30-5 dans le code de la sécurité sociale, prévoyant :

– la possibilité pour l'agence régionale de santé (ARS) d'autoriser un établissement de santé à pratiquer une activité de greffe innovante pour une durée maximale de cinq ans. Cette autorisation est soumise à l'avis conforme d'un « *comité national constitué à cet effet* » ;

– la prise en charge intégrale, par l'assurance maladie, des actes réalisés dans le cadre d'une greffe exceptionnelle, à savoir des frais d'hospitalisation, des produits de santé ou des prestations associés.

L'entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2020 ⁽¹⁾ du décret d'application ⁽²⁾ a permis d'apporter un grand nombre de précisions quant aux conditions d'autorisation et de réalisation des greffes exceptionnelles. Une section nouvelle de la partie réglementaire du code de la santé publique (articles R. 6123-82 à R. 6123-85-2) leur est désormais exclusivement consacrée.

Le cadre réglementaire relatif aux greffes exceptionnelles

L'article R. 6123-82 du code de la santé publique définit les greffes exceptionnelles comme des greffes correspondant à des indications médicales rares ayant pour objet un organe ou des tissus ou une greffe composite de tissus vascularisés, non usuellement greffés, et qui associent la transplantation d'organes ou parties d'organes, de tissus ou de tissus vascularisés, provenant d'un donneur vivant ou décédé, et des techniques de conservation ou de traitement immunologique spécifique en lien avec le caractère exceptionnel de la greffe.

Deux catégories de greffes exceptionnelles sont distinguées :

- celles ayant préalablement fait, dans les indications considérées, l'objet de recherches impliquant la personne humaine validant leur sécurité ;
- celles qui n'ont pas encore fait l'objet de telles recherches. Celles-ci doivent, pour être autorisées, remplir un certain nombre de conditions cumulatives (absence d'alternative thérapeutique ; situation engageant le pronostic vital du patient ou impliquant un risque de handicap majeur ; efficacité et sécurité de la greffe, présumées favorables en l'état des connaissances scientifiques).

Un arrêté ⁽¹⁾ a récemment fixé la liste des greffes considérées comme exceptionnelles.

L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans par le directeur général de l'ARS, après avis conforme du comité national, dont la composition est prévue à l'article R. 6123-84 du code de la santé publique. Un arrêté ⁽²⁾ a précisé ce que devait contenir le dossier de demande d'autorisation.

(1) Arrêté du 15 septembre 2020 fixant la liste des greffes exceptionnelles.

(2) Arrêté du 15 septembre 2020 portant composition du dossier d'autorisation des activités de greffes exceptionnelles.

Depuis 1998, vingt greffes exceptionnelles ont été réalisées en France ⁽³⁾ : huit greffes de l'avant-bras bilatéral, une greffe de bras, dix greffes de face (dont une regreffe en 2018) et une greffe d'utérus. Trois établissements de santé sont à ce jour concernés par cette pratique exceptionnelle : les Hospices civils de Lyon, l'Hôpital européen Georges Pompidou (AP-HP) et le CHU d'Amiens.

(1) À noter qu'avant l'entrée en vigueur du décret, les établissements de santé pouvaient déjà être autorisés par les agences régionales de santé à pratiquer des greffes exceptionnelles. La procédure d'autorisation était alors identique à celle prévalant pour les greffes d'organes et les greffes de cellules hématopoïétiques, prévue au 8^o de l'article R. 6122-25 du code de la santé publique.

(2) Décret n° 2020-359 du 27 mars 2020 relatif au régime d'autorisation et aux conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie des activités de greffes exceptionnelles d'organes ou de tissus ou de greffe composite exceptionnelle de tissus vascularisés.

(3) Chiffres transmis par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'offre de soins.

b. Les hôpitaux des armées ne peuvent que s'associer aux activités de greffes réalisées par des établissements de santé

Les hôpitaux des armées ne sont, aujourd'hui, pas autorisés à pratiquer de telles greffes, réservées, par l'article L. 162-30-5 du code de la santé publique, aux établissements de santé. Ils ne peuvent que s'associer aux activités de greffes réalisées par des établissements de santé, y compris lorsqu'une greffe concerne un personnel militaire.

C. LES PATIENTS PRIS EN CHARGE PAR LES HÔPITAUX DES ARMÉES NE PEUVENT PAS, AUJOURD'HUI, BÉNÉFICIER DE CERTAINS ACTES OU PRODUITS TRÈS INNOVANTS

1. Certains actes et produits font l'objet d'un encadrement spécifique

La pratique de certains actes ainsi que la prescription et l'utilisation de certains produits de santé, bien que considérés par la Haute Autorité de santé (HAS) comme pouvant être pris en charge par la collectivité, peuvent nécessiter un encadrement spécifique. Cet encadrement vise à parer à deux types de risques :

– un risque pour la santé publique, notamment lorsque la diffusion de la technique ou du produit innovant implique de grandes adaptations organisationnelles du système de soins ou lorsqu'il existe un risque important de mésusage (par le professionnel de santé ou le patient) ;

– une hausse injustifiée des dépenses, notamment lorsque l'efficacité de la technique ou du produit, particulièrement coûteux, n'est pas encore démontrée.

Prévu par l'article 59 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, cet encadrement figure désormais à l'article L. 1151-1 du code de la santé publique. Il peut reposer, de manière cumulative ou non, sur des règles fixées par arrêté portant sur :

– la formation et la qualification des professionnels pouvant prescrire les produits ou pratiquer les actes ;

– les conditions techniques de la réalisation de ces actes ;

– la restriction à certains établissements de santé de la possibilité de pratiquer ces actes ou de prescrire ces produits.

Exemple de technologies de santé encadrées selon les modalités définies par l'article L. 1151-1 du code de la santé publique

Utilisation de médicaments de thérapie génique indiqués dans le traitement de la dystrophie rétinienne héréditaire (arrêté du 4 août 2021).

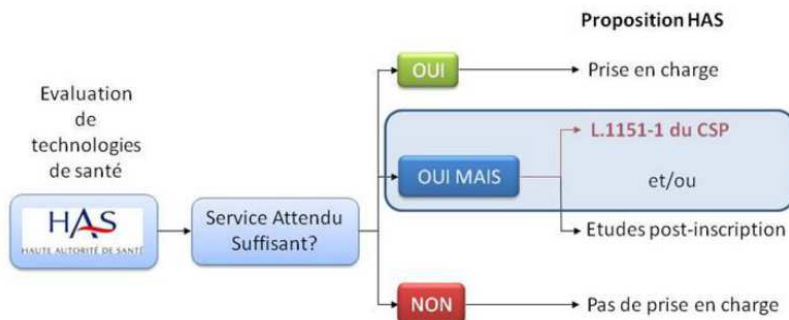
Pratique des actes associés à la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort chez la femme (arrêté du 23 octobre 2020).

Pratique de l'acte de pose de bioprothèses valvulaires aortiques par voie transcathéter (arrêté du 28 mars 2019).

Pratique de l'acte d'explantation de dispositifs pour stérilisation tubaire (arrêté du 14 décembre 2018).

Lorsque la HAS identifie un acte dont elle estime qu'il est susceptible de présenter un risque sérieux pour les patients, elle en informe le ministre chargé de la santé en précisant les règles auxquelles pourrait être soumise la pratique de cet acte en application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique ⁽¹⁾.

L'ENCADREMENT DES PRATIQUES ET DES ACTES INNOVANTS



Source : ministère des solidarités et de la santé.

Contrairement aux études post-inscription ⁽²⁾, l'application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique n'implique pas la réalisation d'études spécifiques mais l'application de modalités de suivi.

2. La pratique de ces actes ainsi que la prescription et l'utilisation de ces produits n'est pas possible dans les hôpitaux des armées

Les hôpitaux des armées n'étant pas, juridiquement, des établissements de santé et les agences régionales de santé n'étant pas compétentes en ce qui les

(1) Article R. 161-70 du code de la santé publique.

(2) La Haute Autorité de santé peut demander au laboratoire la réalisation d'études complémentaires appelées études post-inscription. Les études post-inscription, le plus souvent observationnelles, visent à apporter des connaissances sur les modalités d'utilisation du médicament, son efficacité en pratique courante et ses effets indésirables.

concerne, il est nécessaire d'adapter l'article L. 1151-1 du code de la santé publique aux hôpitaux des armées pour qu'il leur soit applicable.

D. LES HÔPITAUX DES ARMÉES NE PEUVENT PAS METTRE EN PLACE DES HÉBERGEMENTS NON MÉDICALISÉS

La LFSS 2021 ⁽¹⁾ a créé un nouvel article L. 6111-1-6 dans le code de la santé publique afin de généraliser le dispositif des hôtels hospitaliers, dont l'expérimentation avait été prévue par la LFSS 2015 ⁽²⁾.

Cet article prévoit que le dispositif d'hébergement non médicalisé peut être mis en place par les établissements de santé en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ou d'une séance de soins, pour des patients dont l'état de santé ne nécessite pas d'hébergement à l'hôpital. L'établissement peut déléguer cette prestation à un tiers par voie de convention.

Les textes réglementaires d'application ⁽³⁾ ont été publiés récemment. Pour toute activité réalisée entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2023, les établissements de santé bénéficient d'un financement par l'assurance maladie sous la forme d'un forfait à la nuitée, fixé à 80 euros ⁽⁴⁾.

La mise en œuvre de l'hébergement non médicalisé

Les articles R. 6111-50 à R. 6111-54 du code de la santé publique prévoient les modalités de mise en œuvre de l'hébergement médicalisé.

Tout établissement de santé prévoyant de proposer un tel hébergement doit désormais le déclarer, au moins trente jours avant la date de sa mise en place, auprès de l'agence régionale de santé territorialement compétente, en indiquant le cas échéant le tiers délégataire de la prestation.

La prestation d'hébergement temporaire ne peut excéder trois nuits consécutives sans acte ou prestation assuré par l'établissement de santé dont relève le praticien prescripteur de l'hébergement temporaire non médicalisé. La prestation d'hébergement temporaire en amont ou en aval d'un séjour hospitalier ne peut dépasser vingt-et-une nuits dans sa totalité, séjour hospitalier exclu.

Les hôpitaux des armées n'étant pas juridiquement des établissements de santé, ils ne peuvent pas, aujourd'hui, mettre en œuvre un hébergement non médicalisé.

(1) Article 59 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(3) Décret n° 2021-1114 du 25 août 2021 relatif à la mise en œuvre de la prestation d'hébergement temporaire non médicalisé et arrêté du 25 août 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé.

(4) Si, dans certaines régions, le coût s'avère supérieur à 80 euros la nuitée, l'établissement pourra prendre en charge lui-même la différence, ou instaurer un reste à charge pour le patient.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : RÉDUIRE L'INÉGALITÉ DE PRISE EN CHARGE ENTRE LES MILIEUX CIVIL ET MILITAIRE EN ÉTENDANT LES COMPÉTENCES DES HÔPITAUX DES ARMÉES

Le présent article contient trois grandes dispositions. Il autorise les hôpitaux des armées à pratiquer certains actes ou à utiliser certains produits très innovants qui font l'objet d'un encadrement spécifique par la HAS (à l'instar des cellules CAR-T), à mettre en place des hébergements non médicalisés et à pratiquer des greffes exceptionnelles.

A. PERMETTRE AUX HÔPITAUX DES ARMÉES DE PRATIQUER CERTAINS ACTES OU D'UTILISER CERTAINS PRODUITS DE SANTÉ TRÈS INNOVANTS

Le présent article vise à permettre aux hôpitaux des armées de pratiquer certains actes ou d'utiliser certains produits très innovants qui font l'objet d'un encadrement spécifique.

- À cette fin, le 1° du I prévoit l'application de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique aux hôpitaux des armées.

Le *b* du 1° du I précise que la liste des hôpitaux des armées autorisés à pratiquer ces actes ou utiliser ces produits sera arrêtée conjointement par le ministre de la défense et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS.

- L'étude d'impact précise que cet article permettrait, dans un premier temps, aux hôpitaux des armées d'utiliser des traitements par cellules CAR-T⁽¹⁾. Sept patients pourraient être concernés en 2022 et treize en 2025, ce qui représenterait un coût, pour la sécurité sociale de 2,3 millions d'euros en 2022, lequel augmenterait progressivement pour atteindre 4,3 millions d'euros.

Pour le rapporteur général, cette disposition est nécessaire, non seulement pour instaurer une plus grande égalité de traitement entre les patients des hôpitaux civils et ceux des hôpitaux militaires mais également pour favoriser l'innovation à visée diagnostique ou thérapeutique.

(1) Les cellules CAR-T (pour cellules T porteuses d'un récepteur chimérique) sont des thérapies géniques et cellulaires. Ces nouveaux traitements – utilisés pour le moment en onco-hématologie – sont fabriqués à partir des lymphocytes T du patient qui, une fois modifiés génétiquement et réinjectés, sont capables de reconnaître et de détruire spécifiquement les cellules cancéreuses. Elles sont généralement administrées en une perfusion unique.

B. PERMETTRE AUX HÔPITAUX DES ARMÉES DE METTRE EN PLACE DES HÉBERGEMENTS NON MÉDICALISÉS

Le présent article vise également à permettre aux hôpitaux des armées de mettre en place des hébergements non médicalisés.

À cette fin, le 2° du I modifie l'article L. 6147-7 du code de la santé publique pour appliquer aux hôpitaux des armées les dispositions législatives relatives aux hébergements médicalisés, figurant à l'article L. 6111-1-6 du code de la santé publique. Les hôpitaux des armées pourront donc, s'ils le souhaitent, déléguer la prestation d'hébergement non médicalisé à un tiers par voie de convention.

Le rapporteur général se félicite de cette disposition, qui permettra de développer encore davantage les prises en charge en ambulatoire.

Son impact budgétaire annuel est estimé à quelques dizaines de milliers d'euros, et ce pour une centaine de nuitées.

C. PERMETTRE AUX HÔPITAUX DES ARMÉES DE RÉALISER DES GREFFES EXCEPTIONNELLES

Le II du présent article modifie l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale pour autoriser les hôpitaux des armées à pratiquer des greffes exceptionnelles.

Dans la mesure où les activités des hôpitaux des armées ne sont pas autorisées par les ARS mais font l'objet d'un arrêté interministériel, le 1° du II prévoit qu'ils seront autorisés à pratiquer des greffes exceptionnelles par arrêté du ministre de la défense et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis conforme du comité national.

Le 2° du II précise qu'une disposition de l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale ne s'appliquera pas aux hôpitaux des armées, à savoir celle prévoyant une intervention du directeur général de l'ARS ⁽¹⁾ en cas de manquement, par l'établissement de santé, à la continuité des soins ou aux lois et règlements pris pour la protection de la santé publique ainsi qu'en cas d'urgence tenant à la sécurité des personnes.

Cette disposition n'a en effet pas vocation à s'appliquer au service de santé des armées, régulé au niveau national et non régional. La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général qu'en cas de manquement des hôpitaux des armées faisant courir le moindre risque concernant la sécurité des patients ou la continuité de soins, le ministère de la santé le signalerait immédiatement au ministère de la défense, lequel prendrait alors dans les plus brefs délais les mesures nécessaires.

(1) Selon les modalités prévues à l'article L.6122-13 du code de la sécurité publique.

Le service de santé des armées estime que deux greffes exceptionnelles pourraient être réalisées chaque année au sein de ses hôpitaux des armées. Le rapporteur général se félicite de cette disposition qui contribue à faciliter la réalisation de greffes exceptionnelles. Il rappelle qu'à ce jour, six patients sont en attente de greffes exceptionnelles : deux pour une greffe de l'avant-bras, un pour une greffe de bras, deux pour une greffe de face et un pour une greffe du larynx ⁽¹⁾.

*

* *

(1) Chiffres transmis par la direction de la sécurité sociale et la direction générale de l'offre de soins.

Article 28

Isolement et contention

Adopté par la commission sans modification

L'article 28 tire les conséquences de la censure du Conseil constitutionnel du 4 juin 2021 sur le contrôle des mesures d'isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. Il instaure ainsi un mécanisme de saisine obligatoire du juge.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

A. UNE PREMIÈRE CENSURE DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL EN 2020

● L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, relatif aux pratiques d'isolement et de contention, a initialement été introduit dans le code de la santé publique par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à l'initiative du député Denys Robiliard.

Il disposait notamment que l'isolement et la contention, qui ne sont possibles que dans les établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement, sont des pratiques de dernier recours. Il précisait qu'il « *ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* » et que « *leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin* ».

● Dans sa décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution.

Après avoir défini l'isolement comme le fait de placer la personne hospitalisée dans une chambre fermée, et la contention comme le fait de l'immobiliser, le Conseil constitutionnel a en effet jugé que ces deux pratiques constituent une privation de liberté, et doivent donc être soumises aux exigences découlant de l'article 66 de la Constitution.

En ce qui concerne la proportionnalité de l'atteinte portée à la liberté individuelle par ces mesures, le Conseil a considéré que « *le législateur a fixé des conditions de fond et des garanties de procédure propres à assurer que le placement à l'isolement ou sous contention, dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, n'intervienne que dans les cas où ces mesures sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de la personne qui en fait l'objet* ». Il a également admis la constitutionnalité du principe même d'un tel placement du psychiatre sans saisine préalable de l'autorité judiciaire, considérant que l'article 66

de la Constitution n'impose pas que l'autorité judiciaire soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté.

En revanche, il a considéré que « *la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible* », et en a déduit une double limite des dispositions contestées, soulignant que « *si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire* ».

● Au vu des conséquences qu'aurait eues l'abrogation immédiate de ces dispositions, le Conseil constitutionnel a reporté au 31 décembre 2020 la date de cette abrogation.

B. L'ARTICLE 84 DE LA LFSS 2021

En réponse à cette censure différée du Conseil constitutionnel, qui devait intervenir le 31 décembre 2020, l'article 84 de la LFSS 2021 est venu modifier ces dispositions.

Aux termes de cet article :

– une mesure d'isolement peut être prise par un psychiatre pour une durée maximale de douze heures et être renouvelée, si l'état de santé du patient le nécessite, par périodes de douze heures, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures ;

– une mesure de contention peut être prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes de six heures, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

Dans le cas exceptionnel où la mesure d'isolement excède quarante-huit heures ou la mesure de contention vingt-quatre heures, le médecin doit informer sans délai le juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

Doivent également être informés par le médecin :

- la personne faisant l'objet des soins ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;

- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;
- un parent ou une personne susceptible d’agir dans l’intérêt de la personne faisant l’objet des soins ;
- le procureur de la République.

Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure d’isolement ou de contention, et doivent être informées par le médecin de ce droit.

Dans le cas d’une telle saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

Par ailleurs, lorsque le médecin prend une quatrième mesure d’isolement ou de contention sur une période de quinze jours, il doit obligatoirement en informer le juge des libertés et de la détention ainsi que les personnes précédemment énumérées.

C. UNE NOUVELLE CENSURE DU CONSEIL CONSTITUTIONNEL

● Dans une décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, le Conseil constitutionnel a une nouvelle fois censuré une partie de ces dispositions, au motif que ces dernières permettent bien l’information du juge judiciaire mais pas son intervention systématique : « *aucune disposition législative ne soumet le maintien à l’isolement ou sous contention au-delà d’une certaine durée à l’intervention systématique du juge judiciaire, conformément aux exigences de l’article 66 de la Constitution* ».

La censure, dont les effets sont différés au 31 décembre 2021, porte sur les troisième et sixième alinéas de l’article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, relatifs à l’information du juge lorsque le médecin prend plusieurs mesures excédant les durées fixées.

● Au vu des conséquences qu’aurait l’abrogation immédiate de ces dispositions, le Conseil constitutionnel a reporté au 31 décembre 2021 la date de cette abrogation.

II. LE DROIT PROPOSÉ

En préambule, et bien que le rapporteur général soit pleinement conscient de l’urgence d’une nouvelle intervention du législateur pour répondre à l’injonction du Conseil constitutionnel, il ne peut que s’interroger à nouveau sur la place de cette mesure, une seconde fois, en loi de financement de la sécurité sociale. Il rappelle

qu'une nouvelle censure de ces dispositions serait facteur d'une insécurité juridique devenant insoutenable pour les établissements psychiatriques.

A. UNE SAISINE DEVENANT SYSTÉMATIQUE

Le 2° du IV réécrit une grande partie du II de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, partiellement censuré par le Conseil constitutionnel :

Il prévoit un dispositif en deux temps :

– au-delà de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention, les mesures peuvent être renouvelées à condition d'informer le juge ;

– au-delà de soixante-douze heures d'isolement et de quarante-huit heures de contention, le juge doit intervenir systématiquement.

1. L'information du juge dans un premier temps

Dans un premier temps, et à titre exceptionnel uniquement, le médecin peut renouveler la mesure d'isolement ou de contention au-delà de quarante-huit heures ou vingt-quatre heures.

Le directeur de l'établissement (et non plus le médecin) informe sans délai le JLD, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

Parallèlement, le médecin doit informer, dès lors qu'elles sont identifiées, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical :

- la personne faisant l'objet des soins ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;
- son conjoint, son concubin ou la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;
- un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- le procureur de la République.

La condition de respect de la volonté du patient et du secret médical a été ajoutée afin de mieux prendre en compte les retours des professionnels de santé et des associations sur le terrain, estimant que cette condition d'information

inconditionnelle pouvait dans la pratique être contradictoire avec le respect du secret médical et de l'intérêt du patient.

Le rapporteur général s'interroge toutefois sur le sens de cette information systématique par le médecin, dont l'application apparaît d'autant plus floue que la portée de la formulation est amoindrie par cette nouvelle condition de respect de la volonté du patient et du secret médical, évidemment bienvenue. Peu claire, sa formulation pourra *a minima* être précisée.

2. L'intervention systématique du juge dans un second temps

Si l'état de santé du patient rend nécessaire le renouvellement de la mesure au-delà de ces durées, le directeur de l'établissement saisit le JLD avant l'expiration de la soixante-douzième heure d'isolement ou de la quarante-huitième heure de contention.

Le JLD statue alors dans un délai de vingt-quatre heures après l'expiration de ces délais.

Si les conditions prévues par l'article L. 3222-5-1 ne sont plus réunies (dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui ; mesure proportionnée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient ; surveillance somatique et psychiatrique stricte), le juge ordonne la mainlevée de la mesure. Dans ce cas, aucune nouvelle mesure ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures, sauf survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossible d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui. Le directeur de l'établissement informe alors sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

Si au contraire le juge autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention, le médecin peut la renouveler. Toutefois, si le renouvellement d'une mesure d'isolement est encore nécessaire après deux décisions de maintien prises par le juge, celui-ci doit être saisi dans un délai de six jours à compter de sa deuxième décision, et statuer dans les sept jours suivant cette deuxième décision. Si besoin, il peut être à nouveau saisi dans les mêmes conditions (au bout de six jours) et statuer dans les mêmes conditions.

Une mesure d'isolement ou de contention est considérée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise avec au moins quarante-huit heures d'écart avec la mesure précédente. En deçà de cet écart, les durées des mesures s'accumulent.

L'article permet également d'appliquer un tel contrôle juridictionnel lorsque plusieurs mesures sont cumulées sur une période de quinze jours, mais la formulation de cette disposition reste à préciser.

B. AUTRES AJUSTEMENTS

1. Assouplissement des modalités de renouvellement d'une mesure

Alors que l'article L. 3222-5-1, dans sa rédaction actuelle, prévoit que les mesures d'isolement peuvent être renouvelées par périodes de douze heures et les mesures de contention par périodes de six heures, le 1^o du **IV** assouplit ce renouvellement en précisant en lieu et place de ces dispositions que ces mesures font l'objet de deux évaluations respectivement par vingt-quatre heures et douze heures. Cela devrait donner davantage de souplesse au personnel médical, et permettre d'éviter d'évaluer les patients en nuit profonde.

2. Modalités de contrôle par le juge

Le **I** modifie l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, relatif à la possibilité de saisine du JLD, afin de prévoir que lorsque le juge est saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement comme de contention, il statue dans les délais prévus par l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.

Le **II** modifie la procédure devant le JLD prévue à l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique pour l'adapter à l'obligation de saisine du juge par le directeur de l'établissement désormais prévue par l'article L. 3222-5-1. Il précise également que si le JLD décide de tenir une audience, dérogeant ainsi à la procédure écrite sans audience, qui est le droit commun prévu pour ces saisines, la procédure est orale.

Le **III** apporte une précision rédactionnelle.

Le **V** et le **VI** rendent ces dispositions ainsi que les dispositions relatives à l'office du JLD en matière de soins sans consentement introduites en LFSS 2021 applicables à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française.

3. Entrée en vigueur

En cohérence avec la censure différée prononcée par le Conseil constitutionnel, le **VII** précise que ces dispositions sont applicables au 1^{er} janvier 2022.

III. ACCOMPAGNEMENT FINANCIER DE LA MESURE

La LFSS 2021 prévoyait un accompagnement financier pour les établissements de santé concernés.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, la totalité de ces crédits (15 millions d'euros de crédits pérennes et 20 millions d'euros de crédits non pérennes) ont effectivement été délégués aux

agences régionales de santé (ARS) sur des critères populationnels. Ils ont ensuite été délégués aux établissements de santé autorisés en psychiatrie exerçant une activité de soins sans consentement selon leurs besoins et après évaluation par les ARS en tenant compte du contexte local. Ces crédits devaient notamment permettre de financer les recrutements nécessaires à la nouvelle organisation et au renfort éventuel de la permanence médicale pour respecter les nouvelles obligations posées par la loi en termes de surveillance clinique, mais aussi des actions de formation et l'aménagement de salons d'apaisement.

Des crédits complémentaires sont nécessaires pour accompagner la mise en place de la réforme, estimés par l'évaluation préalable à 15 millions d'euros pour 2022.

*

* *

CHAPITRE II

Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie

Article 29

Revalorisations salariales dans le secteur médico-social

Adopté par la commission sans modification

Le présent article transpose au niveau législatif une partie des accords signés avec les partenaires sociaux le 11 février et le 28 mai 2021 à l'issue des travaux de la mission conduite par Michel Laforcade. Ils élargissent le bénéfice du complément de traitement indiciaire (CTI) – 183 euros nets mensuels – mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à plusieurs nouvelles catégories de professionnels :

– les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé (EPS) ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des groupements de coopération sociale et médico-sociale ou de certains groupements d'intérêt public à vocation sanitaire, à compter du mois de juin 2021 ;

– les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique exerçant en tant que personnels soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements et services médico-sociaux non rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD, financés pour tout ou partie par l'assurance maladie, à partir du mois d'octobre 2021. Il s'agit notamment des structures prenant en charge des personnes en situation de handicap.

Le coût de cette mesure est estimé à près de 70 millions d'euros en 2021 et à 140 millions d'euros en année pleine. En ajoutant le versement du CTI aux professions paramédicales des établissements du secteur privé non-lucratif pour personnes handicapées, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, etc. à compter de janvier 2022 – cette mesure ne nécessite pas de disposition législative –, l'extension des accords du Ségur au secteur médico-social représente un effort supplémentaire de plus de 500 millions d'euros par an.

I. LE PROLONGEMENT DE L'ACCORD DU SÉGUR

● L'accord du Ségur de la santé du 13 juillet 2020 a instauré un complément de traitement indiciaire (CTI) de 183 euros nets par mois, effectif depuis le 1^{er} décembre 2020, au bénéfice de 1,5 million d'agents affectés dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) à compter du 1^{er} septembre 2020.

Il était prévu que les discussions se poursuivent pour traiter le cas des personnels des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Au-delà de la nécessaire reconnaissance du travail réalisé par ces professionnels, il s'agissait d'apporter une réponse aux tensions de recrutement dans ce secteur qui, *de facto*, est devenu moins attractif à la suite de l'accord du Ségur.

Aussi des négociations ont débuté au mois de janvier dernier entre l'État et les partenaires sociaux dans le cadre d'une mission conduite par Michel Laforcade. Elles ont abouti à la conclusion de trois accords signés le 11 février 2021 puis le 28 mai 2021.

- Le premier accord, signé par l'État et les partenaires sociaux – CFDT, UNSA, FO et FHF – le 11 février 2021 prévoit une extension du CTI au 1^{er} juin 2021 à tous les agents des établissements sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou à un EHPAD public, soit 18 500 professionnels qui accompagnent principalement des personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

- Deux autres accords signés le 28 mai 2021 ont étendu le bénéfice du CTI à de nouveaux établissements et services pour 90 000 professionnels de santé non médicaux, les cadres de santé, et les aides médico-psychologiques (AMP), les accompagnants éducatifs et sociaux (AES) et les auxiliaires de vie.

Un protocole signé par l'État et les partenaires sociaux (FO, CFDT, UNSA et FHF) porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux publics autonomes, c'est-à-dire non rattachés à un établissement de santé ou un EHPAD, et financés pour tout ou partie par l'assurance maladie. Il prévoit que les 18 500 soignants relevant des trois fonctions publiques bénéficieront de l'augmentation de 183 euros nets par mois à partir du 1^{er} octobre 2021.

Un accord de méthode a par ailleurs été signé par l'État avec les partenaires sociaux (CFDT, UNSA, FEHAP, Croix-Rouge française, NEXEM, ACCESS, UGECAM et UCANSS) qui porte sur les établissements et services sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif financés pour tout ou partie par l'assurance maladie. Il prévoit que les 64 000 professionnels soignants, mais aussi les aides médico-psychologiques, les auxiliaires de vie sociale et les accompagnants éducatifs et sociaux, exerçant leurs fonctions dans ces structures – établissements pour personnes handicapées et services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) non régis par la branche de l'aide à domicile ⁽¹⁾ – bénéficieront d'un complément de rémunération de 183 euros nets par mois à compter du 1^{er} janvier 2022.

Sont également concernés par cet accord de méthode 9 000 professionnels soignants dans des structures privées à but non lucratif relevant de l'« ONDAM spécifique » : prise en charge des addictions, lits de santé, lits d'accueil médicalisé, appartements de coordination thérapeutiques. Cet accord ne nécessitant pas de traduction législative, il n'est pas décliné dans le présent article.

S'agissant des autres filières, notamment les personnels accompagnants comme les éducateurs, les accords du 28 mai dernier prévoient de poursuivre le

(1) Les SSIAD relevant de la branche de l'aide à domicile (BAD) bénéficieront d'une partie des 200 millions d'euros – 150 millions d'euros en 2021 – prévus par l'article 47 de la LFSS 2021 afin de revaloriser les métiers de l'aide à domicile et en particulier financer l'avenant 43 de la convention collective nationale de la BAD.

travail engagé pour définir les priorités nécessaires à l'attractivité des métiers dans le cadre d'une conférence sociale d'ici la fin de l'année 2021. Selon les éléments transmis par le Gouvernement, ces négociations devront permettre de faire évoluer les grilles salariales et d'envisager une fusion des conventions collectives existantes. Cette harmonisation se traduira par des augmentations de salaire, nécessaires pour renforcer l'attractivité des métiers. L'État apportera une contribution financière à ces revalorisations lorsque les discussions entre les partenaires sociaux auront abouti.

II. LA TRADUCTION LÉGISLATIVE DES ACCORDS DU 11 FÉVRIER ET DU 28 MAI 2021

A. UNE EXTENSION DU COMPLÉMENT DE TRAITEMENT INDICIAIRE À DE NOUVELLES CATÉGORIES DE PERSONNELS

L'article procède à une modification de l'article 48 de la LFSS 2021 afin d'élargir rétroactivement le périmètre des bénéficiaires du complément de traitement indiciaire (CTI) à de nouvelles catégories d'agents et ainsi traduire les accords du 11 février et du 28 mai derniers dans la loi.

Le 3° revient sur l'impossibilité pour les personnels des services et établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que des centres de santé créés et gérés par les établissements de santé publics ou privés, en vertu de l'article L. 6111-3 du code de la santé publique, de bénéficier du CTI.

● Le 5° complète la liste des établissements et des services dont les agents publics, titulaires ou contractuels, pourront bénéficier du CTI ou d'une indemnité équivalente, à compter du 1^{er} juin 2021. Il s'agit :

– des établissements et services sociaux et médico-sociaux rattachés à un établissement public de santé ou relevant d'un établissement public gérant un ou plusieurs EHPAD de la fonction publique hospitalière ;

– des groupements d'intérêt public (GIP) remplissant les trois critères suivants : le groupement doit exercer, à titre principal, une activité en lien direct avec la prise en charge de patients ou de résidents ; au moins l'un des établissements membres du groupement d'intérêt public doit être soit un établissement public de santé soit un EHPAD de la fonction publique hospitalière ; l'activité principale du groupement doit bénéficier majoritairement à un établissement public de santé ou à un EHPAD ;

– des groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) comprenant un ou plusieurs EHPAD de la fonction publique hospitalière ;

– des établissements expérimentaux financés par l'assurance maladie qui accueillent des personnes âgées.

● En outre, bénéficieront également du CTI, dans des conditions déterminées par décret, à partir du 1^{er} octobre 2021, les agents publics, titulaires ou contractuels, exerçant les fonctions d'aides-soignants, d'infirmiers, de cadres de santé de la filière infirmière et de la filière de rééducation, de masseurs-kinésithérapeutes, de pédicures-podologues, d'orthophonistes, d'orthoptistes, d'ergothérapeutes, d'audioprothésistes, de psychomotriciens, d'auxiliaires de puériculture, de diététiciens, d'aides médico-psychologiques, d'auxiliaires de vie sociale, d'accompagnants éducatifs et sociaux au sein :

– des services de soins infirmiers à domicile mentionnés (SSIAD) ;

– des établissements et services médico-sociaux, non rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD, prenant en charge des personnes en situation de handicap⁽¹⁾ et financés entièrement ou en partie par l'assurance maladie ;

– des établissements et services qui assurent l'accueil et l'accompagnement de personnes confrontées à des addictions (alcool, drogues...), les lits halte soins santé, les lits d'accueil médicalisés ou encore les appartements de coordination thérapeutique⁽²⁾.

● Le CTI sera versé, à compter du 1^{er} septembre 2021, aux personnels suivant des études pour évoluer professionnellement dès lors qu'elles débouchent sur un diplôme ou un certificat du secteur sanitaire et social.

● L'article prévoit plusieurs dispositions pour simplifier, actualiser ou assurer des coordinations au sein de l'article 48 de la LFSS 2021 (1^o, 2^o, 6^o, 7^o, 8^o et 9^o).

B. UN EFFORT FINANCIER DE PLUS DE 500 MILLIONS D'EUROS

● Le coût de la présente mesure est estimé à près de 68 millions d'euros en 2021 et à 140,5 millions d'euros en année pleine, dont :

– 98,5 millions d'euros pour le CTI des agents exerçant dans un établissement rattaché à un EPS, à un EHPAD, dans un GSMS comprenant un EHPAD ou dans un GIP à vocation sanitaire, dont 83 millions d'euros au titre de l'ONDAM médico-social et de l'ONDAM spécifique et 15,5 millions d'euros au titre de l'ONDAM établissements de santé (ONDAM ES) ;

– 42 millions d'euros pour le CTI des agents paramédicaux des établissements publics financés par l'assurance maladie : SSIAD, ESMS autonomes

(1) *Établissements et services relevant des 2^o, 3^o, 5^o et 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Il s'agit par exemple des instituts médico-éducatifs (IME), des établissements et services d'aide par le travail (ESAT), des foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou des maisons d'accueil spécialisées (MAS).*

(2) *Établissements et services relevant du 9^o du I de l'article L. 312-1.*

pour personnes handicapées, établissements et services relevant de l'ONDAM spécifique.

- À ces dépenses s'ajoutent celles qui sont associées au CTI pour les agents paramédicaux des établissements du secteur privé non lucratif et lucratif pour personnes handicapées, les SSIAD ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, etc. Bien que ces dépenses n'entrent pas dans le champ de la présente modification législative, elles représenteraient à elles seules 368 millions d'euros en année pleine.

Au total, l'extension des accords du Ségur au secteur médico-social devrait représenter un effort supplémentaire de plus de 500 millions d'euros par an.

*

* *

Article 30

Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

Adopté par la commission avec modification

Le présent article propose de réformer la tarification et l'organisation des services à domicile intervenant auprès des personnes âgées ou en situation de handicap.

D'une part, il est prévu d'instaurer à compter du 1^{er} janvier 2022 un tarif plancher national, qui sera fixé par arrêté ministériel à 22 euros pour chaque heure d'aide et d'accompagnement à domicile, à la fois pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et ceux non habilités. Le coût induit par la mesure pour les départements fera l'objet d'une compensation par la branche autonomie. L'article réforme, à partir du 1^{er} janvier 2023, la tarification des prestations de soins à domicile afin de prendre davantage en compte les besoins en soins des personnes accompagnées et leur degré de perte d'autonomie.

D'autre part, l'article généralise le modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui fait l'objet d'une expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2021. Il est prévu à cet effet de mettre en place un financement spécifique des agences régionales de santé (ARS) afin de développer les actions de coordination entre les prestations d'aide et de soins. Le financement de cette coordination pourra bénéficier aux services à domicile existants qui seront incités à se rapprocher.

Au plus tard le 30 juin 2025, tous les services à domicile prestataires devront se conformer à un cahier des charges, fixé par décret d'ici le 30 juin 2023, et proposer non seulement des prestations d'aide et d'accompagnement mais aussi des prestations de soins, le cas échéant *via* un tiers (autre service ou professionnel de santé) s'agissant de cette dernière activité. Afin de marquer cette évolution de l'offre domiciliaire, le présent article substitue à la terminologie actuelle (SAAD, SSIAD et SPASAD) celle de « services autonomie à domicile ».

Le coût des présentes mesures pour les finances publiques (sécurité sociale et État) devrait passer de 270 millions d'euros en 2022 à 400 millions d'euros en 2025, dont 260 millions d'euros chaque année au titre du tarif plancher pour l'aide et l'accompagnement à domicile.

Depuis plusieurs années, les Français expriment régulièrement leur souhait de rester vivre chez eux le plus longtemps possible. Alors que la part des personnes âgées au sein de la population continue de progresser d'année en année, cette préférence pour le maintien à domicile appelle une réponse forte des pouvoirs publics afin de proposer une offre de qualité pour accompagner et soigner les personnes dépendantes chez elles sur l'ensemble du territoire national. Or cette offre présente actuellement de nombreuses fragilités.

Le présent article doit permettre de consolider le secteur et ainsi accélérer le « virage domiciliaire ». Il s'articule autour de deux axes :

– à court terme, il s'agit de revaloriser le financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en garantissant à l'échelon national un tarif

horaire minimal à partir de 2022 et de réformer la tarification des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à compter de 2023 ;

– à moyen terme, il s’agit de rapprocher, à l’horizon 2025, les différentes structures existantes en développant les temps de coordination au sein de structures intégrées.

I. UNE RÉNOVATION DE L’OFFRE DOMICILIAIRE FONDÉE SUR LA PROMOTION DE LA POLYVALENCE DES SERVICES

A. UN SECTEUR DISPERSÉ

Il existe actuellement trois types de services à domicile pour les personnes âgées en perte d’autonomie et les personnes en situation de handicap, chacun étant soumis à des régimes d’autorisation et des modalités de financement distincts :

– les services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD), qui assurent des prestations d’aide à la personne pour les activités ordinaires et les actes essentiels de la vie quotidienne : entretien du logement et du linge, préparation des repas, aide à l’habillage et au déshabillage, etc. Les 8 700 SAAD – 15 % sont publics, 51 % associatifs et 34 % privés lucratifs – accompagnent environ 760 000 personnes âgées ou en situation de handicap. Ils sont autorisés, tarifés et financés principalement par les départements ;

– les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui assurent, sur prescription médicale, des soins dits de « *nursing* » (aide à la toilette, etc.) et des actes infirmiers (pansements, injections, perfusions, etc.). Les 1 970 SSIAD contribuent non seulement à prévenir la perte d’autonomie, mais ils facilitent également le retour à domicile après une hospitalisation et retardent l’entrée en établissement pour les personnes en perte d’autonomie. Ils assurent la coordination des intervenants médicaux et paramédicaux : services d’aide à domicile, kinésithérapeutes, médecins, etc. Ils sont autorisés et tarifés par les agences régionales de santé (ARS) et financés par la branche autonomie ;

– les services polyvalents d’aide et de soins à domicile (SPASAD) qui proposent à la fois de manière coordonnée des prestations d’aide comme les SAAD et des prestations de soins comme les SSIAD. Ils sont autorisés conjointement par les départements et les ARS, et sont financés à titre principal par les départements pour l’aide et par la branche autonomie pour le soin.

Tandis qu’elle est confrontée à des besoins croissants du fait de l’évolution de la démographie, cette offre de services présente aujourd’hui de nombreuses faiblesses structurelles. Ainsi que le rappelle l’étude d’impact, « *la multiplicité des acteurs (SAAD, SSIAD, SPASAD) nuit à la coordination entre les prestations d’aide et de soins et à la compréhension de l’offre par les usagers, ce qui favorise le non-recours et conduit à faire peser sur les familles d’importantes charges d’organisation* ».

Les premiers résultats de l'expérimentation des « SPASAD intégrés », prévue par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« ASV ») et qui s'achèvera à la fin de l'année 2021, ont démontré les nombreux avantages de l'intégration des services d'aide et de soins à domicile ⁽¹⁾. Pour mémoire, ces SPASAD ont bénéficié de financements spécifiques pour favoriser la coordination des prestations d'aide et de soins ainsi que les actions de prévention. L'existence d'un interlocuteur unique facilite les échanges et réduit les démarches à effectuer par les bénéficiaires et leur famille, ce qui améliore l'accessibilité des services. Cette organisation facilite la coordination des professionnels et les retours d'hospitalisation.

Bien que promu par la loi « ASV », le modèle des SPASAD reste trop peu développé à ce jour : seuls 381 SPASAD existent actuellement, dont 338 SPASAD expérimentaux. Leur développement est freiné par l'absence de financement pérenne des actions de coordination.

B. LA GÉNÉRALISATION DES « SERVICES AUTONOMIE À DOMICILE »

Afin de faciliter l'accès aux services à domicile et de favoriser la coordination des professionnels, le présent article prévoit de rapprocher les structures existantes. Les services actuels, quelle que soit leur nature (SAAD, SSIAD, SPASAD), devraient proposer à la fois des prestations d'aide et de soins, au plus tard le 30 juin 2025. Afin de marquer ce changement, le présent article propose de les renommer « services autonomie à domicile ». Au travers de plusieurs dispositions de coordination (**C** et **D** du **I**), il opère à cet effet un toilettage du cadre législatif ⁽²⁾.

• Aux termes du nouvel article L. 313-1-3 (**1°** du **A** du **I**), les services autonomie à domicile devront assurer une activité d'aide et d'accompagnement et proposer des soins à domicile aux personnes accompagnées. Un décret fixera, au plus tard le 30 juin 2023 (**A** du **II**), le cahier des charges national que devra respecter l'ensemble des services autonomie à domicile. Les services devront alors se mettre en conformité avec ce cahier des charges dans un délai de deux ans, soit au plus tard le 30 juin 2025 (**B** et **C** du **II**).

Si le texte prévoit de généraliser l'appellation « service autonomie à domicile », celle-ci renverra toutefois à deux réalités. En effet, les prestations de soins pourront être assurées soit directement par le service concerné, soit par un autre service ou un professionnel de santé, avec lequel une convention aura été conclue. Le Gouvernement justifie le maintien de cette possibilité par la prééminence des besoins d'aide à domicile, qui devraient rester très majoritaires par rapport aux besoins de soins. Malgré la coexistence de ces deux types

(1) *DGCS, rapport d'étape sur l'évaluation des expérimentations menées sur les SPASAD intégrés, 2019.*

(2) *L'appellation « services d'aide et d'accompagnement à domicile » est néanmoins conservée pour désigner les services relevant du 1° du I de l'article L. 312-1 intervenant auprès de mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans.*

d'organisation, la réforme doit permettre de simplifier l'expérience de la personne accompagnée (et de ses aidants) en lui permettant d'accéder à des prestations d'aide et de soins *via* une seule structure.

- Les SAAD, les SPASAD autorisés et les SPASAD expérimentaux existants seront réputés autorisés comme services autonomie à domicile à compter de la promulgation de la présente loi et jusqu'à l'expiration de leur autorisation. Comme indiqué précédemment, ils disposeront d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret précité pour se mettre en conformité avec le cahier des charges des services autonomie, au plus tard le 30 juin 2025. Les SSIAD devront quant à eux demander une autorisation pendant ce même délai afin d'obtenir la qualité de service autonomie à domicile – les autorisations délivrées seront exonérées de la procédure d'appel à projets. Enfin, les services à domicile existants (SAAD, SSIAD, SPASAD) resteront régis jusqu'à la publication du décret fixant le cahier des charges précité par les dispositions qui leur sont actuellement applicables.

Conformément à l'article L. 313-11-1 modifié par le 5° du C du I, les services autonomie à domicile ne réalisant pas eux-mêmes de prestations de soins ne seront pas contraints de signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), à la différence des services assurant eux-mêmes ces deux types de prestations, en application de l'article L. 313-12-2 (non modifié par le présent article).

- Afin de faciliter le développement des services autonomie, le présent article prévoit un financement spécifique visant à renforcer les actions de coordination. Versée par l'agence régionale de santé (ARS) en application du nouvel article L. 314-2-1, cette dotation aura vocation à garantir, à compter du 1^{er} janvier 2022 pour les SPASAD, le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès des personnes accompagnées.

Conçue comme un levier pour la simplification du paysage des services à domicile, elle s'inscrit dans le cadre d'une réforme plus globale du financement de l'offre domiciliaire.

II. LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SERVICES À DOMICILE

Les modèles de financement des services à domicile, aussi bien des SAAD que des SSIAD, et donc *a fortiori* des SPASAD, sont devenus inadaptés, si bien que l'offre actuelle ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins sur le territoire. Le présent article propose :

- d'instaurer, à compter du 1^{er} janvier 2022, un tarif plancher au niveau national pour les heures d'aide et d'accompagnement à domicile assurées par des services prestataires ;

– de réformer, à compter du 1^{er} janvier 2023, la tarification des prestations de soins à domicile en fonction des besoins et du degré de dépendance des personnes accompagnées.

A. L'INSTAURATION D'UN TARIF PLANCHER NATIONAL POUR LES HEURES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT À DOMICILE

• Les SAAD (et les SPASAD) interviennent auprès de personnes âgées ou en situation de handicap éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou à la prestation de compensation du handicap (PCH), prestations versées par les conseils départementaux et financées en partie par les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Chaque département établit ses propres grilles tarifaires de telle sorte que les heures réalisées par les SAAD au titre de l'APA ou de la PCH ne sont pas tarifées de la même façon d'un département à l'autre.

Dans de très nombreux départements, les tarifs horaires des SAAD demeurent inférieurs au coût de revient, qui a été évalué autour de 24 euros en 2016 et 2018 ⁽¹⁾. La médiane des tarifs moyens des départements se situait en 2018 entre 21,30 euros par heure pour les services habilités à l'aide sociale et 19,50 euros pour les services non habilités ⁽²⁾. Par ailleurs, selon une étude de la Fédération des services à la personne et de proximité (Fédésap), 94 départements sur 101 proposent actuellement une APA dont le seuil est inférieur à 22 euros ⁽³⁾.

C'est pourquoi les fédérations réclament depuis plusieurs années l'instauration d'un tarif national plancher qui permettrait de rendre économiquement viable cette activité et ainsi accroître les capacités d'accueil pour pouvoir répondre à l'ensemble des demandes. En effet, près de la moitié des structures déclarent ne pas parvenir à satisfaire toutes les nouvelles demandes tandis que plus de 20 % des départements connaissent des difficultés à couvrir l'intégralité de leur territoire. Enfin, les modalités de financement existantes ne permettent pas d'inciter les services à l'atteinte d'objectifs de service public, tels que l'accompagnement de personnes aux situations particulières (intervention dans des zones enclavées, de nuit, prise en charge de cas complexes, etc.) ou le respect de certains standards de qualité.

(1) CNSA-DGCS, Étude des prestations d'aide et d'accompagnement à domicile et des facteurs explicatifs de leurs coûts, mai 2016 et UNA, ARGOS SAAD 2017, décembre 2018. Le coût de revient a été évalué par ces deux études respectivement à 24,24 euros et 23,73 euros de l'heure.

(2) DGCS, 2018.

(3) [Le Monde, Aide à domicile : le gouvernement veut réformer l'allocation personnalisée d'autonomie, 23 septembre 2021.](#)

Ce tarif plancher sera fixé par arrêté des ministres en charge des personnes âgées, des personnes handicapées, des collectivités territoriales et de la sécurité sociale. Il est envisagé de le fixer à 22 euros par heure. D'après les éléments communiqués par le ministère des solidarités et de la santé, ce changement tarifaire entraînera une hausse mécanique du ticket modérateur appliqué aux bénéficiaires de l'APA ⁽¹⁾ à hauteur de 0,3 euro par heure, la moitié de ce montant pouvant être prise en charge par l'État dans le cadre du crédit d'impôt.

Le tarif socle entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022, aussi bien pour les SAAD actuels que les SPASAD autorisés et expérimentaux, pour ce qui concerne les activités d'aide et d'accompagnement à domicile (1° et 2° du **D** du **II**). Les SPASAD bénéficieront en outre à compter de cette même date d'une dotation complémentaire destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la bonne coordination de ses interventions.

Le coût induit par cette mesure pour les départements ferait l'objet d'une compensation par la branche autonomie. Le coût de cette mesure est estimé à 260 millions d'euros pour la sécurité sociale et, au titre du crédit d'impôt, l'État.

- Tirant les conséquences de la création d'un tarif plancher, l'article L. 347-1, relatif aux SAAD non habilités à l'aide sociale, est modifié pour prévoir que les services peuvent augmenter leurs prix d'un taux supérieur au taux maximal annuel d'évolution des prix fixé par arrêté, lorsque cela est nécessaire pour atteindre le tarif de référence prévu par le conseil départemental (8° du **C** du **I**^o). Par ailleurs, l'article L. 14-10-5 est modifié pour préciser les modalités de compensation par la CNSA de l'effet, pour les conseils départementaux, de l'entrée en vigueur du tarif plancher (**B** du **I**).

- Contrairement à la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD prévue par l'article 26 de la LFSS 2019 ⁽²⁾, l'article du projet de loi initial ne prévoit pas de financement complémentaire (ou dotation qualité) en fonction du profil des personnes accompagnées, des caractéristiques du territoire couvert ou de l'amplitude horaire d'intervention. Le Gouvernement a toutefois annoncé le dépôt d'un amendement prévoyant un tel financement, qui pourrait être de l'ordre de 3 euros de l'heure.

B. LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS EN SOINS DANS LA TARIFICATION DES SSIAD

Le mode de tarification actuel des SSIAD ne prend pas en compte les besoins en soins des personnes et leur degré de perte d'autonomie. Il n'incite donc

(1) Le montant du ticket modérateur, c'est-à-dire de la participation laissée à la charge du bénéficiaire de l'APA (il n'y en a pas pour la prestation de compensation du handicap), dépend de ses ressources. En outre, les services non habilités à l'aide sociale peuvent appliquer une surfacturation qui s'ajoute au tarif départemental de référence pour l'APA.

(2) Voir les [travaux de Mmes Annie Vidal et Agnès Firmin Le Bodo sur ce sujet dans le cadre du Printemps social de l'évaluation 2020](#) (p. 53).

pas ces structures à prendre en charge des personnes nécessitant les soins les plus importants. Plusieurs études ont mis en évidence des obstacles persistants à la prise en charge de ces personnes, conduisant dans certains cas à des refus d'admission ⁽¹⁾. Le cas échéant, les personnes concernées sont orientées vers les cabinets d'infirmiers libéraux, mais ne bénéficient alors pas du rôle de coordination des soins assuré par les SSIAD, ou vers des SAAD, conduisant néanmoins à des transferts de compétences entre professionnels parfois inadaptés (par exemple pour des toilettes techniques).

Afin de favoriser la prise en charge par les SSIAD des personnes aux besoins en soins les plus importants, le nouvel article L. 314-2-1 prévoit une modulation de la tarification des soins dispensés par les services autonomie à domicile en fonction notamment du niveau de dépendance moyen et des besoins en soins des personnes accompagnées (**3° du D du II**). Cette tarification sera arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé. Il est ainsi proposé de passer à compter du 1^{er} janvier 2023 de la tarification actuelle, forfaitaire par place et non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification prenant en compte le besoin en soins et le niveau de perte d'autonomie des usagers.

Selon l'étude d'impact, le Gouvernement entend poursuivre au cours des prochains mois ses travaux avec les fédérations du secteur « *afin de définir l'équation tarifaire du nouveau modèle de tarification, sur la base des propositions de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Le modèle ainsi défini sera par la suite adopté par un décret en Conseil d'État ayant vocation à être publié au cours de l'année 2022.* »

VENTILATION DES COÛTS DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SERVICES À DOMICILE (2022-2025)

(en millions d'euros)

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--|------------|------------|------------|------------|
| Branche autonomie | 253 | 312 | 338 | 388 |
| <i>Dont</i> | | | | |
| <i>Tarif plancher de 22 €SAAD</i> | 242 | 242 | 242 | 242 |
| <i>Réforme tarification SSIAD</i> | 0 | 39 | 81 | 127 |
| <i>Financement temps de coordination</i> | 10 | 11 | 14 | 18 |
| État | | | | |
| <i>Tarif plancher de 22 €SAAD (crédit d'impôt)</i> | 19 | 19 | 19 | 19 |
| Total finances publiques | 272 | 313 | 358 | 407 |
| Assurés | | | | |
| <i>Tarif plancher de 22 €SAAD</i> | 19 | 19 | 19 | 19 |

Source : étude d'impact (annexe 9 du PLFSS).

*

* *

(1) [Cour des comptes, Le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie, 2016.](#)

Article 31

Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Adopté par la commission avec modification

Tirant les enseignements de plusieurs expérimentations ou initiatives locales, le présent article propose d'inscrire dans le marbre de la loi une nouvelle mission facultative des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), celle de « centre de ressources territorial ». Les EHPAD pourront ainsi proposer de nouvelles actions visant à :

- appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées en leur proposant des formations, un appui administratif et logistique, une expertise gériatrique, des ressources spécialisées ou de plateaux techniques, etc. ;
- offrir, en collaboration avec les services à domicile, un accompagnement à domicile renforcé au bénéfice des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants.

Le coût de la présente mesure est évalué à 20 millions d'euros en 2022 et progresserait pour atteindre 78 millions d'euros en 2025.

I. LES EHPAD, DES ÉTABLISSEMENTS EN MUTATION

A. DES ÉVOLUTIONS INDUITES PAR LA GESTION DE LA CRISE SANITAIRE

Rarement les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont été autant mis en lumière que pendant la crise sanitaire. Leur gestion a parfois été critiquée du fait des dégâts causés par la propagation du virus dans certains EHPAD. Cette crise a toutefois constitué une opportunité pour développer de nouvelles pratiques et améliorer la prise en charge des résidents.

Ainsi, les EHPAD qui ont su développer des relations privilégiées avec les hôpitaux et leurs filières gériatriques ont réussi à mieux endiguer la diffusion du virus en interne et à avoir moins recours à l'hospitalisation de leurs résidents, en particulier aux urgences. La crise sanitaire a renforcé la nécessité de créer des coopérations, notamment entre les EHPAD et les établissements de santé.

B. DES EXPÉRIMENTATIONS PROMETTEUSES

Les EHPAD apparaissent en outre comme des acteurs incontournables pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes souhaitant rester vivre chez elles. Dans leur rapport sur les unités de soins de longue durée et EHPAD ⁽¹⁾, les professeurs Claude Jeandel et Olivier Guérin ont démontré notamment que les EHPAD ont un rôle indispensable à jouer pour accompagner et proposer des soins adaptés à un public présentant davantage de pathologies, en particulier dégénératives.

(1) [C. Jeandel et O. Guérin, Unités de soins de longue durée et EHPAD, juin 2021.](#)

Différentes initiatives ont vu le jour depuis plusieurs années sur le territoire national pour faire évoluer les missions des EHPAD. Au moins deux ARS – Nouvelle-Aquitaine et Occitanie – ont permis aux EHPAD d’assurer, en complément de leur mission historique d’hébergement, une nouvelle mission de « centre de ressources territorial » en proposant une fonction d’appui, d’expertise et de soutien au territoire en lien avec les autres acteurs gérontologiques. Actuellement, une cinquantaine d’EHPAD sont organisés en « pôle ressource de proximité » en Nouvelle-Aquitaine.

D’autre part, des dispositifs d’appui renforcé de soutien au domicile (DRAD) ont fait l’objet d’une expérimentation dans le cadre de l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ces dispositifs consistent à mobiliser, en subsidiarité des acteurs du domicile (SAAD, SSIAD et SPASAD notamment), une équipe généralement composée d’un temps de médecin coordonnateur, d’infirmier coordinateur, d’ergothérapeute et d’aide-soignant de l’EHPAD, pour apporter un accompagnement renforcé à une personne âgée en perte d’autonomie souhaitant rester à domicile plutôt que d’entrer en établissement.

II. LA CONSÉCRATION LÉGISLATIVE DE L’EHPAD « CENTRE DE RESSOURCES TERRITORIAL »

A. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article propose de consacrer une nouvelle mission des EHPAD, qui pourront devenir des « centres de ressources territoriaux ». Dans cette optique, il complète le code de l’action sociale et des familles avec un nouvel article L. 313-12-3 (1°) dont les modalités seront précisées par voie réglementaire.

● L’EHPAD centre de ressources territorial pourra proposer des actions visant à :

– appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées en leur proposant des formations, un appui administratif et logistique, une expertise gériatrique, des ressources spécialisées ou de plateaux techniques, etc. ;

– offrir, en collaboration avec les services à domicile, un accompagnement à domicile renforcé au bénéfice des personnes âgées en perte d’autonomie et de leurs aidants. Il s’agira ainsi « *d’améliorer la cohérence de leur parcours de santé, de prévenir leur perte d’autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile* ».

● Selon l’étude d’impact, cette mission « hors les murs » de l’EHPAD se compose de plusieurs volets. Il pourra s’agir d’assurer :

– la sécurisation de l’environnement de la personne avec la mise en place de dispositifs de téléassistance par exemple ;

– la continuité du projet de vie : animation de la vie sociale collective et partagée en habitat inclusif, aide dans les démarches d’ouverture de droits, soutien des aidants, etc. ;

– la coordination des interventions à domicile et la continuité des parcours de soins afin d’éviter autant que possible les hospitalisations ou, le cas échéant, afin de gérer les sorties d’hospitalisation.

● Les EHPAD proposant l’une de ces missions, dans les murs ou hors les murs, pourront recevoir des financements complémentaires au titre du forfait soins (2°) ⁽¹⁾. Ces nouvelles fonctions seront financées par la branche autonomie et autorisées par les agences régionales de santé (ARS), qui se verront déléguer à cet effet de nouveaux crédits. La réalisation et le financement de ces nouvelles actions devront être intégrés dans les contrats pluriannuels d’objectifs et de moyens (CPOM) des EHPAD.

Les mesures prévues par le PLFSS 2022 pour les EHPAD

L’évolution du rôle des EHPAD prévue par le présent article contribuera à accélérer les transformations portées par le plan d’investissement du Ségur de la santé (notamment 2,1 milliards d’euros de plan d’investissement sur les volets immobilier et numérique). Pour accompagner cette évolution, la trajectoire financière de la branche autonomie proposée dans ce PLFSS prévoit un accroissement sur plusieurs années du temps médical et soignant dans les EHPAD à partir de 2022, via

– le renforcement du temps de médecins coordinateurs dans les EHPAD afin de garantir au moins deux jours de présence dans tous les établissements ;

– la généralisation d’ici 2023 des astreintes infirmières de nuit en EHPAD. L’objectif est de permettre à chaque établissement de recruter une infirmière de plus en trois ans ;

– le développement de structures sanitaires d’appui au bénéfice des établissements et services médico-sociaux grâce au déploiement d’équipes mobiles de gériatrie et d’hygiène.

Source : annexe 9 du PLFSS 2022.

B. LE COÛT DE LA MESURE

Selon l’étude d’impact, une enveloppe de 16 millions d’euros est prévue en 2022 pour financer environ un EHPAD centre de ressources territorial par département. Ces crédits seront progressivement augmentés pour atteindre 65 millions d’euros en 2025. Les ARS pourront allouer une dotation annuelle moyenne de l’ordre de 100 000 euros par EHPAD pour remplir la mission de « centre de ressources territorial » : ce montant correspond au plafond inscrit dans les appels à candidature de l’ARS Nouvelle-Aquitaine et de l’ARS Occitanie pour l’expérimentation du dispositif.

(1) Conformément à l’article L. 314-2 du code de l’action sociale et des familles, les EHPAD sont financés par un forfait soins, un forfait dépendance et un forfait hébergement.

Le chiffrage de la mesure intègre également 4 millions d'euros en 2022 et en 2023 (13 millions d'euros en 2025) pour couvrir les dépenses liées à l'accompagnement renforcé de 1 % des personnes âgées dont la perte d'autonomie est la plus importante (GIR 1 et 2), soit 2 000 places en 2030, compte tenu des projections démographiques. La mesure monterait progressivement en charge sur cinq ans grâce à la création de 350 places par an en moyenne.

Le coût total du présent article passerait de 20 millions euros en 2022 à 78 millions d'euros en 2025.

COÛT DU DISPOSITIF

(en millions d'euros)

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|--------------------------|------|------|------|------|
| Branche autonomie | 20 | 35 | 56 | 78 |

Source : étude d'impact (annexe 9 du PLFSS).

*

* *

Article 32

Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie

Adopté par la commission avec modification

Le présent article prévoit la création d'un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, qui aura vocation à remplacer les outils informatiques propres à chaque département à l'horizon 2025. Il sera mis à la disposition des conseils départementaux en 2024 à titre gratuit par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans l'objectif de renforcer l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire. Ce système d'information permettra un déploiement simultané des évolutions législatives et réglementaires relatives à l'APA dans les outils de gestion de l'ensemble des départements, une harmonisation des processus de gestion et l'organisation de remontées de données régulières à la CNSA, ce qui contribuera à améliorer le pilotage de l'APA au niveau national.

Les coûts liés au développement et au déploiement de ce système d'information sont estimés à 45 millions d'euros sur la période 2022-2024. Les dépenses de maintenance sont évaluées entre 5 et 10 millions d'euros par an à partir de 2025.

I. LE DIFFICILE PILOTAGE DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

A. LE FINANCEMENT DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

● L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est une aide ayant le caractère d'une prestation en nature destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie résidant en France de façon stable et régulière ⁽¹⁾. Le degré de perte d'autonomie doit être évalué comme relevant du GIR 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels du conseil départemental ⁽²⁾. Il existe deux APA différentes :

– l'APA à domicile, qui aide à payer les dépenses relevant d'un plan d'aide, nécessaires pour rester vivre à domicile ;

– l'APA en établissement, qui est destinée à payer une partie du tarif dépendance établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le montant d'APA attribué dépend du niveau de revenus. Au-delà d'un certain niveau de revenus, une partie des dépenses reste à la charge du bénéficiaire.

(1) Articles L. 232-1 à L. 232-28 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Le GIR (groupe iso ressources) correspond au degré de perte d'autonomie d'une personne âgée. Le GIR d'une personne est calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide de la grille AGGIR.

1,3 million de personnes bénéficiaient de l'APA en décembre 2019, dont 785 000 à domicile et 550 000 en établissement selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

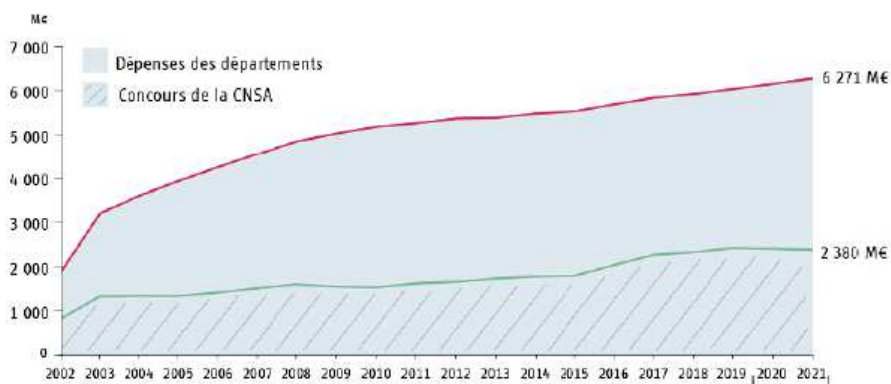
• Bien que versée par les conseils départementaux, l'APA est financée en partie par la branche autonomie de la sécurité sociale. Chaque année, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) verse plusieurs concours aux départements. Conformément au 3° de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, elle doit couvrir une partie du coût de l'APA, mais aussi de la prestation de compensation du handicap (PCH), des coûts d'installation ou de fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et du coût des actions de prévention de la perte d'autonomie sélectionnées par les conférences des financeurs. S'agissant de l'APA, la CNSA verse deux concours :

– le concours APA 1, issu de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie (2 milliards d'euros en 2021) ;

– le concours APA 2, issu de la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (« ASV ») (390 millions d'euros en 2021).

Ces concours représentent en 2021 38 % des dépenses versées par les départements au titre de l'APA (6,3 milliards d'euros) ⁽¹⁾.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES ET DES CONCOURS APA DEPUIS 2002 (EN MILLIONS D'EUROS)

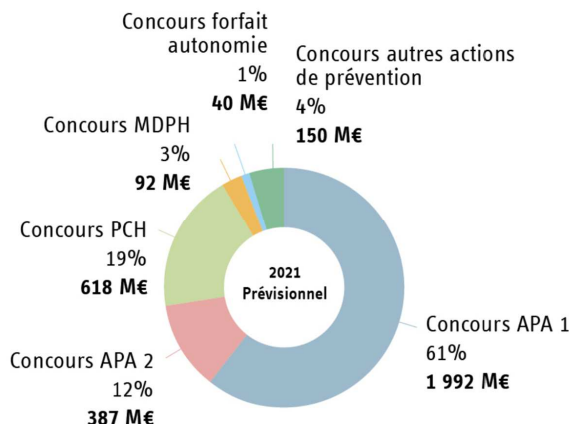


Source : CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021.

Ainsi que le montre le schéma ci-dessous, les concours APA constituent une masse financière importante au regard des autres enveloppes : ils représentent en 2021 73 % des concours de la CNSA aux départements (3,3 milliards d'euros).

(1) À titre de comparaison, les dépenses des départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH), versée à 375 000 personnes (fin 2018), représentent 2,4 milliards d'euros en 2021.

LES CONCOURS FINANCIERS DE LA CNSA AUX DÉPARTEMENTS EN 2021



Source : CNSA, Les chiffres clés de l'aide à l'autonomie 2021.

B. DES DIFFICULTÉS LIÉES À L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES OUTILS INFORMATIQUES

Les conseils départementaux utilisent actuellement leurs propres systèmes d'information pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile. Soit ils recourent à des sociétés de service informatique (cas de plus de 90 % des départements), soit ils développent leur propre système d'information. Dans les faits, l'informatisation de l'APA dans les départements repose aujourd'hui principalement sur trois éditeurs.

Cette organisation présente plusieurs inconvénients rappelés par l'étude d'impact (annexe 9 du PLFSS). Ceux-ci font obstacle à l'objectif d'égalité de traitement attaché à la création de la cinquième branche pour les personnes âgées partout sur le territoire. La coexistence de systèmes d'information propres à chaque conseil départemental induit :

- un déploiement hétérogène des évolutions légales et réglementaires sur le territoire, que ce soit au niveau de la méthode, des résultats et de délais ;

- un niveau d'informatisation inégal des processus de gestion de l'APA entre les départements. D'après un sondage réalisé par la CNSA et l'Agence du numérique en santé (ANS) en septembre 2019, quatre départements sur cinq souhaitent bénéficier d'un soutien national pour l'informatisation de l'APA ;

- l'absence de remontées de données qui permettraient à la CNSA d'identifier les différences de pratiques entre les départements et d'animer les conditions d'une plus forte homogénéisation, de même que de mesurer l'exécution

effective des réformes engagées et les évolutions à soutenir pour améliorer l'autonomie des personnes âgées.

S'agissant de ce dernier point, les données dont dispose la CNSA se limitent aux données agrégées de dépenses permettant de calculer les concours de la CNSA aux départements. Les seules données individuelles disponibles au niveau national, collectées chaque année par la Drees à des fins d'études statistiques, sont incomplètes et nécessitent d'être retraitées.

II. LA CRÉATION D'UN SYSTÈME D'INFORMATION UNIQUE

A. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article prévoit la création d'un système d'information unique au niveau national pour améliorer la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile par les départements.

• Cet outil sera fourni à titre exclusif par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), ainsi que le prévoit la nouvelle version de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, qui énumère les missions stratégiques de la CNSA (1° du **I**). L'article précise ainsi la mission de pilotage, d'animation et de coordination qui incombe à la CNSA dans le champ des politiques de soutien à l'autonomie, qui consiste notamment à concevoir et à mettre en œuvre des systèmes d'information.

Conformément au nouvel article L. 232-21-5 (2° du **I**), la mise en place de ce système d'information vise à améliorer les connaissances nécessaires à l'élaboration et à la conduite de la politique de soutien à l'autonomie des personnes âgées, à améliorer son pilotage national ainsi que la qualité du service rendu et à garantir l'égalité de traitement sur l'ensemble du territoire national. Plus concrètement, cet outil devra permettre de :

– mettre en œuvre l'ensemble des procédures nécessaires au recueil des demandes, à l'attribution, à la gestion et au contrôle de l'effectivité de l'APA ;

– suivre et analyser la mise en œuvre de ces procédures, les dépenses relatives à l'APA et les caractéristiques de ses bénéficiaires et leurs niveaux de ressources.

Un décret en Conseil d'État déterminera les catégories de données traitées et les règles d'utilisation de ce système d'information. Le dispositif entrera en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2025. Le système d'information sera progressivement déployé dans l'ensemble des départements à partir du 1^{er} janvier 2024 (**II**).

Il s'agit ainsi de renforcer l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire, en permettant un déploiement simultané des évolutions

réglementaires relatives à l'APA dans les outils de gestion de l'ensemble des départements, une harmonisation des processus de gestion, en particulier d'évaluation des besoins des personnes âgées, et l'organisation de remontées de données régulières à la CNSA lui permettant d'exercer plus efficacement son rôle de pilotage national.

- Le système d'information sera interfacé avec le téléservice unique pour les demandes d'APA et d'accompagnement par les caisses de retraite, en cours de développement par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et qui contribuera à faciliter les démarches des usagers et des leurs aidants ainsi que le suivi personnalisé de leur parcours.

Les conseils départementaux seront pleinement associés à ce projet, dès la phase préparatoire, tant aux niveaux stratégique qu'opérationnel du programme. Une phase pilote sera conduite avec les départements volontaires. Le déploiement au niveau national se fera de manière progressive et les départements bénéficieront d'un accompagnement de la CNSA pour la migration vers le nouveau système d'information.

- Il convient de préciser qu'il aurait pu être envisagé, de manière alternative, d'harmoniser les systèmes d'information des départements. Cette option avait été retenue par la loi « ASV » de 2015 pour les systèmes d'information des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) (projet « SI MDPH »). Cette solution apparaît toutefois moins performante d'après l'étude d'impact puisqu'ont été constatés *« pendant un certain temps des niveaux de mise à jour différents des systèmes d'information entre les éditeurs de logiciel, faisant obstacle tant à une application uniforme du droit (relatif notamment à la prestation de compensation du handicap – PCH) qu'à des remontées de données homogènes pour l'ensemble des départements »*. C'est pourquoi cette option a été écartée.

B. LE COÛT DU DISPOSITIF

Les coûts liés au développement et au déploiement du système d'information sont estimés à 45 millions d'euros sur la période 2022-2024, passant de 7 millions d'euros en 2022 à 21 millions d'euros en 2024.

À compter de 2025, les dépenses de maintenance sont évaluées entre 5 et 10 millions d'euros par an.

*
* *

CHAPITRE III

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 33

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Adopté par la commission avec modification

Le présent article contient un certain nombre de dispositions, relativement disparates, mais qui ont toutes pour objectif de rénover la régulation des dépenses de produits de santé.

Il crée un dispositif de prise en charge anticipée adapté aux innovations dans le champ du numérique en santé. Peuvent bénéficier de cette prise en charge dérogatoire pendant un an tant les dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique que les activités de télésurveillance (à savoir les activités médicales ainsi que les dispositifs médicaux numériques associés) qui ne sont pas encore inscrits sur une liste d'actes ou de produits admis au remboursement mais qui sont présumés innovants en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins.

Cet article modifie également le « forfait innovation » pour offrir plus de visibilité aux industriels quant aux critères de fixation du montant de ce forfait et pour assurer l'accès des patients au dispositif médical innovant une fois la prise en charge dérogatoire terminée.

Cet article prévoit une prise en charge des médicaments innovants préparés ponctuellement, aussi appelés « MTI-PP », dont le coût de fabrication reposait jusqu'alors uniquement sur les établissements de santé.

Il tire les conséquences du transfert à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de la gestion de la liste des médicaments rétrocédables en supprimant le délai de soixante-quinze jours dans lequel le prix de ces médicaments devait être fixé, une fois qu'ils étaient inscrits sur la liste de rétrocession.

Il supprime le coefficient de minoration qui devait s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2022 aux remboursements effectués par l'assurance maladie aux établissements de santé pour leurs achats de certaines maladies onéreuses figurant sur une liste spécifique aux services de soins et de réanimation.

Enfin, il procède à certains ajustements, à la marge, de la réforme de l'accès précoce et de l'accès compassionnel introduite en LFSS 2021.

I. LE DROIT EXISTANT : L'ACCÈS À L'INNOVATION EN MATIÈRE DE PRODUITS DE SANTÉ PEUT ENCORE ÊTRE RENFORCÉ

L'accès à l'innovation en matière de produits de santé est, depuis un certain nombre d'années déjà, une priorité. Le neuvième Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui s'est tenu en juin dernier, a rappelé la nécessité d'offrir aux innovations un cadre d'accès au marché accéléré et simplifié pour en faire bénéficier l'ensemble des patients.

Un certain nombre de dispositifs ont été mis en place pour ce faire, à l’instar des outils de prise en charge dérogatoire pour les dispositifs médicaux innovants ou de l’accès précoce et compassionnel pour les médicaments. Le présent article vise principalement à compléter ou améliorer ces dispositifs.

A. LES OUTILS DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRE NE SEMBLANT PAS ADAPTÉS AUX DISPOSITIFS MÉDICAUX NUMÉRIQUES

1. Un parcours de commercialisation parfois très long

Les dispositifs médicaux suivent un parcours strictement encadré avant d’être mis sur le marché puis admis au remboursement.

Qu’est-ce qu’un dispositif médical ?

Le règlement européen 2017/745 définit un dispositif médical comme étant 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 précises suivantes :

- diagnostic, prévention, contrôle, prédiction, pronostic, traitement ou atténuation d’une maladie ;
- diagnostic, contrôle, traitement, atténuation d’une blessure ou d’un handicap ou compensation de ceux-ci ;
- investigation, remplacement ou modification d’une structure ou fonction anatomique ou d’un processus ou état physiologique ou pathologique ;
- communication d’informations au moyen d’un examen *in vitro* d’échantillons provenant du corps humain, y compris les dons d’organes, de sang et de tissus ;
- 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.

Cette définition souligne l’importante hétérogénéité du secteur du dispositif médical, lequel comporte des dispositifs aussi divers que des pansements, des lunettes de vue, des stimulateurs cardiaques ou des appareils d’imagerie médicale.

Pour être commercialisés sur le marché européen, les dispositifs médicaux doivent être conformes aux exigences générales en matière de sécurité et de performances qui leur sont applicables. Par exemple, ils doivent détenir le marquage CE.

- *Des modalités de prises en charge différentes en ville et à l’hôpital*

L’obtention du marquage CE n’implique pas la prise en charge systématique du dispositif médical en France. Une demande de prise en charge doit être déposée et les procédures diffèrent selon que le dispositif médical est délivré en ville ou à l’hôpital :

– en ville, les dispositifs médicaux à usage individuel utilisés au domicile du patient peuvent être pris en charge dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. La prise en charge des dispositifs médicaux liés à un acte réalisé par un professionnel de santé est, elle, intégrée dans le tarif de l'acte ;

– dans les établissements de santé, les dispositifs médicaux sont principalement financés à travers les groupes homogènes de séjour (GHS). Ils font l'objet d'une prise en charge dans le cadre de la tarification à l'activité et ne sont donc pas inscrits sur la LPPR.

À noter que parmi les dispositifs médicaux financés à travers les GHS, certains doivent faire l'objet d'une évaluation⁽¹⁾ par la Haute Autorité de santé (HAS), au regard de leur caractère invasif ou des risques qu'ils peuvent présenter pour la santé humaine. Cette évaluation conditionne, non seulement la prise en charge pour ces produits, mais aussi leur achat, fourniture et utilisation par tous les établissements de santé.

Si le financement à travers les GHS est la modalité la plus fréquente de prise en charge des dispositifs médicaux, certains d'entre eux, particulièrement onéreux et innovants, ne sont toutefois pas financés par les GHS. Ils sont inscrits sur la liste en sus, prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale. À noter que pour être inscrits sur la liste en sus, les dispositifs médicaux doivent également être inscrits sur la LPPR.

- *L'inscription sur la LPPR et la fixation du prix*

Pour être pris en charge par l'assurance maladie, les dispositifs médicaux à usage individuel en ville ainsi que les dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus doivent faire l'objet d'une inscription sur la LPPR. Cette liste porte sur le dispositif médical en lui-même (par exemple une audioprothèse) mais également sur la prestation nécessaire à sa bonne utilisation (par exemple la prestation de l'audioprothésiste pour adapter et régler la prothèse au cas particulier du patient).

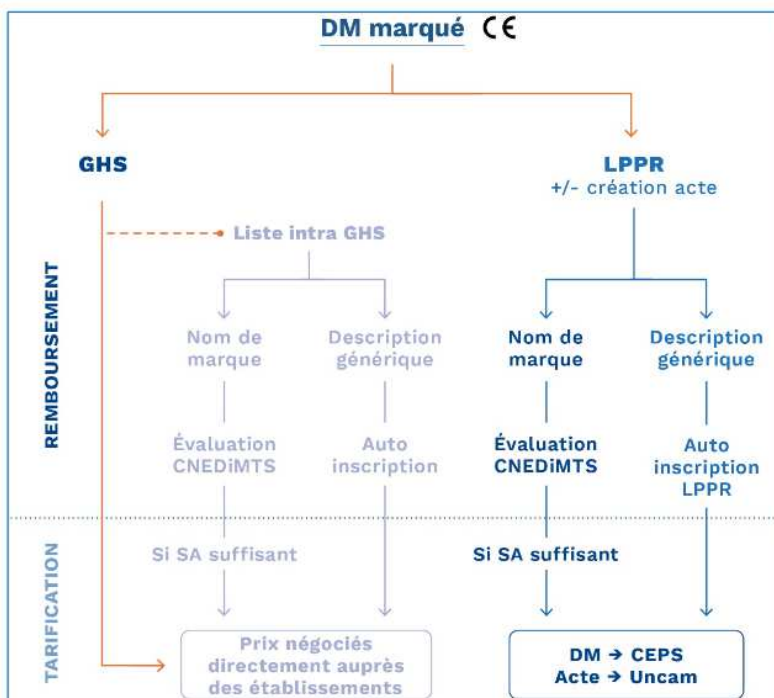
L'inscription la LPPR peut s'effectuer sous forme de description générique du dispositif médical. Ce mode d'inscription identifie un type de produit selon ses indications, ses spécifications techniques, sans mention de nom de marque ou de société. Dans ce cas, l'exploitant d'un dispositif marqué CE appose lui-même sur son produit le code LPPR correspondant à la ligne générique à laquelle il estime que son produit appartient (régime d'auto-inscription).

À l'inverse, l'inscription par nom de marque nécessite de déposer un dossier de demande de remboursement. La commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé de la HAS évalue le niveau de service attendu (SA) et le niveau d'amélioration du service attendu (ASA).

(1) Voir le commentaire de l'article 36 du présent PLFSS.

En cas d’avis favorable au remboursement, le tarif de remboursement du dispositif médical fait alors l’objet d’une négociation entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et le fabricant ou le distributeur. Est fixé un tarif de responsabilité – le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale – ainsi qu’un prix limite de vente ⁽¹⁾ – ce prix correspond au prix maximum qu’il est possible de facturer le produit au public. Dans la majorité des cas, le tarif de responsabilité et le prix limité de vente sont identiques.

LES PRINCIPALES ÉTAPES DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE ET DE TARIFICATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX



Source : HAS

2. Des outils de prise en charge dérogatoire qui ne paraissent pas totalement adaptés aux dispositifs numériques

a. Les outils de prise en charge dérogatoire

i. Le forfait innovation

Afin de contourner les délais trop longs d’inscription sur la LPPR, la LFSS 2009 ⁽²⁾ a créé le « forfait innovation ». Ce dispositif a été profondément

(1) La fixation d’un prix limite de vente n’est pas automatique.

(2) Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

remanié en LFSS 2015 ⁽¹⁾ de manière à être rendu plus lisible et plus attractif. Le décret du 16 février 2015 ⁽²⁾ est venu préciser les conditions d'éligibilité des produits ou des actes concernés.

Prévu à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale, le forfait innovation permet à des dispositifs médicaux de faire l'objet d'une prise en charge partielle ou totale par l'assurance maladie avant même leur inscription sur la LPPR.

- Pour bénéficier de ce forfait, un dispositif médical doit être innovant et susceptible de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique. Les critères d'éligibilité au forfait innovation sont précisés à l'article R. 165-63 du code de la sécurité sociale.

- La prise en charge est subordonnée à la présentation par l'exploitant d'une étude clinique ou médico-économique, dont les modalités de réalisation sont précisées à l'article R. 165-34 du code de la sécurité sociale. Cette étude doit notamment permettre d'établir l'amélioration du service attendu par le dispositif.

- Un arrêté pris après avis de la HAS fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation ainsi que la liste des établissements de santé, des centres de santé et maisons de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait. Le forfait est exclusif et ne peut se cumuler avec d'autres financements.

- Un certain nombre de forfaits innovations ont été mis en place, par exemple pour la prise en charge du système de dénervation ciblée des poumons dNerva ⁽³⁾ ou du système d'assistance électronique BrainPort Vision Pro ⁽⁴⁾.

- Ce forfait souffre néanmoins d'un certain nombre de limites soulignées dans l'étude d'impact du présent projet de loi :

- le positionnement du forfait innovation manque de lisibilité. Un certain nombre d'entreprises ne le demandent pas alors qu'elles pourraient y avoir recours ;

- les négociations du montant du forfait innovation sont parfois difficiles entre les pouvoirs publics et les industriels. Le forfait est en effet censé inclure la prise en charge de l'acte et, le cas échéant, celle des frais d'hospitalisation, du produit de santé ou de la prestation associés. Or les critères en fonction desquels les pouvoirs publics fixent le montant de la prise en charge du produit de santé ou de la prestation associés sont mal définis et mal connus des industriels ;

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(2) Décret n° 2015-179 du 16 février 2015 fixant les procédures applicables au titre de la prise en charge prévue à l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Arrêté du 9 septembre 2019 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du système de dénervation ciblée des poumons dNerva.

(4) Arrêté du 20 décembre 2019 relatif à la prise en charge au titre de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale du dispositif médical BrainPort Vision Pro.

– il semble nécessaire de sécuriser le risque financier pris par l'assurance maladie dans le cadre du forfait innovation. Rien n'oblige aujourd'hui l'exploitant à conduire l'étude clinique ou médico-économique à son terme ainsi qu'à mettre le dispositif à la disposition des patients français à l'issue de la prise en charge dérogatoire.

ii. La procédure de prise en charge transitoire d'indications innovantes

Un deuxième mécanisme de prise en charge dérogatoire des dispositifs médicaux a été mis en place. Créé à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale par la LFSS 2019 ⁽¹⁾ sur le modèle de la procédure des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) existant pour les médicaments, il se distingue profondément du forfait innovation.

Alors que le forfait innovation concerne des innovations de rupture (parfois sans marquage CE) que la HAS ne peut pas encore admettre au remboursement faute de données suffisantes, le dispositif de prise en charge transitoire concerne des dispositifs plus matures qui disposent déjà de toutes les évaluations cliniques nécessaires et qui sont en passe d'être inscrits sur la LPPR.

• Trois prérequis doivent être remplis pour qu'un dispositif soit éligible à la prise en charge transitoire : il doit disposer du marquage CE, il ne doit pas être déjà pris en charge dans le cadre des prestations d'hospitalisation et l'industriel doit s'engager à faire une demande d'inscription à la LPPR dans un délai de douze mois à compter de sa demande de prise en charge transitoire.

• En outre, l'indication du dispositif médical prise en charge doit remplir un certain nombre de conditions cumulatives ⁽²⁾ :

– entrer dans la prise en charge d'une maladie grave ou rare ou compenser un handicap ;

– ne pas avoir de comparateur pertinent, autrement dit intervenir sur un besoin médical non ou mal couvert ;

– être susceptible d'apporter une amélioration significative de l'état de santé ou de la compensation du handicap du patient ;

– être susceptible d'être innovante et être susceptible, au vu des résultats des études cliniques, de présenter une efficacité cliniquement pertinente.

(1) Article 65 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Le dispositif a été modifié à la marge par l'article 40 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 puis précisé par le décret n° 2021-204 du 23 février 2021 relatif à la prise en charge transitoire de certains produits ou prestations par l'assurance maladie au titre de l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale et par un arrêté du 11 mars 2021 pris pour l'application de ce décret.

(2) Article R. 165-90 du code de la sécurité sociale.

- La prise en charge dérogatoire bénéficie à certains établissements de santé. Une compensation est fixée au terme d'un dialogue entre l'exploitant et les ministres compétents. Cette compensation, en tant qu'elle peut être réclamée par l'exploitant aux établissements de santé, définit le plafond en deçà duquel l'exploitant est autorisé à leur facturer le produit ou la prestation en distribution transitoire. Une fois le produit admis au remboursement, l'exploitant doit reverser à l'assurance maladie la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et le montant qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix fixé avec le CEPS.

- À ce jour, aucune entreprise n'a fait de demande formelle de prise en charge transitoire. À noter néanmoins qu'une entreprise s'est rapprochée de la direction de la sécurité sociale en vue de déposer une telle demande et qu'une autre entreprise est en contact avec la HAS ⁽¹⁾. Les premières demandes pourraient donc bien être déposées l'année prochaine.

iii. Les expérimentations

En dehors du forfait innovation et de la procédure de prise en charge transitoire, plusieurs expérimentations sont en cours, notamment dans le cadre de l'article 51 de la LFSS 2018 ⁽²⁾, afin de tester de nouvelles organisations de soins et de nouvelles modalités de rémunération des acteurs.

b. Les dispositifs médicaux numériques pourraient nécessiter une prise en charge spécifique

Il existe deux grandes catégories de dispositifs médicaux numériques : les dispositifs à visée thérapeutique (à savoir des logiciels, des applications sur téléphone ou sur le web) et les dispositifs à visée de télésurveillance ⁽³⁾ (qui sont des solutions numériques associées à des activités de télésurveillance).

Les outils de prise en charge dérogatoire existants ne paraissent pas adaptés aux dispositifs médicaux numériques. La procédure de prise en charge transitoire, qui ne repose pas sur un forfait, ne semble pas pertinente pour les dispositifs à visée de télésurveillance qui nécessitent que soient également prises en charge les activités de surveillance médicale. Quant au forfait innovation, il a vocation à prendre en charge des innovations de rupture pour lesquelles des données sont encore manquantes et non pas des dispositifs numériques prêts à être mis à la disposition d'un grand nombre de patients et à être admis au remboursement.

(1) Données transmises au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale.

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

(3) Voir le commentaire de l'article 24 du présent projet de loi.

B. LA RÉFORME DE L'ACCÈS PRÉCOCE ET DE L'ACCÈS COMPASSIONNEL PEUT ÊTRE AMÉLIORÉE À LA MARGE

L'accès précoce et l'accès compassionnel ont été créés par la LFSS 2021 ⁽¹⁾, dans le cadre de la refonte du système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et des recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

Ces deux dispositifs sont entrés en vigueur au 1^{er} juillet 2021, à la suite de la publication d'un certain nombre de textes réglementaires d'application. Dans le cadre des travaux menés en vue de l'élaboration de ces textes, les acteurs concernés et le Gouvernement ont identifié quelques dispositions législatives qu'il serait opportun de modifier pour rendre la réforme pleinement effective.

Accès précoce et accès compassionnel

Le commentaire de l'article 36 du présent projet de loi détaille les conditions qu'une spécialité pharmaceutique doit remplir pour prétendre à l'accès précoce ou à l'accès compassionnel. Le présent encadré vise uniquement à rappeler les principales caractéristiques de ces deux dispositifs dérogatoires.

– L'accès précoce, défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, permet de prendre en charge de façon anticipée et à la demande d'un industriel les médicaments innovants, dans des pathologies graves, rares ou invalidantes, qui ont vocation à rejoindre une prise en charge classique par l'assurance maladie dans le futur. L'accès précoce s'applique :

* soit aux médicaments ayant une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication considérée mais qui n'ont pas encore été admis au remboursement par l'assurance maladie ;

* soit aux médicaments n'ayant pas d'AMM dans l'indication considérée et pour lesquels l'entreprise s'engage à déposer une demande.

– L'accès compassionnel, prévu à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert. Il vise deux cas de figure distincts :

* l'autorisation d'accès compassionnel nominative, lorsque l'accès compassionnel est demandé pour un médicament non autorisé et non disponible en France par un prescripteur hospitalier pour un patient nommé désigné sous réserve que l'ANSM soit en capacité de présumer d'un rapport bénéfice/risque favorable pour une maladie grave, rare ou invalidante ;

* le cadre de prescription compassionnelle, lorsque l'accès compassionnel est demandé par l'ANSM en vue de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM d'un médicament disponible en France, disposant d'une AMM dans d'autres indications, lorsqu'il fait l'objet d'une prescription hors AMM bien établie sur le territoire français.

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

1. La LFSS 2021 n'a pas prévu toutes les dispositions nécessaires à la continuité de traitement des patients bénéficiant de médicaments sous accès précoce ou compassionnel

a. La LFSS 2021 oblige les laboratoires à assurer la continuité des traitements initiés en accès précoce ou compassionnel

L'obligation de continuité de traitement correspond à l'obligation, pour le laboratoire exploitant le médicament en accès précoce ou compassionnel, de continuer à mettre ce médicament à la disposition des patients pendant une certaine période à l'issue de la prise en charge dérogatoire. L'obligation de continuité ne s'applique pas si la spécialité fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons de sécurité.

• Dans le cadre de l'accès précoce, le laboratoire doit assurer une continuité de traitement pendant toute la durée de la prise en charge dérogatoire puis, à son issue, pendant une période dont la durée ne peut dépasser un an ⁽¹⁾.

À l'issue de l'accès précoce, si la spécialité n'est pas été admise au remboursement dans les conditions de droit commun, elle bénéficie quand même d'une prise en charge pendant une période dont la durée ne peut pas dépasser trois mois ⁽²⁾. Les conditions de prise en charge dérogatoire qui prévalaient pendant l'accès précoce s'appliquent.

• Dans le cadre de l'accès compassionnel, et plus spécifiquement d'une autorisation d'accès compassionnel, le laboratoire doit assurer une continuité de traitement ⁽³⁾ pendant toute la durée de la prise en charge dérogatoire puis, à son issue, pendant toute la période où le médicament bénéficie encore d'une prise en charge par la sécurité sociale.

Une spécialité pharmaceutique continue à être prise en charge à la fin de l'autorisation d'accès compassionnel :

– lorsque l'indication qui disposait de l'autorisation d'accès compassionnel est mentionnée dans une AMM délivrée pour ce médicament sans être inscrite sur l'une des listes de remboursement. La prise en charge dure alors sept mois à compter de l'octroi de l'AMM ou un mois lorsqu'aucune demande d'inscription sur une liste de remboursement n'a été déposée au bout d'un mois ;

– pour le traitement d'un patient donné lorsque ce traitement a débuté dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel et qu'il n'a pas fait l'objet d'une évaluation défavorable par la HAS.

(1) Article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Décret n° 2021-870 du 30 juin 2021 fixant les délais mentionnés aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et à l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale.

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

b. Les établissements de santé font face aujourd’hui à une incertitude quant à la possibilité qu’ils ont d’utiliser des médicaments en continuité de traitement

La LFSS 2021 a prévu, aux articles L. 5123-2 et L. 5126-6 du code de la santé publique, une disposition permettant aux médicaments en accès précoce ou compassionnel d’être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les établissements de santé sans pour autant avoir été explicitement inscrits sur la liste des médicaments agréés aux collectivités ⁽¹⁾ ou sur la liste en sus.

Cette disposition est bienvenue mais elle ne règle pas le cas des médicaments à qui a été délivrée une autorisation d’accès précoce ou compassionnel et qui bénéficient désormais d’une continuité de traitement à ce titre. Il semble donc nécessaire de permettre de manière claire et explicite aux établissements de santé de les utiliser, même s’ils ne figurent pas sur la liste des médicaments agréés aux collectivités ou sur la liste en sus.

c. Les continuités de traitement ne sont, aujourd’hui, pas toujours assurées dans le cas où une recherche impliquant la personne humaine est mise en place

La rédaction actuelle de l’article L. 5121-12-1 du code de la sécurité sociale issue de la LFSS 2021 ne permet pas de garantir la pleine continuité de traitement des patients en accès précoce ou compassionnel à partir du moment où une recherche impliquant la personne humaine (RIPH) est mise en place.

● L’article L. 5121-12-1 prévoit qu’un cadre de prescription compassionnelle ne peut pas être établi si une RIPH n’est en cours. Il ne prévoit rien dans le cas où une RIPH serait mise en place alors qu’un cadre de prescription compassionnelle aurait été préalablement autorisé. Il semble nécessaire de permettre, dans ce cas, le maintien du cadre de prescription compassionnelle et son renouvellement, afin de ne pas provoquer un arrêt dans la prise en charge des patients.

● Pour les autorisations d’accès compassionnel, la rédaction actuelle de l’article L. 5121-12-1 prévoit une souplesse : un médicament faisant l’objet, à un stade très précoce, d’une RIPH dans l’indication considérée peut faire l’objet d’une autorisation d’accès compassionnel lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche. La seule condition est que le titulaire des droits d’exploitation du médicament dépose une demande d’autorisation d’accès précoce dans un certain délai ⁽²⁾.

(1) Pour être achetés et utilisés à l’hôpital, les médicaments doivent être inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l’usage des collectivités et divers services publics. Cette liste est établie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS.

(2) Ce délai relève d’une décision du directeur général de l’ANSM. L’article D. 5121-74-1-1 précise que ce délai est au maximum de douze mois à compter de la date d’octroi de l’autorisation compassionnelle et de dix-huit mois lorsque l’indication est une maladie rare. À noter qu’à la demande motivée du titulaire des droits d’exploitation d’un médicament faisant l’objet d’une autorisation compassionnelle ou de son mandataire, ce

La rédaction actuelle n'est pas pleinement satisfaisante car elle empêche l'ANSM de renouveler les traitements des patients initiés dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel dans deux situations : soit lorsque le laboratoire ne dépose pas de demande d'autorisation d'accès précoce dans le délai imparti, soit lorsque le médicament n'obtient pas un accès précoce. Cela pose difficulté au regard de la nécessité d'assurer la continuité de traitement des patients.

C. L'ABSENCE DE PRISE EN CHARGE DES MÉDICAMENTS DE THÉRAPIE INNOVANTE PRÉPARÉS PONCTUELLEMENT PÉNALISE LES PATIENTS

Introduits à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique par la loi du 22 mars 2011 ⁽¹⁾, les médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI-PP) sont des médicaments très spécifiques qui correspondent à l'exemption hospitalière définie au niveau européen (voir encadré ci-après). Ils doivent être fabriqués en France selon certaines normes de qualité ⁽²⁾ et utilisés dans un hôpital en France ⁽³⁾, sous la responsabilité d'un médecin, pour exécuter une prescription médicale déterminée pour un produit spécialement conçu à l'intention d'un malade déterminé. Ces médicaments font l'objet d'une autorisation de l'ANSM.

Les MTI-PP : la forme que prend, en France, l'exemption hospitalière

Le règlement européen (CE) n° 1394/2007 définit deux nouvelles catégories de médicaments :

- les médicaments de thérapie innovante (MTI), qui sont des médicaments de thérapie cellulaire somatique, de thérapie génique, issus de l'ingénierie tissulaire, ou encore combinés à des dispositifs médicaux. Ils doivent obtenir une AMM dans le cadre de la procédure centralisée, à savoir une autorisation délivrée par la Commission européenne ;
- l'« exemption hospitalière », c'est-à-dire des médicaments innovants préparés au sein du même État membre, de façon ponctuelle pour exécuter une prescription médicale et selon des normes de qualité spécifique. Ces médicaments ne relèvent pas de la procédure centralisée d'AMM, contrairement aux MTI, mais doivent faire l'objet d'une autorisation nationale. En France, l'exemption hospitalière prend la forme des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement (MTI-PP).

délai peut être prorogé par extensions successives maximales de six mois, sur décision du directeur général de l'ANSM en fonction de l'état de la RIPH en cours dans l'indication considérée

(1) Article 8 de la loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communications électroniques.

(2) Une décision de l'ANSM du 20 mai 2015 a édicté un certain nombre de bonnes pratiques. Le décret n° 2016-1536 du 15 novembre 2016 relatif aux médicaments de thérapie innovante définit les modalités de pharmacovigilance applicables aux MTI-PP.

(3) La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a néanmoins prévu qu'ils puissent faire l'objet d'une importation et d'une exportation dans le cadre d'essais multicentriques européens, afin de ne pas pénaliser la recherche française.

● L'article R. 4211-32 ⁽¹⁾ du code de la santé publique liste les catégories d'établissements pouvant préparer, conserver, céder ou distribuer des MTI-PP. La liste des établissements autorisés à exercer des activités portant sur les MTI-PP ⁽²⁾ est établie et tenue à jour par l'ANSM.

● Aujourd'hui, alors que les MTI font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, ce n'est pas le cas des MTI-PP, dont le coût de fabrication est uniquement supporté par les établissements les préparant. Pendant la dernière décennie, près de vingt-cinq patients ont été traités par des MTI-PP à partir de quatre autorisations délivrées par l'ANSM ⁽³⁾.

Une prise en charge des MTI-PP pourrait faciliter l'accès des patients français aux innovations thérapeutiques et contribuer à développer nos capacités d'innovation.

D. LA PROCÉDURE DE FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS RÉTROCÉDABLES EST DEVENUE INOPÉRANTE

La liste des médicaments rétrocédables (« liste de rétrocession ») correspond à une liste de médicaments qui peuvent être dispensés au public par des pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à l'exercice de cette activité. Cette liste de médicaments est arrêtée par le ministère de la santé après avis ou sur proposition de l'ANSM.

La procédure de fixation du prix des médicaments rétrocédables est prévue à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale. Le prix est fixé par convention ou par décision du CEPS dans un délai de soixante-quinze jours à compter de la date d'inscription du médicament sur la liste de rétrocession.

Avant la loi du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique, dite loi « ASAP » ⁽⁴⁾, la procédure était donc la suivante : l'ANSM délivrait une AMM, la HAS concluait à la possibilité de prendre en charge le médicament, celui-ci faisait ensuite l'objet d'une inscription sur la liste de rétrocession et son prix était négocié.

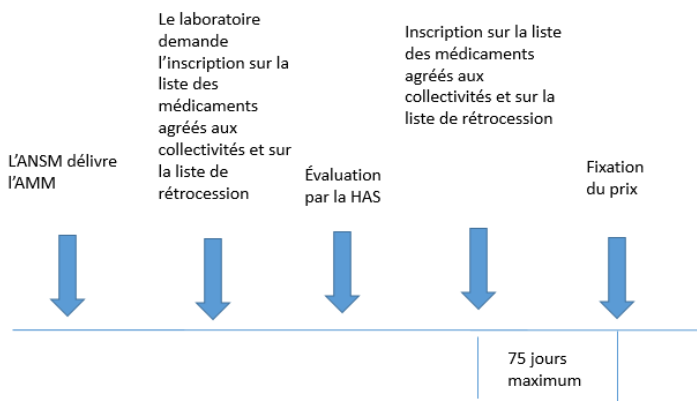
(1) *Seuls sont autorisés à préparer, conserver, céder ou distribuer des MTI-PP les établissements pharmaceutiques, les établissements de santé, l'Établissement français du sang (EFS), le centre de transfusion sanguine des armées ainsi que, lorsque ces établissements, fondations ou associations ont pour objet la santé ou la recherche biomédicale, les établissements publics à caractère scientifique et technologique, les fondations de coopération scientifique, les fondations d'utilité publique régies par la loi n° 87-571 du 23 juillet 1987 et les associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901.*

(2) *La liste des établissements autorisés, au 31 juillet 2020, est disponible au lien suivant : <https://ansm.sante.fr/vos-demarches/industriel/demander-une-autorisations-dactivite-portant-sur-les-medicaments-de-therapie-innovante-prepares-ponctuellement-mti-pp>*

(3) *Données figurant dans l'étude d'impact du présent projet de loi.*

(4) *Loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.*

PROCÉDURE DE FIXATION DU PRIX DES MÉDICAMENTS DE LA LISTE DE RÉTROCESSION



Source : commission des affaires sociales.

L'article 29 de la loi « ASAP » a transféré à l'ANSM la gestion de la liste des médicaments rétrocédables. Ce transfert conduit à ce que le directeur général de l'ANSM décide désormais de l'inscription d'un médicament sur la liste de rétrocession dès l'octroi de l'AMM, soit bien avant que la HAS ne remette son évaluation. La durée maximale de soixante-quinze jours prévue entre la décision d'inscrire un médicament sur la liste de rétrocession et la publication du prix ne semble donc plus adaptée.

E. LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES MOLÉCULES ONÉREUSES EN SERVICE DE SOINS ET DE RÉADAPTATION GAGNERAIENT À ÊTRE REVUES

• Pour rappel, la LFSS 2016 ⁽¹⁾ a réformé le mode de financement des soins de suite et de réadaptation (SSR). À noter que ce mode de financement, profondément remanié par la LFSS 2020, fait l'objet de quelques ajustements à l'article 25 du présent projet de loi.

La réforme prévoit que les activités de SSR exercées par les établissements de santé, tous statuts juridiques confondus, bénéficient d'un financement mixte composé :

- de recettes issues directement de l'activité.
- d'une dotation forfaitaire permettant de sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités.

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

Les établissements sont également éligibles à des compartiments complémentaires permettant de financer certaines activités ou missions spécifiques. Parmi eux figure le compartiment « molécules onéreuses ». Il permet aux établissements de SSR de facturer, en sus des tarifs d'hospitalisation, deux types des spécialités pharmaceutiques : celles qui figurent sur la liste en sus mais également celles qui figurent sur une liste en sus spécifique aux SSR, prévue par l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale.

- Les établissements sont remboursés par l'assurance maladie sur présentation de factures. Lorsqu'ils achètent des molécules figurant sur la liste en sus spécifique aux SSR, la prise en charge par l'assurance maladie n'est néanmoins pas totale. Les établissements de santé ne se voient rembourser qu'une partie de leurs dépenses car un coefficient de minoration, défini nationalement, est appliqué sur la base de remboursement de ces molécules.

Ce coefficient de minoration a été mis en place pour respecter l'objectif de dépenses SSR ⁽¹⁾ arrêté en début d'année. L'idée est de reverser aux établissements une partie des montants non remboursés, si l'on constate à la fin de l'année que l'objectif de dépenses a bien été respecté. À noter qu'un autre coefficient prudentiel porte sur les activités de soins.

- Le coefficient de minoration appliqué aux molécules onéreuses spécifiques aux SSR n'a pas encore été mis en œuvre. En effet, ces molécules sont financées jusqu'au 31 décembre 2021 soit au sein de la dotation annuelle de financement, soit au sein des prix de journée.

Ce coefficient de minoration fait l'objet de critiques et ce d'autant plus que les molécules onéreuses que peuvent facturer les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO) ne sont pas soumises à un tel coefficient. Cela risque d'engendrer un blocage dans les transferts de patients du champ de la MCO vers le champ SSR et de créer des inégalités d'accès aux services de SSR sur le territoire, en fonction des ressources des établissements de santé.

II. LE DROIT PROPOSÉ : ACCÉLÉRER ET RENFORCER L'ACCÈS AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS

Le présent article contient un certain nombre de dispositions, relativement disparates, mais qui ont toutes pour objectif de rénover la régulation des dépenses de produits de santé.

Ces dispositions visent également presque toutes à accélérer, sécuriser ou renforcer l'accès aux dispositifs médicaux ou médicaments innovants. Elles s'inscrivent donc dans la continuité de l'ensemble des mesures prises en faveur de l'accès des patients à l'innovation en matière de produits de santé.

(1) Article L. 162-23 du code de la sécurité sociale.

A. CRÉER UN DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ANTICIPÉE ADAPTÉ AUX INNOVATIONS DANS LE CHAMP DU NUMÉRIQUE EN SANTÉ

La principale mesure est la création par le 1° du II du présent article d'un nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale, lequel prévoit un système de prise en charge anticipée de certains dispositifs médicaux numériques.

L'objectif est d'accélérer l'accès aux dispositifs médicaux présumés innovants – dans l'attente de leur évaluation par la HAS – et de garantir un niveau de financement suffisant aux entreprises commercialisant ces dispositifs.

Ce nouveau système de prise en charge anticipée présente certaines similarités, tant avec le forfait innovation qu'avec la procédure de prise en charge transitoire, mais il s'en distingue pour mieux prendre en compte les spécificités des dispositifs médicaux numériques.

1. Les dispositifs médicaux éligibles à la prise en charge anticipée

- La prise en charge anticipée bénéficie aux dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique ainsi qu'aux activités de télésurveillance – dispositif médical et activité de surveillance associée – qui ne sont pas encore inscrits, ni sur la LPPR, ni sur la « liste télésurveillance »⁽¹⁾ mais qui sont présumés innovants en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins.

- Pour être éligibles à la prise en charge anticipée, ces dispositifs médicaux doivent répondre à la définition des dispositifs médicaux numériques donnée au nouvel article L. 162-48 du code de la sécurité sociale⁽²⁾. Ils doivent également remplir un certain nombre de critères : disposer du marquage CE, garantir la conformité à la réglementation relative à la protection des données personnelles ainsi qu'aux référentiels de sécurité et d'interopérabilité et permettre d'exporter les données traitées dans des formats interopérables adaptés (2° à 4° du II du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

2. L'évaluation par la HAS et la décision de prise en charge anticipée

- Un dispositif médical numérique ou une activité de télésurveillance ne peuvent bénéficier de la prise en charge anticipée du numérique que si la HAS les présume innovants, au regard notamment de leur bénéfice clinique ou organisationnel potentiel. Pour réaliser cette évaluation, la HAS s'appuie sur les premières données cliniques disponibles et sur des comparateurs pertinents, si ceux-ci existent (1° du II du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

(1) Voir le commentaire de l'article 24 du présent projet de loi.

(2) Article créé par l'article 24 du présent projet de loi portant sur la télésurveillance.

- La prise en charge anticipée doit être demandée par l'exploitant du dispositif médical numérique à visée thérapeutique ou de télésurveillance. Elle est décidée, dans une indication donnée, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la HAS. Elle dure un an et n'est pas renouvelable (I du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

- La prise en charge anticipée prend la forme d'un forfait versé, dans des conditions qui seront précisées par la voie réglementaire, à l'exploitant du dispositif médical numérique, au distributeur au détail ou à l'opérateur de télésurveillance médicale (III du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

- La prise en charge anticipée ne peut pas être cumulée avec un autre mode de prise en charge, à savoir avec un financement au titre du forfait innovation, du dispositif de prise en charge transitoire, de la LPPR, de la « liste télésurveillance », de la liste en sus ou des prestations d'hospitalisation.

3. L'arrêt de la prise en charge anticipée

La prise en charge anticipée peut prendre fin avant sa durée légale d'un an dans trois situations (V du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale) :

- si aucune demande d'inscription n'a été déposée pour l'indication considérée, ni sur la LPPR (dans un délai de six mois à compter de la décision de prise en charge anticipée) ni sur la « liste télésurveillance » (dans un délai de neuf mois). L'objectif est en effet d'inciter l'entreprise à déposer une demande de prise en charge de droit commun.

Les délais dans lesquels la demande doit être déposée diffèrent en fonction de la liste visée. Ils sont plus courts dans le cas de la LPPR de manière à éviter tout arrêt dans la prise en charge des patients. En effet, le temps que la HAS met pour évaluer le dispositif et le CEPS pour fixer son prix est beaucoup plus long quand il s'agit d'un dispositif ayant vocation à être inscrit sur la LPPR que pour un dispositif de télésurveillance ⁽¹⁾ ;

- si le dispositif est inscrit sur la LPPR ou la « liste télésurveillance » et que, dans les cas où un tel avis est prévu, l'avis de fixation du tarif de responsabilité est publié ;

- si le dispositif numérique fait l'objet d'un retrait du marquage CE dans l'indication considérée ou s'il ne respecte plus la réglementation relative à la protection des données personnelles ou les référentiels de sécurité et d'interopérabilité.

(1) Pour rappel, le CEPS n'intervient pas dans la fixation du prix des dispositifs médicaux de télésurveillance. Leur prise en charge est décidée par la voie réglementaire.

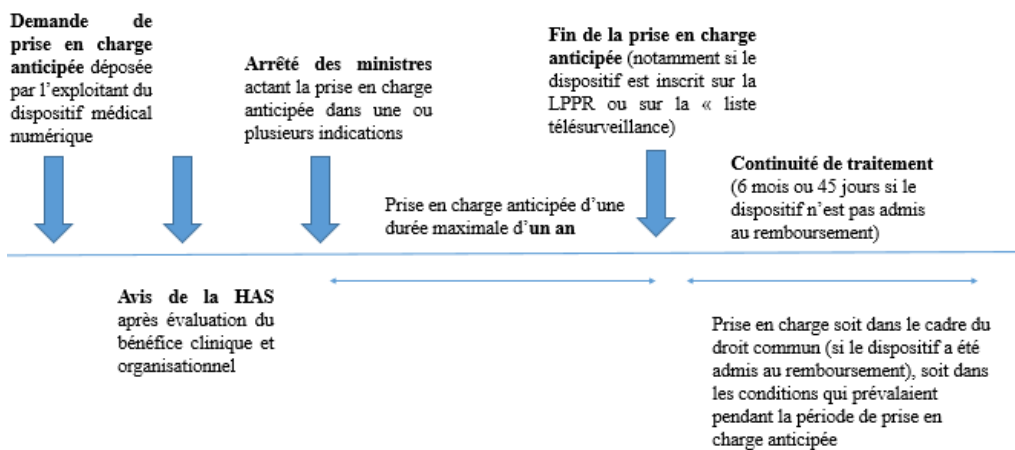
4. La période de continuité de traitement

● L'exploitant doit remplir une obligation de continuité de traitement d'une durée d'au moins six mois – ou de quarante-cinq jours si l'indication se voit finalement refuser toute prise en charge de droit commun à l'issue de la période transitoire – sous peine d'une sanction financière plafonnée à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dispositif médical numérique durant les deux ans précédant la constatation du manquement (VI du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

La pénalité est recouvrée et contrôlée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) désignées par le directeur de l'Urssaf Caisse nationale (ancienne Acoss), selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ⁽¹⁾.

● Pendant la période de continuité de traitement, le dispositif continue d'être pris en charge, soit dans le cadre du droit commun (si le dispositif a été admis au remboursement), soit dans les conditions qui prévalaient pendant la période de prise en charge anticipée (IV du nouvel article L. 162-1-23 du code de la sécurité sociale).

LE NOUVEAU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE ANTICIPÉE



Source : commission des affaires sociales.

(1) Le recours de pleine juridiction se caractérise par l'étendue accrue des pouvoirs dont dispose le juge administratif qui peut notamment, dans le cadre d'un tel recours, substituer sa décision à celle de l'administration.

B. REMÉDIER AUX LIMITES ACTUELLES DU FORFAIT INNOVATION

Le 9° du II du présent article vise à remédier aux limites actuelles du forfait innovation.

1. Assurer plus de visibilité aux industriels

Les *a*, *b* et *c* du 9° du II modifient l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale pour préciser les critères permettant de fixer le montant du forfait innovation.

Le *c* prévoit que le niveau de prise en charge du produit de santé et de la prestation, lorsqu'ils sont associés à l'acte ou au dispositif médical éligible au forfait innovation, est fixé en fonction des critères habituels à savoir : des tarifs des produits et prestations à visée thérapeutique comparable, des tarifs constatés dans d'autres pays européens, des actes existants déjà pris en charge des volumes de vente prévus et des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus. Cette liste n'est pas exhaustive.

L'objectif est de donner davantage de visibilité aux exploitants de dispositifs médicaux quant au niveau de prise en charge qu'ils peuvent espérer dans le cadre du forfait innovation qu'ils sollicitent.

2. Réduire le risque financier pour l'assurance maladie et garantir l'accès des patients au dispositif médical

Le *c* du 9° du II prévoit deux nouvelles obligations pour l'entreprise qui demande la prise en charge d'un dispositif ou acte innovant dans le cadre du forfait innovation :

– elle devra s'engager à mener à bien l'étude prévue, sauf si un risque pour la sécurité des patients est avéré ou en cas d'arrêt anticipé de la prise en charge précoce ;

– elle devra s'engager à déposer une demande d'inscription sur la LPPR dans un délai maximal d'un an après la fin de l'étude, sauf si les résultats de cette étude ne sont pas probants et ne permettent pas une telle inscription. Cette disposition vise à assurer l'accès des patients au dispositif à l'issue du forfait innovation.

Des sanctions sont prévues en cas de non-respect de ces deux obligations. Le montant de la pénalité, prononcée par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie, ne pourra être supérieur à 30 % du montant hors taxes perçu en France par l'entreprise au titre du forfait.

La pénalité est recouvrée et contrôlée par les Urssaf désignées par le directeur de l'Urssaf Caisse nationale, selon les règles et sous les garanties et

sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

À noter que les mêmes conditions de recouvrement de la pénalité que celles qui sont prévues ici pour le forfait innovation s'appliqueront désormais à l'accès précoce pour les médicaments (*d* du 4° du **II**) ainsi qu'à la prise en charge transitoire des dispositifs médicaux en cas de maladie rare et invalidante (10° du **II**).

C. COMPLÉTER À LA MARGE LA RÉFORME DE L'ACCÈS PRÉCOCE ET DE L'ACCÈS COMPASSIONNEL

Le présent article vise à compléter la réforme de l'accès précoce résultant de la LFSS 2021 au regard des concertations menées l'été dernier lors du travail sur les textes d'application.

1. Permettre la publicité pour les médicaments en accès précoce qui disposent d'une AMM

Le 4° du **I** modifie les articles L. 5422-3 et L. 5422-18 du code de la santé publique afin de ne plus sanctionner la publicité portant sur un médicament qui dispose d'une AMM, dans le cadre d'un accès précoce ou non.

2. Clarifier la possibilité pour l'ANSM de renouveler des traitements des patients prescrits dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel

Aujourd'hui, si une RIPH est en cours, une autorisation d'accès compassionnel ne peut être maintenue que si le laboratoire ne dépose pas de demande d'accès précoce dans les délais impartis.

Afin d'assurer la continuité de traitement des patients, le troisième alinéa du *d* du 1° du **I** prévoit que l'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce ou le refus d'autorisation ne fait pas obstacle au maintien de l'autorisation d'accès compassionnel ni à son renouvellement pour une durée maximale prévue par décret.

Cette disposition n'est pas de nature à désinciter les laboratoires à déposer une demande d'autorisation d'accès précoce. L'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que les taux de remise due par les laboratoires sont majorés s'ils ne déposent pas de demande d'accès précoce dans le délai prévu.

3. Clarifier la possibilité de perpétuer un cadre de prescription compassionnelle lorsqu'une recherche impliquant la personne humaine est mise en place

Aujourd'hui, un cadre de prescription compassionnelle ne peut pas être autorisé dans le cas où une RIPH est en cours.

Le quatrième alinéa du *d* du 1° du I vise à prévoir le cas de figure où un cadre de prescription compassionnelle a été autorisé et où une RIPH est, ensuite, mise en place. Il prévoit, afin d'assurer la continuité de traitement des patients, que la mise en place de la RIPH ne fait pas obstacle au maintien du cadre de prescription compassionnelle ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique.

4. Clarifier les dispositions s'appliquant aux phases de continuité de traitement

Le présent article contient un certain nombre de dispositions clarifiant les dispositions s'appliquant aux phases de continuité de traitement postaccès précoce ou compassionnel.

- Les *b* et *c* du 4° du II prévoient le maintien des conditions de prescription et de dispensation d'un médicament sorti de l'accès précoce pendant toute la phase de continuité de traitement (au plus un an) et non plus seulement pendant la période où le médicament continue à être pris en charge de manière dérogatoire par l'assurance maladie (au plus trois mois).

- Le 3° du II précise les conditions qui entraînent la fin de la prise en charge prévue lors de la période de continuité de traitement dans le cadre d'un accès compassionnel.

Ces conditions sont identiques à celles qui entraînent aujourd'hui la fin de la prise en charge pendant la durée de l'autorisation d'accès compassionnelle ou du cadre de prescription compassionnelle : la délivrance d'une autorisation d'accès précoce, l'admission au remboursement ou l'arrêt de la prise en charge décidée par les ministres de la santé et de la sécurité sociale.

5. Clarifier la possibilité, pour les établissements de santé, d'utiliser des produits en continuité de traitement.

Le *a* du 2° du I et le 3° du I visent à autoriser explicitement, pendant les phases de continuité de traitement, l'utilisation par les établissements de santé des produits qui étaient préalablement en accès précoce ou en accès compassionnel, quand bien même ces produits ne figurent pas explicitement sur la liste des médicaments agréés aux collectivités ou sur la liste en sus.

À noter que le **a** du **2°** du **I** prévoit également que les médicaments faisant l'objet d'une AMM miroir ⁽¹⁾ peuvent être achetés, fournis, pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer sur la liste des médicaments agréés aux collectivités.

D. PRÉVOIR LA PRISE EN CHARGE, PAR L'ASSURANCE MALADIE, DES MTI-PP

Le **5°** du **II** introduit, après l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale, un nouvel article L. 162-16-5-5 pour prévoir la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments de thérapie innovante préparés ponctuellement sur une base forfaitaire annuelle par patient. Cette base forfaitaire annuelle sera définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale suivant des modalités précisées par décret en Conseil d'État.

Afin de permettre la prise en charge de ces médicaments pour les hôpitaux qui en feraient usage, le **a** du **2°** du **I** du présent article prévoit que les MTI-PP pourront être pris en charge et utilisés par les collectivités publiques sans figurer explicitement sur la liste des médicaments agréés aux collectivités publiques.

Le **6°** du **II** précise que les MTI-PP administrés au cours d'une hospitalisation sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.

Le rapporteur général rappelle que les MTI-PP expérimentaux ne sont pas concernés par cette disposition, dans la mesure où ils sont fournis gratuitement par les promoteurs ⁽²⁾.

À noter que le **6°** du **II** prévoit également une coordination juridique avec l'article 34 du présent projet de loi. Il précise que seront prises en charge au titre de la liste en sus les indications qui ne bénéficient pas d'autorisation de mise sur le marché mais qui sont utilisées en association de traitement ⁽³⁾.

E. MODIFIER LA PROCÉDURE DE FIXATION DES PRIX DES MÉDICAMENTS RÉTROCÉDABLES

● Le **2°** du **II** du présent article modifie l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale pour supprimer le délai de soixante-quinze jours entre la décision d'inscrire un médicament sur la liste de rétrocession et la fixation du prix. Il met également à jour la liste de l'ensemble des entreprises qui peuvent participer à la négociation du prix de cession avec le CEPS.

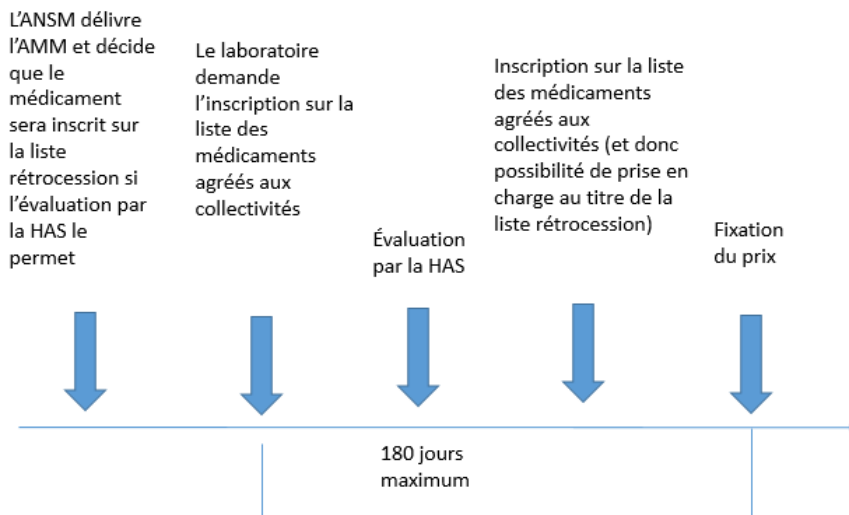
(1) Voir le commentaire de l'article 34 du présent PLFSS.

(2) L'article L. 1121-16-1 du code de la santé publique prévoit, en effet, que pendant la durée de la recherche, le promoteur fournit gratuitement les médicaments expérimentaux et, le cas échéant, les médicaments auxiliaires, les dispositifs médicaux utilisés pour les administrer, ainsi que, pour les recherches portant sur des produits autres que les médicaments, les produits faisant l'objet de la recherche.

(3) Voir le commentaire de l'article 34 du présent projet de loi.

L'article R. 163-9 du code de la sécurité sociale devra être modifié pour prévoir un délai de cent quatre-vingts jours à compter du dépôt de la demande d'inscription du médicament par l'exploitant sur la liste de rétrocession.

NOUVELLE PROCÉDURE DE FIXATION DES PRIX DES MÉDICAMENTS RÉTROCÉDABLES



Source : commission des affaires sociales.

● Par ailleurs, le **b** du **2°** du **I** du présent article lève l'obligation, qui existe actuellement pour les laboratoires, de déposer une demande d'inscription sur la liste « ville » (liste des médicaments délivrés en officine) de façon concomitante à une demande d'inscription sur la liste des médicaments délivrés à l'hôpital, pour un médicament déjà rétrocédable. En effet, cette obligation ne paraît pas pertinente dans la mesure où un médicament déjà considéré comme rétrocédable par l'ANSM n'a pas vocation à être délivré en ville mais uniquement par les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé.

F. SUPPRIMER LE MÉCANISME PRUDENTIEL SUR LES MOLÉCULES DE LA LISTE EN SUS « SSR »

Les 7° et 8° du **II** du présent article suppriment le coefficient de minoration prévu sur le montant remboursé aux établissements de santé pour leur utilisation de molécules figurant sur la liste en sus « SSR ».

Le rapporteur général a interrogé la direction de la sécurité sociale pour connaître l'impact de la suppression de ce coefficient sur le coefficient prudentiel applicable à la dotation modulée à l'activité.

La direction de la sécurité sociale lui a confirmé que l'effort de mise en réserve, afin de respecter l'objectif de dépenses « SSR », portera désormais

principalement sur le financement mixte des activités de soins. Cependant, au vu de l'enjeu financier représenté par les molécules onéreuses en SSR (environ 50 millions d'euros sur un total de 9,7 milliards d'euros de dépenses), l'augmentation du coefficient prudentiel portant sur les activités de soins sera très marginale.

G. PROCÉDER À DES CLARIFICATIONS JURIDIQUES

Les *a*, *b* et *c* du 1° du I du présent article procèdent à des clarifications juridiques.

Le *a* prévoit que, dans le cadre d'une autorisation d'accès compassionnel, il revient au titulaire des droits d'exploitation de déposer une demande d'accès précoce. Le produit n'a, en effet, pas d'autorisation de mise sur le marché et donc pas d'exploitant.

Le *a* supprime également la disposition selon laquelle un médicament en accès compassionnel est mis à la disposition des prescripteurs par le titulaire des droits d'exploitation du médicament. En effet, cette disposition ne paraît pas pertinente dans la mesure où le titulaire des droits d'exploitation peut éventuellement passer par des intermédiaires, comme des grossistes, pour mettre son médicament à la disposition des prescripteurs.

Le *b* prévoit qu'avant de délivrer une autorisation ou d'établir un cadre de prescription au titre de l'accès compassionnel, l'ANSM informe soit le titulaire des droits d'exploitation (dans le cas d'une autorisation d'accès compassionnel), soit le titulaire de l'AMM (dans le cas d'un cadre d'accès précoce) mais non pas l'exploitant (lequel peut être différent du titulaire de l'AMM).

Le *c* prévoit que l'entreprise en charge de financer le protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients est soit le titulaire de l'AMM soit le titulaire des droits d'exploitation. Le rapporteur général note que subsiste une erreur dans la terminologie utilisée. Il déposera un amendement pour préciser que dans le cas d'un cadre d'accès compassionnel, il revient à l'exploitant de financer le recueil de données et que dans le cas d'une autorisation d'accès compassionnel, il revient au titulaire des droits d'exploitation de le financer, dans la mesure où le produit n'a pas d'autorisation de mise sur le marché.

*

* *

Article 34

Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit deux types de dispositions :

- il vise, d'une part, à mieux encadrer la prise en charge, par l'assurance maladie, de certains médicaments dispensés en association de traitement qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché ou d'autorisation d'accès précoce ou compassionnel dans l'indication prescrite. Il prévoit explicitement la prise en charge, au titre de la liste en sus, de ces indications tout en instaurant, en contrepartie, une contribution à la charge des exploitants ;
- il vise, d'autre part, à modifier les modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux. Il simplifie la procédure d'inscription sur la liste dite « intra-GHS » et prévoit une inscription par indication sur la liste en sus, comme tel est déjà le cas pour les médicaments.

I. LE DROIT EXISTANT : LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DE CERTAINS MÉDICAMENTS ET DISPOSITIFS MÉDICAUX PEUVENT ÊTRE AMÉLIORÉES

Certains médicaments sont utilisés par les établissements de santé dans une indication autre que celles pour lesquelles ils sont normalement pris en charge par l'assurance maladie. Cette situation occasionne des dépenses importantes et non forcément justifiées et mériterait donc d'être davantage encadrée.

Quant aux dispositifs médicaux, il semble possible d'améliorer les procédures permettant leur admission au remboursement par l'assurance maladie.

A. DE NOMBREUX MÉDICAMENTS SONT UTILISÉS DANS UNE INDICATION AUTRE QUE CELLES INSCRITES SUR LA LISTE EN SUS

1. Le dispositif de la liste en sus vise à permettre l'égal accès des patients aux produits innovants ou particulièrement onéreux

Le coût des médicaments utilisés au cours d'un séjour hospitalier est en principe pris en compte au sein des tarifs d'hospitalisation, qui couvrent l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient. À chaque groupe homogène de séjour (GHS)⁽¹⁾ correspond un forfait qui prend notamment en compte les médicaments utilisés dans le groupe considéré.

(1) Les GHS sont des unités de mesure qui prennent en compte, pour chaque patient, la pathologie traitée, le mode de prise en charge, les soins prodigués. À chaque GHS correspond un tarif, qui est déterminé chaque année par le ministère de la santé.

Toutefois, pour certains médicaments trop onéreux et trop particuliers pour être inclus dans un GHS, un remboursement sur facture est organisé. Ce dispositif, dit de « la liste en sus », a été institué par la LFSS 2004 ⁽¹⁾ et permet le remboursement intégral aux hôpitaux, en plus des tarifs d'hospitalisation, de certains médicaments coûteux et innovants.

Les dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre de la liste en sus sont en constante augmentation. En 2018, la dépense pour les médicaments et dispositifs médicaux figurant sur la liste en sus s'élevait à 5,4 milliards d'euros. Cette dépense a augmenté de 1,0 % par rapport à 2017, et de 22 % en cinq ans, plus rapidement que l'ensemble de la consommation des soins hospitaliers (+ 9,0 % depuis 2013).

Afin d'assurer une meilleure maîtrise de l'usage et des coûts des médicaments de la liste en sus, la LFSS 2014 ⁽²⁾ a prévu que l'inscription sur la liste en sus des médicaments se ferait par indication – à savoir la (ou les) maladie(s) ciblées par le médicament – et non plus par spécialité. Cette disposition est effective depuis le décret du 24 mars 2016 ⁽³⁾. Ainsi, une spécialité peut être inscrite sur la liste en sus dans une partie seulement de ses indications d'autorisation de mise sur le marché (AMM).

(1) Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

(2) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014

(3) Décret n° 2016-349 du 24 mars 2016 relatif à la procédure et aux conditions d'inscription des spécialités pharmaceutiques sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Les critères d'inscription d'une spécialité pharmaceutique sur la liste en sus

Pour figurer sur la liste en sus prévue par l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, une spécialité qui dispose d'une AMM doit remplir un certain nombre de critères cumulatifs prévus à l'article R. 162-37-2 du code de la sécurité sociale :

- la spécialité, dans la ou les indication(s) considérée(s), est susceptible d'être administrée majoritairement au cours d'hospitalisations ;
- le niveau de service médical rendu (SMR) de la spécialité dans la ou les indications considérées, apprécié au regard des critères mentionnés au I de l'article R. 162-37-3 (efficacité, effets indésirables du médicament...) est majeur ou important ;
- le niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR) de la spécialité dans la ou les indications considérées est majeur, important ou modéré. Il peut être mineur si l'indication considérée présente un intérêt de santé publique et en l'absence de comparateur pertinent. Il peut être mineur ou absent lorsque les comparateurs pertinents sont déjà inscrits sur la liste ;
- un rapport supérieur à 30 % entre, d'une part, le coût moyen estimé du traitement dans l'indication thérapeutique considérée par hospitalisation et, d'autre part, les tarifs de la majorité des prestations dans lesquelles la spécialité est susceptible d'être administrée dans l'indication considérée.

À noter que le Gouvernement a annoncé dans le cadre du neuvième Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) que la liste en sus serait prochainement élargie.

2. Les utilisations de la liste en sus « hors référentiel » ont, aujourd'hui, un impact significatif sur le budget de l'assurance maladie

La liste en sus est associée à un référentiel administratif précisant pour chaque produit de santé ses indications éligibles à un remboursement. L'analyse de l'utilisation des médicaments de la liste en sus montre que dans près de 20 % des cas ⁽¹⁾, les indications sous-jacentes ne sont pas inscrites dans ce référentiel administratif.

Cela signifie qu'une part non négligeable des produits remboursés au titre de la liste en sus sont prescrits en dehors d'une indication prévue par leur AMM. Cette situation recoupe de nombreux cas de figure ⁽²⁾. Certains établissements facturent, par exemple, au titre de la liste en sus des indications dont ils savent qu'elles obtiendront prochainement un accès précoce (il s'agit, en quelque sorte, d'une forme d'anticipation de l'autorisation d'accès précoce). D'autres établissements facturent des indications en dehors du périmètre des indications remboursables lorsqu'ils estiment qu'il n'existe pas d'alternative appropriée pour le patient. Outre ces deux exemples, une part importante des indications remboursées hors référentiel sont les indications qui font l'objet d'une « AMM miroir ».

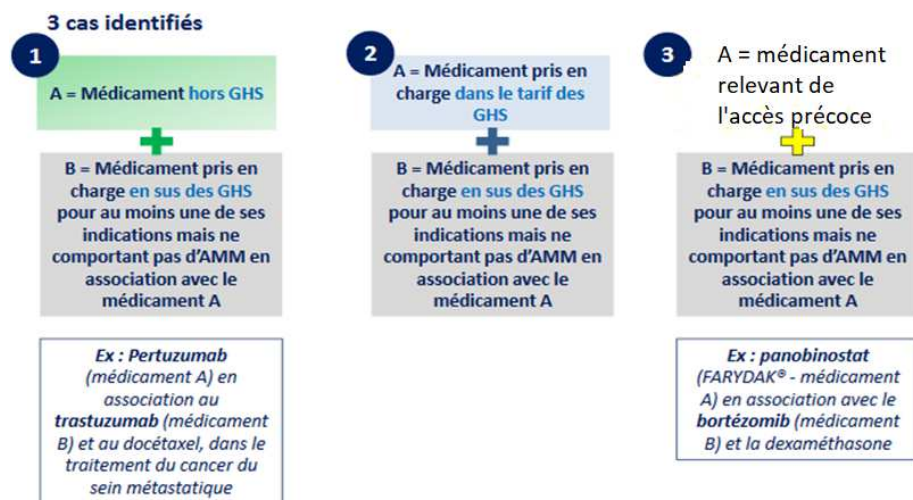
(1) *Étude d'impact du présent PLFSS.*

(2) *Le code indication « 1999999 » permet le codage, lors de la facturation, des indications qui ne sont pas présentes dans le référentiel administratif et qui sont prescrites en dehors d'une indication prévue par l'AMM.*

On parle d'AMM miroir quand plusieurs médicaments sont utilisés de manière simultanée ou séquentielle mais que tous ne disposent pas d'une AMM dans l'indication en question. Par exemple, c'est le cas quand un médicament A dispose d'une AMM en association de traitement avec le médicament B alors que le médicament B ne dispose pas d'AMM en association au médicament A.

Le médicament B, qui figure sur la liste en sus pour certaines indications, se voit ainsi remboursé par l'assurance maladie lorsqu'il est facturé en association de traitement avec le médicament A, alors même qu'il ne dispose pas d'AMM dans cette indication. Ce remboursement s'opère que le médicament A soit pris en charge par l'assurance maladie au titre des GHS, de la liste en sus ou bien de l'accès précoce (voir graphique ci-après).

LES TROIS CAS DE FIGURE DE L'AMM MIROIR



Source : commission des affaires sociales, à partir d'un document de l'OMÉDIT Normandie, 2019.

Les AMM miroir ne posent aucun sujet d'ordre sanitaire, dans la mesure où le service médical rendu par l'association de traitements a été considéré comme suffisant par la Haute Autorité de santé (HAS). Elles posent néanmoins question au regard de leur impact financier pour l'assurance maladie, lequel est estimé entre 600 et 700 millions d'euros par an ⁽¹⁾.

En effet, seul le laboratoire produisant le médicament A a l'obligation de réaliser des essais cliniques et de déposer une demande d'AMM puis une demande d'inscription dans l'indication considérée, ce qui donne lieu à une négociation tarifaire avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). À l'inverse, le laboratoire produisant le médicament B, lequel est souvent déjà inscrit sur la liste en sus pour d'autres indications, n'a pas besoin d'en faire autant pour voir le médicament B remboursé lorsque celui-ci est prescrit en association avec le

(1) Étude d'impact.

médicament A. Le prix du médicament B ne fait donc jamais l'objet de négociations tarifaires avec le CEPS au regard de cette nouvelle utilisation en association de traitement.

La fixation du prix des médicaments de la liste en sus

Les spécialités pharmaceutiques de la liste en sus sont remboursées aux établissements de santé sur la base d'un tarif de responsabilité, lequel tient notamment compte de l'amélioration du service médical rendu (ASMR) du médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique et des volumes de vente prévus ou constatés. Ce tarif est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le CEPS. Il n'existe qu'un tarif de responsabilité par spécialité, pour l'ensemble de ses indications.

Du fait des négociations qu'ils mènent directement avec les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de leur politique d'achat, le prix d'achat réel de ces produits par les établissements de santé peut toutefois être inférieur au tarif de responsabilité sur la base duquel s'effectue le remboursement. Dans ce cas, le gain de la négociation est réparti entre l'établissement et l'assurance maladie. À noter que depuis la LFSS 2018 ⁽¹⁾, la convention signée entre l'exploitant et le CEPS détermine également le prix limite de vente du médicament par les laboratoires aux établissements.

Le CEPS peut fixer pour les médicaments de la liste en sus le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité déterminé pour ces produits. Les entreprises peuvent solliciter du CEPS de substituer à une diminution du tarif de responsabilité le versement d'une remise à l'assurance maladie.

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

B. LES MODALITÉS D'INSCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR LA LISTE EN SUS OU DANS LES GROUPES HOMOGÈNES DE SÉJOUR PEUVENT ÊTRE AMÉLIORÉES

1. Des demandes d'inscription parfois redondantes

Comme pour les médicaments, la procédure de droit commun pour le remboursement des dispositifs médicaux en secteur hospitalier consiste en leur intégration dans les forfaits de groupes homogènes de séjour (GHS). Certains dispositifs médicaux demeurent cependant financés en sus de la tarification à l'activité et sont pour cela inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

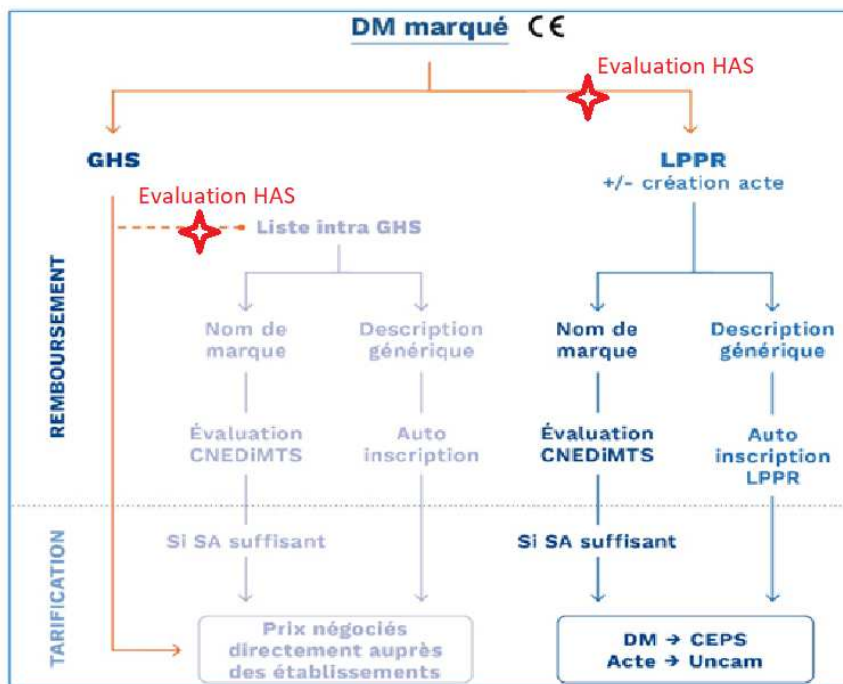
Un avis de la commission nationale des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) de la HAS est requis dans deux situations :

– pour l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste en sus (et donc, parallèlement, sur la LPPR) ;

– pour l'inscription des dispositifs médicaux sur la liste dite « intra-GHS ».

Pour rappel, la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des produits de santé ⁽¹⁾ a prévu que quelques catégories de dispositifs médicaux dites « homogènes », fixées par arrêté, doivent répondre à certaines exigences ⁽²⁾ pour pouvoir bénéficier du financement dans les forfaits GHS, au regard de leur caractère invasif ou des risques que ces dispositifs médicaux peuvent présenter pour la santé humaine. Ces dispositifs sont inscrits sur une liste, appelée « liste intra-GHS » et font l'objet d'une évaluation par la HAS préalablement à leur inscription.

LES DEUX PROCÉDURES D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX PAR LA HAS



Source : commission des affaires sociales, à partir d'un document de la HAS.

Deux procédures d'évaluation des dispositifs médicaux par la CNEDiMTS existent donc aujourd'hui. Les données que l'exploitant doit fournir dans le cadre de ces deux procédures sont identiques, tout comme les critères d'évaluation utilisés par la CNEDiMTS.

(1) Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire des produits de santé.

(2) Les exigences à respecter sont précisées à l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale : l'efficacité clinique du dispositif doit avoir été démontrée, ou ce dernier doit répondre à des spécifications techniques particulières, ou encore présenter une certaine efficacité au regard des autres alternatives thérapeutiques disponibles.

PROCÉDURES D'ÉVALUATION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX PAR LA CNEDiMTS

| Modalité de prise en charge demandée | Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) | Inclus dans le tarif des prestations hospitalières (INTRA-GHS) |
|--|---|---|
| Champ des dispositifs médicaux (DM) | DM à usage individuel | DM à appartenant à certaines catégories à évaluer, définies par arrêtés |
| Secteur de prise en charge | - Ville (LPPR) - Établissements de santé (LPPR/liste en sus) | - Établissement de santé (INTRA-GHS) |
| Type d'inscription | - Nom marque - Description générique | - Nom marque - Description générique |

Source : HAS.

Le droit existant en matière de demandes d'évaluation est source de complexité administrative. En effet, aujourd'hui, tout exploitant souhaitant voir inscrit un dispositif médical sur la liste intra-GHS doit déposer une demande d'évaluation auprès de la CNEDiMTS ⁽¹⁾. Or, dans certains cas, le dispositif en question a déjà fait l'objet, préalablement, d'un avis de la CNEDiMTS relatif à son inscription sur la LPPR. À partir du moment où cet avis a estimé que le service attendu ou rendu par le dispositif médical est suffisant, il ne paraît pas utile d'obliger l'exploitant à déposer une nouvelle demande d'évaluation auprès de la CNEDiMTS, cette fois-ci en vue d'une inscription sur la liste intra-GHS.

2. L'absence de prise en compte des indications dans la liste en sus

La LFSS 2014 ⁽²⁾ a introduit le principe d'une gestion de la liste en sus des médicaments par indication thérapeutique. Ce principe ne s'applique néanmoins pas aux dispositifs médicaux, alors même qu'il permettrait d'assurer un meilleur suivi et une réelle maîtrise de l'usage et des coûts des dispositifs innovants.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : ENCADRER LE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS HORS AMM SUR LA LISTE EN SUS ET MODIFIER, À LA MARGE, LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES DISPOSITIFS MÉDICAUX

Le présent article poursuit deux objectifs bien distincts. Le premier est d'encadrer la prise en charge par l'assurance maladie des indications facturées hors AMM au titre de la liste en sus. Le second est de faire évoluer la procédure d'inscription des dispositifs médicaux sur la liste intra-GHS et sur la liste en sus.

(1) III de l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

A. INSTAURER DES REMISES OBLIGATOIRES LIÉES AUX UTILISATIONS HORS RÉFÉRENTIEL

Le présent article vise à mieux encadrer certaines utilisations de médicaments dans des indications « hors référentiel », en l'occurrence les médicaments disposant d'AMM miroir.

Il prévoit de manière explicite la prise en charge, par l'assurance maladie, des médicaments de la liste en sus facturés par les établissements de santé dans le cadre d'AMM miroir. En contrepartie, il prévoit une contribution à la charge des exploitants de ces médicaments. Cette contribution devrait entraîner un surplus de recettes de 100 millions d'euros par an pour l'assurance maladie ⁽¹⁾.

1. Les spécialités pharmaceutiques concernées le nouveau cadre tarifaire

Le nouvel article L. 162-18-1 du code de la santé publique, créé par le 3° du présent article précise quelles sont les spécialités qui seront prises en charge au titre de la liste en sus et qui devront désormais faire l'objet d'une contribution payée par l'entreprise qui en assure l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle.

Il s'agit des spécialités pharmaceutiques appelées ci-avant « B » dans le cadre des AMM miroir, à savoir celles qui remplissent les critères cumulatifs suivants :

– être inscrites, pour une de leurs indications au moins, sur la liste en sus (1° du I du nouvel article L. 162-18-1) ;

– être susceptibles d'être utilisée en association, concomitamment ou séquentiellement, avec d'autres spécialités pharmaceutiques (2° du I du nouvel article L. 162-18-1). Ces dernières, dénommées médicaments A dans les exemples ci-avant, doivent bénéficier, pour cette ou ces indications en association :

- soit d'une AMM et d'une inscription sur l'une des listes qui font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ⁽²⁾ ;
- soit d'un accès précoce ⁽³⁾ ;

– ne pas disposer, pour cette ou ces indications en association, ni d'une AMM, ni d'un accès précoce, ni d'un accès compassionnel (3° du I du nouvel article L. 162-18-1).

(1) *Étude d'impact du présent projet de loi.*

(2) *L'indication doit être inscrite sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités, sur celle des spécialités remboursables en officine ou sur la liste de rétrocession.*

(3) *Le cas où le médicament A disposerait d'un accès compassionnel pour l'indication « en association avec le médicament B » ne se pose pas, car dans ce cas-là, l'ANSM établirait automatiquement un accès compassionnel pour le médicament B dans l'indication « en association avec le médicament A », et il n'y aurait donc pas d'AMM miroir.*

2. La prise en charge de ces spécialités par le dispositif de la liste en sus

● Pour rappel, l'article 33 du présent projet de loi ⁽¹⁾ contient une disposition qui prévoit que les utilisations hors référentiel des médicaments inscrits sur la liste en sus pourront être prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation. Le rapporteur général est favorable à cette clarification juridique qui permet d'autoriser explicitement dans la loi une pratique qui a déjà cours aujourd'hui.

● En application du 3° du présent article, cette prise en charge est autorisée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale, soit à leur initiative, soit sur demande des entreprises assurant l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèles de ces spécialités pharmaceutiques.

L'article pose quatre conditions à la prise en charge de ces spécialités :

– elles doivent remplir l'ensemble des critères cumulatifs, énoncés ci-avant, désormais prévus au I du nouvel article L. 162-18 ;

– elles doivent être dispensées dans un établissement de santé ou dans un hôpital des armées ;

– l'établissement de santé ou l'hôpital des armées en question doit, lorsqu'il transmet à l'assurance maladie les factures relatives à l'usage de cette spécialité, bien préciser que cette facturation se fait dans le cadre d'une AMM miroir. Le non-respect de cette obligation peut donner lieu à une procédure de recouvrement de l'indu ;

– l'entreprise qui exploite cette spécialité, qui assure son importation parallèle ou qui assure sa distribution parallèle, doit informer le CEPS du montant de son chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités et doit verser des remises obligatoires (voir ci-après).

● Le présent article prévoit la possibilité de conditionner la prise en charge des indications hors référentiels à la transmission de données en vie réelle ou à un accord de l'assurance maladie.

Le 1° du présent article modifie l'article L. 162-17-1-2 du code de la sécurité sociale pour prévoir la possibilité de conditionner le remboursement des indications utilisées hors référentiel à la transmission de données relatives à l'utilisation de ces produits en vie réelle. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisera les indications concernées par ce conditionnement.

Le 6° du présent article prévoit, lui, la possibilité de conditionner le remboursement des indications utilisées hors référentiel à l'accord préalable ⁽²⁾ du

(1) Voir le commentaire de l'article 33 du présent projet de loi.

(2) La procédure d'accord préalable consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge.

service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie, à condition qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en décide ainsi du fait des risques potentiels (risques de mésusage du médicament ou de dépenses injustifiées notamment).

3. La création d'une contribution due par les entreprises exploitant ces spécialités

Le présent article pose le principe d'une contribution de l'exploitant, définie à raison du chiffre d'affaires qu'il dégage de l'utilisation de la spécialité utilisée en association et hors référentiel (B du II du nouvel article L. 162-18-1).

• Un dispositif de remises annuelles, similaire à celui introduit en LFSS 2021 pour les entreprises exploitant un médicament en accès compassionnel ⁽¹⁾, est ainsi instauré. Les entreprises sont soumises à ce dispositif de remises tant qu'elles n'ont pas obtenu, pour l'indication utilisée hors référentiel, soit une AMM et une inscription sur la liste des médicaments agréés aux collectivités ⁽²⁾, soit une autorisation d'accès précoce.

Les remises instaurées par le présent article doivent être versées annuellement aux unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Elles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre des indications en association utilisées hors référentiel ⁽³⁾. Les taux de ces remises seront définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté.

À noter que les remises conventionnelles portant sur la même partie de chiffre d'affaires sont déduites du montant de remises dû au titre du présent article. L'objectif est de ne pas pénaliser les entreprises qui auraient déjà conclu des accords prix ou volume avec le CEPS pour la même indication.

Ce système de remises permet un meilleur contrôle des dépenses prises en charge par l'assurance maladie au titre des prescriptions hors AMM. Il vise également à inciter l'exploitant à déposer une demande d'AMM pour l'indication facturée hors AMM et donc à engager une renégociation avec le CEPS (soit en vue de modifier le tarif de responsabilité de la spécialité pharmaceutique, soit en vue de conclure des remises conventionnelles).

• Le 1^o du présent article prévoit l'application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale en cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation. Cela permettra à la caisse d'assurance maladie de poursuivre

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

(2) Pour être achetés et utilisés à l'hôpital, les médicaments doivent être inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics. Cette liste est établie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la HAS.

(3) Le montant de l'assiette est obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise pour cette spécialité par la part d'utilisation de la spécialité dans l'ensemble des indications considérées.

l'entreprise à l'origine du manquement et de lui demander de rembourser les sommes considérées comme indues.

B. INSCRIRE LES DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR LA LISTE EN SUS INDICATION PAR INDICATION

Le 4° du présent article prévoit que les dispositifs médicaux sont inscrits indication par indication sur la liste en sus.

Concrètement, cette disposition se traduira par la mise en place d'un référentiel administratif des indications prises en charge ainsi que par l'instauration d'un système de codage par indication, qui devra être utilisé par les établissements de santé au moment de la facturation.

C. SIMPLIFIER LA PROCÉDURE D'INSCRIPTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX SUR LA LISTE INTRA-GHS

Le 5° du présent article modifie l'article L. 165-11 du code de la sécurité sociale, lequel porte sur la liste intra-GHS.

Il prévoit que les exploitants ou distributeurs au détail d'un dispositif médical n'ont à déposer une demande d'inscription auprès de la CNEDiMTS en vue d'une inscription sur la liste intra-GHS que si la HAS n'a pas récemment ⁽¹⁾ rendu un avis, dans le cadre d'une demande d'inscription du même dispositif sur la LPPR, concluant à un service rendu ou attendu suffisant de ce dispositif médical.

Le rapporteur général est favorable à cette mesure de simplification administrative. Il note qu'il n'est pas opportun de prévoir la disposition réciproque, à savoir exonérer de demande d'inscription sur la LPPR les dispositifs médicaux qui auraient déjà fait l'objet d'une évaluation concluante par la HAS en vue de leur inscription sur la liste intra-GHS. En effet, si les pièces que doivent apporter les exploitants en vue de l'inscription d'un dispositif sur chacune des deux listes sont identiques et si les critères permettant à la HAS d'évaluer le service attendu ou rendu sont les mêmes, l'avis élaboré par la HAS est beaucoup plus précis et détaillé dans le cas d'une demande d'inscription sur la LPPR que dans le cas d'une demande d'inscription sur la liste intra-GHS. Dans le cas d'une demande d'inscription sur la LPPR, l'avis de la HAS comporte des éléments relatifs à l'amélioration du service rendu par le dispositif médical en vue de sa tarification ultérieure ⁽²⁾.

(1) L'ancienneté de l'avis de la HAS ne doit pas être supérieure à la durée préconisée, par la HAS, pour l'inscription du dispositif médical sur la LPP.

(2) Ces éléments ne figurent pas dans l'avis de la HAS en vue de l'inscription d'un dispositif sur la liste intra-GHS car le prix des dispositifs de la liste intra-GHS est libre et non administré par le CEPS.

D. PROCÉDER À UNE COORDINATION JURIDIQUE

Le 2° du présent article supprime à l'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale la référence à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale.

Cette référence n'est plus opérante depuis que l'article L. 162-17-2-1, réécrit par la LFSS 2021, ne porte plus que sur les dispositifs médicaux, contrairement à l'article L. 162-18 qui ne porte, lui, que sur les médicaments.

*

* *

Article 35

Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières

Adopté par la commission sans modification

L'article 35 modifie les règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières, et permet ainsi aux établissements publics de santé de produire des médicaments en cas de rupture de stock ou pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave.

I. TIRER DES LEÇONS DE LA CRISE ET RENFORCER NOTRE SÉCURITÉ SANITAIRE EN CRÉANT UN STATUT DE « PRÉPARATION HOSPITALIÈRE SPÉCIALE »

A. LA PRODUCTION DE MÉDICAMENTS CRITIQUES PAR LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS PENDANT LA CRISE, UN MODÈLE À APPROFONDIR

● Comme l'indique l'évaluation préalable, au cours de la première vague de l'épidémie de covid-19, les équipes de six pharmacies à usage intérieur (PUI) se sont mobilisées pour produire à partir de matières premières plusieurs médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM)⁽¹⁾ en rupture de stock ou en tension d'approvisionnement. Par la suite, plusieurs lots de cisatracurium ont notamment été constitués et stockés par les Hospices civils de Lyon.

Les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur

Aux termes de l'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.

Un partenariat a également été réalisé à la demande du Gouvernement entre l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS) de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les CHU de Lille et de Lyon et un établissement pharmaceutique privé pour que ce dernier produise des curares, dans un schéma de sous-traitance et sous statut de préparation hospitalière. Ces curares ont ensuite été achetés par l'Établissement pharmaceutique de Santé publique France, afin de les mettre à disposition des PUI des établissements de santé.

● La crise n'a fait que mettre en avant une solution déjà envisagée pour lutter contre les pénuries de médicaments. Ainsi, la feuille de route ministérielle 2019-2022

(1) Cisatracurium, atracurium, rocuronium, kétamine, midazolam.

pour lutter contre les pénuries de médicaments ⁽¹⁾ proposait déjà d'« *expertiser la mise en place d'une solution publique permettant d'organiser, de façon exceptionnelle et dérogatoire, l'approvisionnement en MITM* » (action n° 20).

Le rapport présenté le 23 juin 2021 par nos collègues Audrey Dufeu et Jean-Louis Touraine sur les médicaments invitait ainsi à « *s'inspirer du groupement sans but lucratif Civica Rx, qui connaît un franc succès. Institué en 2018, ce projet rassemble plus de mille hôpitaux américains associés en vue de produire ou de passer des marchés pour l'acquisition de médicaments fortement exposés aux pénuries ou à d'importantes augmentations de prix. Initialement focalisée sur la fourniture de quatorze médicaments, l'entreprise Civica Rx assure aujourd'hui l'approvisionnement des établissements de santé pour environ quarante références et envisage de monter à cent références d'ici 2023.* » Les rapporteurs appelaient « à mettre en place une structure de ce type, qui pourrait prendre la forme d'une entreprise à but non lucratif ou d'un réseau rassemblant des acteurs publics et privés (PUI des hôpitaux, établissements et entreprises pharmaceutiques, façonniers...) mais dont le pilotage serait public. L'objectif serait de produire les médicaments considérés comme indispensables pour la santé publique et soumis à de forts risques de pénuries. » (proposition n° 28)

● Par le présent article, le Gouvernement marque sa volonté d'aller dans ce sens en permettant la production en urgence de médicaments sous forme de préparations hospitalières par un maillage de PUI ou un établissement pharmaceutique comme l'Établissement pharmaceutique de l'AP-HP.

L'Établissement pharmaceutique de l'AP-HP

L'Établissement pharmaceutique (EP) de l'AP-HP, qui dépend de l'Agence générale des équipements et produits de santé (AGEPS), assure une production de médicaments. Seul établissement pharmaceutique au sein d'un établissement de santé civil, celui-ci est autorisé à développer et produire sur le marché des médicaments indispensables, non proposés par l'industrie pharmaceutique.

Il produit aujourd'hui quarante-trois références, dont dix-sept sont des MITM, à destination de l'AP-HP et des établissements de santé de l'ensemble du territoire national.

Certaines références sont en outre dispensées pour des patients ambulatoires.

Source : rapport (n° 4275) de la mission d'information sur les médicaments de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, présenté par Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine (juin 2021).

B. UN CADRE JURIDIQUE QU'IL CONVIENT DE MODIFIER

Le cadre juridique actuel des préparations hospitalières ne permet pas de développer un projet si ambitieux.

En effet, les préparations hospitalières qui peuvent être préparées par les PUI ne peuvent qu'être fabriquées en petites séries, et en l'absence d'une spécialité

(1) Lutter contre les pénuries et améliorer la disponibilité des médicaments en France.

pharmaceutique disponible et adaptée déjà mise à disposition dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), ou d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou d'une autorisation d'importation. Elles peuvent en revanche être exceptionnellement autorisées à approvisionner d'autres PUI lorsqu'il n'y a pas d'autre source d'approvisionnement possible pour un médicament ou produit déterminé ou même à vendre au détail des médicaments en rupture ou en risque de rupture.

Déverrouiller ce frein législatif constituera un premier pas pour mettre en œuvre ce projet d'ampleur, qui nécessitera à la fois d'autres textes juridiques (des décrets sont en cours de préparation) et une mobilisation de l'État pour coordonner les différents acteurs.

Le **b** du **2°** du **I** introduit à l'article L. 5121-1, qui définit les préparations hospitalières, la notion de préparation hospitalière spéciale.

Il prévoit qu'un décret en Conseil d'État définit les préparations hospitalières spéciales qui, en raison des difficultés techniques de leur fabrication ou de la faible disponibilité des substances actives nécessaires, sont réalisées dans des PUI et établissements pharmaceutiques des établissements de santé ou de Santé publique France, expressément habilités par le ministre de la santé.

L'établissement pharmaceutique de Santé publique France

L'établissement pharmaceutique de Santé publique France est un héritage de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) qui précédait Santé publique France.

Cet établissement, intitulé établissement pour la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, peut se livrer à des opérations d'achat, de fabrication, d'importation et d'exportation de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves, en vue de leur distribution ⁽¹⁾.

Ces mêmes établissements peuvent, pour réaliser ces préparations hospitalières, avoir recours à de la sous-traitance vers un établissement pharmaceutique autorisé, dans les conditions prévues au 4° de l'article L. 5126-6 du code de la santé publique ⁽²⁾.

Ces préparations font l'objet d'une autorisation, précisant leurs modalités de réalisation, délivrée à titre exceptionnel et temporaire par :

– le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur ;

(1) *Articles L. 1413-4 et R. 5124-2 du code de la santé publique*

(2) *Cette sous-traitance fait alors l'objet d'un rapport annuel transmis par le pharmacien responsable de l'établissement pharmaceutique des établissements de santé concernés au ministre chargé de la santé et au directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.*

– le ministre chargé de la santé, pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave.

Ces dispositions, notamment le décret d’application, devront être notifiées à la Commission européenne ⁽¹⁾.

Le **II** précise à l’article L. 5121-21 que pour l’application de l’article L. 5121-1, les hôpitaux des armées sont regardés comme des établissements de santé, et que la pharmacie centrale des armées peut être habilitée à réaliser les préparations hospitalières spéciales.

La pharmacie centrale des armées

La pharmacie centrale des armées (PCA) est un établissement pharmaceutique militaire, rattaché au service de santé des armées, qui a pour mission le ravitaillement des armées et, sous certaines conditions, celui de la population générale.

Créée en 2003, la PCA assure à la fois la fabrication et le développement des médicaments et agit principalement sur deux domaines thérapeutiques : celui des contre-mesures médicales (contre les agents de la menace nucléaire, biologique, radiologique et chimique) et des molécules impliquées dans la prise en charge des blessés de guerre (antihémorragiques et antidouleurs notamment). Chaque année, en moyenne trois millions de boîtes de comprimés et 500 000 unités injectables sont ainsi fabriquées sur douze lignes de production pour le compte de l’armée et du ministère de la santé.

Source : rapport (n° 4275) de la mission d’information sur les médicaments de la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale, présenté par Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine (juin 2021).

C. UN VOLET FINANCIER QUI RESTE FLOU

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, cette nouvelle mission sera financée par une dotation MIGAC (mission d’intérêt général – aide à la contractualisation) dans le cadre de l’ONDAM hospitalier, afin :

- que les PUI concernées disposent de l’infrastructure nécessaire pour porter cette nouvelle mission et l’activer si cela leur était demandé ;
- de prendre en charge les coûts de la sous-traitance industrielle.

Ce financement reste toutefois relativement flou à la lecture de l’évaluation préalable.

(1) La directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain impose en effet à son article 6 une autorisation de mise sur le marché pour tout médicament. Cependant, des mesures dérogatoires sont rendues possibles par son article 5.

II. ADAPTER LE CADRE DES PRÉPARATIONS MAGISTRALES ET HOSPITALIÈRES

Les préparations magistrales sont aujourd'hui réalisées pour un patient déterminé et selon une prescription médicale. Elles sont préparées par une pharmacie d'officine ou par une PUI, et conditionnées à l'absence d'une spécialité pharmaceutique disponible et déjà mise à disposition dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou d'une autorisation d'importation.

Les préparations hospitalières sont quant à elles conditionnées à l'absence d'une spécialité pharmaceutique disponible « ou adaptée » et déjà mise à disposition dans le cadre d'une AMM, d'une ATU ou d'une autorisation d'importation.

Or, comme le souligne l'évaluation préalable, si une spécialité n'est pas considérée comme disponible si elle fait l'objet d'une rupture de stock, d'une tension ou d'un arrêt de commercialisation, elle peut toutefois être considérée comme disponible alors même qu'elle n'est pas accessible à tous les patients, par exemple si le laboratoire ne sollicite pas son inscription au remboursement, ou si la spécialité n'est finalement pas commercialisée du fait d'un échec des négociations avec le Comité économique des produits de santé.

Le **I** vise à modifier ces conditions trop restrictives afin de permettre la réalisation d'une préparation magistrale (1°) ou hospitalière (2°) dès lors qu'il n'existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l'absence de commercialisation effective.

En ce qui concerne les préparations magistrales, l'ajout du terme « adapté » permettra également d'accorder le cadre juridique en vigueur au développement de la transplantation de microbiote fécal. C'est en effet en tant que préparation magistrale que le microbiote fécal peut aujourd'hui être préparé et délivré à un ou plusieurs patients sur prescription médicale. Or, dans le cas d'une médecine si personnalisée, c'est bien l'adaptation du produit au patient qui importe, et non pas sa disponibilité.

La transplantation du microbiote fécal

« Le microbiote fécal est un ensemble de micro-organismes diversifié et spécifique contenu dans les selles de chaque individu. Sa transplantation consiste en l'introduction des selles d'un donneur sain dans le tube digestif d'un patient receveur afin de rééquilibrer la flore intestinale altérée de l'hôte. Elle peut être rendue nécessaire dans certaines situations pathologiques qui entraînent un déséquilibre du microbiote intestinal, telles que des infections bactériennes, et, semble-t-il, d'après des travaux de la littérature, des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou des maladies métaboliques et auto-immunes. La transplantation peut être effectuée par une sonde nasogastrique, par coloscopie, par lavement ou encore par l'ingestion de gélules gastro-résistantes. »

Source : Rapport (n° 2243) de la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à la bioéthique sur le projet de loi relatif à la bioéthique (n° 2187).

Article 36

Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article vise à prévoir l'expérimentation, pendant quatre ans, d'un dispositif de prise en charge dérogatoire de certains médicaments utilisés en établissement de santé qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors que la HAS aura estimé leur niveau de service médical rendu (SMR) et leur niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), sans attendre la négociation du prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Cet article prévoit une régulation financière fine du dispositif, laquelle s'appuiera notamment sur le versement de remises par les entreprises exploitant les médicaments bénéficiant de la prise en charge dérogatoire.

I. LE DROIT EXISTANT : DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DÉROGATOIRE QU'IL POURRAIT ÊTRE UTILE DE COMPLÉTER PAR UN DISPOSITIF D'ACCÈS DIRECT

Malgré l'ensemble des efforts entrepris ces dernières années pour améliorer l'accès au marché des produits innovants afin de les rendre disponibles plus tôt pour les patients, force est de constater que les procédures de fixation des prix des médicaments et d'accès au marché sont encore particulièrement longues en France.

Les dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel permettent de pallier, en partie, la longueur de ces procédures en mettant un grand nombre de médicaments innovants à la disposition des malades en situation d'impasse thérapeutique, parfois plus d'un an avant la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Ces dispositifs de prise en charge dérogatoire sont extrêmement utiles mais ils ne concernent que peu de médicaments et peu de patients. Ils pourraient être utilement complétés par un dispositif que l'on peut qualifier d'« accès direct post-HAS », c'est-à-dire de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie dès leur évaluation par la HAS publiée.

A. DES PROCÉDURES D'ACCÈS AU MARCHÉ PARTICULIÈREMENT LONGUES EN FRANCE

1. Les étapes nécessaires avant la commercialisation d'un médicament

Une fois les essais cliniques réussis, quatre étapes sont encore nécessaires pour qu'une spécialité pharmaceutique puisse être commercialisée : l'autorisation de mise sur le marché (AMM), l'évaluation du médicament pour la détermination

de son taux de remboursement et de son prix, la négociation du prix et la fixation du taux de remboursement.

- L'AMM est délivrée, selon le médicament, par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). La procédure est centralisée au niveau européen pour les médicaments présumés innovants.

- Après avoir obtenu une AMM, l'industriel peut fixer librement le prix de son médicament. Néanmoins, pour que le médicament soit remboursable, il doit déposer une demande à la Haute Autorité de santé (HAS). La HAS produit deux évaluations : une évaluation médico-économique ainsi qu'une évaluation médicale. L'évaluation médicale, réalisée par la commission de la transparence de la HAS, est déterminante en ce qu'elle permet de définir le service médical rendu (SMR) – qui détermine ensuite l'accès au remboursement et le taux de remboursement de l'innovation considérée, fixé par l'assurance maladie – et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), qui participe à la fixation du prix d'un médicament remboursable.

SMR et ASMR

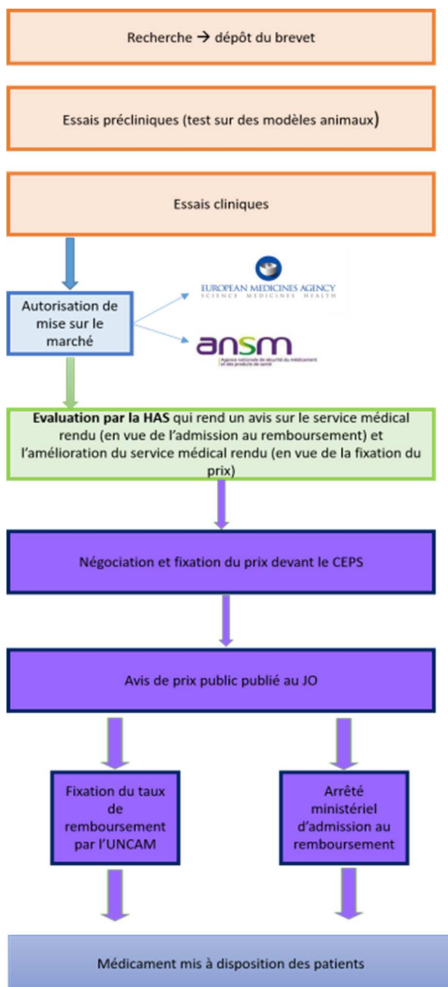
Le service médical rendu (SMR) répond à la question : « Ce médicament a-t-il suffisamment d'intérêt clinique pour être pris en charge par la solidarité nationale ? ». Plusieurs niveaux de SMR ont été définis : SMR majeur ou important ; SMR modéré ou faible, mais justifiant cependant le remboursement ; SMR insuffisant (SMRi ou service médical rendu insuffisant) pour justifier une prise en charge par la collectivité.

L'amélioration du service médical rendu (ASMR) répond à la question : « Quel est le progrès apporté par ce médicament par rapport aux thérapies existantes ? ». Plusieurs niveaux d'ASMR ont été définis : ASMR I (majeure), ASMR II (importante), ASMR III (modérée), ASMR IV (mineure), ASMR V (inexistante), ce qui signifie « absence de progrès thérapeutique ».

- Sur la base de l'évaluation de la HAS, une négociation s'engage entre les industriels concernés et le Comité économique des produits de santé (CEPS) en vue de la fixation du prix du médicament.

- Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) fixe ensuite le taux de remboursement du médicament en fonction du SMR déterminé par la HAS, et un arrêté ministériel marque l'admission au remboursement du médicament.

LES ÉTAPES DE COMMERCIALISATION D'UN MÉDICAMENT



Source : commission des affaires sociales, d'après Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, 13 juin 2018.

2. Les délais d'accès restent globalement très supérieurs à 180 jours pour les médicaments innovants en France

Les délais d'accès au marché sont encadrés par le droit européen. Ainsi, la directive « transparence » ⁽¹⁾ demande aux États membres de l'Union européenne

(1) Directive 89/105/CEE du Conseil du 21 décembre 1988 concernant la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance-maladie.

de veiller à ce que le délai global des procédures d'évaluation et de négociation de prix « *n'excède pas cent quatre-vingts jours* ».

Force est de constater que France a bien respecté, en 2019, le délai maximal de 180 jours fixé par la directive « transparence » pour les inscriptions en ville et sur la liste en sus (144 et 147 jours respectivement).

Néanmoins, comme le rappelle un récent rapport d'information⁽¹⁾ de l'Assemblée nationale sur le sujet, les délais d'accès restent globalement très supérieurs à 180 jours pour les médicaments innovants. Ils sont, en moyenne, de 229 jours pour les médicaments non génériques.

Ces délais semblent particulièrement importants en France. Une étude menée par la société américaine IQVIA⁽²⁾ montre ainsi que les délais entre l'AMM et la fin de la procédure administrative post-AMM (évaluation et négociation de prix) sont plus élevés en France (498 jours) que la moyenne européenne (426). À noter que cette étude ne prend néanmoins pas en compte les accès précoce et compassionnel.

3. Le nouvel accord-cadre devrait permettre de réduire quelque peu la durée de la procédure de négociation des prix

L'accord-cadre 5 mars 2021⁽³⁾ signé entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament vise à réduire la durée des procédures d'accès au marché, et notamment la procédure de fixation du prix. Deux principales dispositions sont prévues en ce sens :

– le développement de processus de *fast track* (procédure accélérée de fixation des prix en quinze jours). Les produits ayant un ASMR IV y sont désormais éligibles, à partir du moment où leur évaluation médico-économique montre qu'ils permettent à l'assurance maladie de réaliser des économies ;

– l'introduction d'une procédure dite d'« arbitrage », qui facilite les négociations entre le CEPS et les industriels en cas de désaccord. Le président du CEPS peut décider de la mettre en œuvre après dix séances de négociation infructueuses.

À noter que l'accélération des négociations devrait également être impulsée par le renforcement de la transparence de la politique conventionnelle. L'accord-cadre prévoit ainsi une définition des comparateurs que le CEPS peut prendre en compte pour fixer le prix.

(1) Rapport d'information (n° 4275) de Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine, fait au nom de la mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les médicaments (juin 2021).

(2) IQVIA, EFPIA Patient W.A.I.T. Indicator 2018 Survey.

(3) L'accord-cadre est disponible au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/accord_cadre_21-24_signe.pdf

B. LES DISPOSITIFS D'ACCÈS PRÉCOCE ET D'ACCÈS COMPASSIONNEL SONT PRÉCIEUX MAIS POURRAIENT ÊTRE UTILEMENT COMPLÉTÉS PAR UN DISPOSITIF D'ACCÈS DIRECT

Au-delà des dispositions qui figurent dans le nouvel accord-cadre, dont les effets ne sont pas encore connus, deux dispositifs permettent aujourd'hui d'accélérer l'accès des patients aux produits de santé : il s'agit de l'accès précoce et de l'accès compassionnel.

1. Des dispositifs profondément remaniés en LFSS 2021

Depuis juillet 2021, les différents régimes d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et de recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été remplacés par deux dispositifs : l'accès compassionnel et l'accès précoce.

Cette évolution, prévue par l'article 78 de la LFSS 2021 ⁽¹⁾, vise à permettre un accès aux médicaments encore plus rapide pour des patients en impasse thérapeutique, qui ne peuvent pas attendre la mise sur le marché de ces médicaments ou être inclus dans un essai clinique.

a. Le dispositif d'accès précoce

L'accès précoce, défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, permet de prendre en charge de façon anticipée et à la demande d'un industriel les médicaments innovants, dans des pathologies graves, rares ou invalidantes, qui ont vocation à rejoindre une prise en charge classique par l'assurance maladie dans le futur. L'accès précoce s'applique :

– soit aux médicaments ayant une AMM dans l'indication considérée mais qui n'ont pas encore été admis au remboursement par l'assurance maladie ;

– soit aux médicaments n'ayant pas d'AMM dans l'indication considérée et pour lequel l'entreprise s'engage à déposer une demande.

• Quatre conditions doivent être réunies pour qu'un médicament bénéficie, dans des indications thérapeutiques précises, de l'accès précoce :

– il n'existe pas de traitement approprié ;

– la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

– l'efficacité et la sécurité du médicament est fortement présumée au vu des résultats d'essais thérapeutiques ;

– le médicament est présumé innovant, notamment au regard d'un éventuel comparateur cliniquement pertinent (critère ajouté en LFSS 2021).

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

- La demande d'autorisation en accès précoce est effectuée par l'industriel auprès de la HAS. Elle est accordée pour une durée maximale déterminée par décret, renouvelable par la HAS. L'autorisation permet également la prise en charge à titre dérogatoire par l'assurance maladie du médicament, dans les indications concernées, dans les établissements de santé.

- Les modalités de prises en charge sont prévues à l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale. Les médicaments bénéficiant d'un accès précoce sont pris en charge automatiquement à 100 % par l'assurance maladie dès l'octroi de l'autorisation. Ils sont fournis à l'établissement de santé par le laboratoire titulaire des droits d'exploitation, à titre gracieux ou moyennant une indemnité dont le montant est librement fixé par le laboratoire. Ce dernier est soumis au versement de remises annuelles ⁽¹⁾ obligatoires à l'assurance maladie. En plus de ces remises annuelles, un mécanisme de remises *a posteriori* est mis en œuvre si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandé par l'industriel.

- La prise en charge au titre de l'accès précoce est subordonnée au respect, par l'industriel exploitant le médicament, de certains engagements, notamment celui d'assurer la continuité des traitements ⁽²⁾. L'industriel doit également respecter un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données défini par la HAS et annexé à la décision d'autorisation.

b. Le dispositif d'accès compassionnel

L'accès compassionnel, prévu à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert. Il couvre deux cas de figure distincts :

- l'autorisation d'accès compassionnel nominative, lorsque l'accès compassionnel est demandé pour un médicament non autorisé et non disponible en France par un prescripteur hospitalier pour un patient nommément désigné sous réserve que l'ANSM soit en capacité de présumer d'un rapport bénéfice/risque favorable pour une maladie grave, rare ou invalidante ;

- le cadre de prescription compassionnelle, lorsque l'accès compassionnel est demandé par l'ANSM en vue de sécuriser une pratique de prescription hors AMM d'un médicament disponible en France, disposant d'une AMM dans d'autres indications, lorsqu'il fait l'objet d'une prescription hors AMM bien établie sur le territoire français.

(1) Ces remises annuelles sont calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé. Les taux de remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté. Un mécanisme de majoration des remises annuelles peut être appliqué dans certains cas prévus par la loi.

(2) Voir le commentaire de l'article 33 du présent PLFSS.

● Trois conditions doivent être réunies pour qu'un médicament bénéficie de l'accès compassionnel :

– le médicament ne fait pas l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales ⁽¹⁾ ;

– il n'existe pas de traitement approprié ;

– l'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées au regard des données cliniques disponibles.

● Le niveau de la prise en charge s'effectue selon la situation du médicament au regard du remboursement ⁽²⁾.

● Comme dans le cas de l'accès précoce, l'entreprise exploitant le médicament est soumise au versement de remises ainsi qu'à des obligations en matière de recueil de données et de continuité de traitements.

2. Un dispositif d'accès direct, sur le modèle allemand, pourrait utilement être expérimenté

Le dispositif d'accès précoce est une avancée majeure qui nous est souvent enviée à l'étranger. Néanmoins, les critères d'entrée dans le dispositif sont sélectifs. Un grand nombre de produits, lorsque la maladie n'est pas rare ou grave ou que le produit n'est pas présumé innovant, ne sont pas éligibles à l'accès précoce.

De nombreux observateurs estiment que l'accès précoce pourrait ainsi être complété par un autre dispositif, lequel s'inspirerait du modèle allemand. En Allemagne, les médicaments sont pris en charge par l'assurance maladie dès l'obtention de leur AMM. L'Institut Montaigne ⁽³⁾ estime qu'un tel mécanisme d'accès direct après l'obtention de l'AMM « *apporterait de l'agilité au système* » puisque « *l'accès pour les patients ne pourrait plus être retardé pour des raisons de négociations de prix* ».

(1) Il existe néanmoins une dérogation (voir le commentaire de l'article 33 du présent PLFSS). Un médicament faisant l'objet, à un stade très précoce, d'une recherche impliquant la personne humaine peut faire l'objet d'une autorisation compassionnelle lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée et que le patient ne peut participer à cette recherche, sous réserve que l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament s'engage à déposer une demande d'accès précoce.

(2) Si une autre indication de la spécialité est prise en charge en officine, en rétrocession ou au titre de la liste en sus, la prise en charge s'effectue sur la base du prix que le CEPS a fixé pour cette indication, avec le même taux de remboursement. À défaut d'un tel prix fixé par le CEPS, la prise en charge s'effectue soit sur la base du prix facturé aux établissements de santé, soit sur une base forfaitaire annuelle par patient défini par arrêté des ministres (article L. 162-16-5-2 du code de la santé publique).

(3) « Médicaments innovants : prévenir pour mieux guérir », Institut Montaigne, septembre 2019.

Le modèle allemand d'accès direct

Dans le modèle allemand ⁽¹⁾, la fixation des prix par le comité G-BA (*Gemeinsamer Bundesausschuss*) intervient au plus tard un an après la délivrance de l'AMM.

Une fois l'AMM délivrée, le G-BA dispose de trois mois pour évaluer ou faire évaluer ⁽²⁾ le nouveau médicament. À la suite de l'élaboration de cette évaluation, le G-BA dispose d'à nouveau trois mois pour se prononcer sur l'apport du nouveau médicament par rapport aux médicaments existants. Deux cas de figure se présentent alors :

– soit l'évaluation ne fait ressortir aucun bénéfice supplémentaire. Un « montant fixe » de remboursement est alors déterminé par comparaison avec des médicaments ou des thérapies ayant des effets comparables ;

– soit l'évaluation fait ressortir un bénéfice supplémentaire par rapport aux traitements existants. L'Association fédérale des caisses d'assurance maladie publiques (GKV) négocie alors avec le laboratoire pharmaceutique le montant qui sera remboursé sur ces médicaments.

⁽¹⁾ Données transmises à la commission des affaires sociales par l'ambassade de France à Berlin.

⁽²⁾ Le G-BA mandate régulièrement un institut pour ce faire, à savoir l'*Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen*.

S'il ne semble pas pertinent de « copier » le dispositif allemand, tant nos procédures et nos systèmes de sécurité sociale diffèrent, une expérimentation d'accès direct au marché, après l'avis de la HAS et avant que ne commence la procédure de négociation de prix, pourrait s'avérer très utile.

II. LE DROIT PROPOSÉ : L'EXPÉRIMENTATION D'UN ACCÈS DIRECT AU MARCHÉ POUR LES MÉDICAMENTS D'ASMR I À IV

Afin de permettre un accès plus rapide des patients à certains produits ne répondant pas strictement aux critères d'accès précoce, le présent article met en place une expérimentation, dont la durée ne peut excéder quatre ans, d'un dispositif de prise en charge rapide de certains médicaments apportant une amélioration majeure ou importante du service médical rendu.

A. UNE EXPÉRIMENTATION DE QUATRE ANS

Le présent article prévoit une expérimentation, dont la durée maximale est fixée, au **XI**, à quatre années. L'expérimentation commencera à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

Dans le cadre de cette expérimentation, les entreprises pharmaceutiques peuvent bénéficier d'une prise en charge de certaines de leurs spécialités directement après la publication de l'avis de la HAS, c'est-à-dire sans que leur prix ait déjà été fixé.

Cette prise en charge en accès direct est possible, comme le précise le **I**, dans « *certaines établissements de santé, certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées* ». Cette formulation est identique à celle qui existe en matière d'accès précoce ⁽¹⁾. Elle ne vise pas à limiter le nombre de patients qui pourront bénéficier de médicaments en accès direct mais elle permet simplement de rappeler que tous les médicaments n'ont pas vocation à être prescrits et administrés dans tous les établissements. Les thérapies cellulaires, par exemple, ne peuvent être utilisées que dans les établissements qui disposent de plateaux techniques pour ce faire.

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions de réalisation de cette expérimentation (**XII**).

Le choix d'une expérimentation se justifie par le grand nombre d'incertitudes à lever. Celles-ci portent essentiellement sur les conséquences de l'accès direct tant en matière de santé publique – amélioration ou non de la réponse aux besoins des patients, articulation avec le dispositif d'accès précoce – qu'en matière budgétaire.

B. LES CONDITIONS D'ENTRÉE ET DE SORTIE DU DISPOSITIF D'ACCÈS DIRECT

1. Les conditions pour bénéficier de l'accès direct

Une entreprise exploitant une spécialité pharmaceutique peut bénéficier de l'accès direct pour une ou plusieurs indications de cette spécialité, dans les conditions suivantes :

– la spécialité doit disposer d'une AMM dans l'indication en question. Le **I** du présent article précise que si la spécialité ne dispose que d'une autorisation d'accès précoce, elle ne pourra pas bénéficier de l'accès direct. Cela s'explique par le fait que l'accès précoce prévoit, lui aussi, une prise en charge par l'assurance maladie avant la fixation du prix du médicament ;

– la spécialité ne doit pas faire l'objet, pour d'autres indications, d'une prise en charge (**I**) ;

– la demande de prise en charge au titre de l'accès direct doit être déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis de la commission de la transparence de la HAS, lequel apprécie le SMR et l'ASMR de la spécialité dans l'indication considérée. La demande doit être déposée dans les deux premières années de l'expérimentation ⁽²⁾ (**1°** du **II**) ;

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

(2) L'expérimentation durant quatre ans, les demandes d'accès direct doivent être déposées dans les deux premières années car s'ensuivent, une fois la demande acceptée, une période de prise en charge en accès direct pouvant durer un an et une période de continuité de traitement durant au moins un an.

– les niveaux de SMR et d’ASMR doivent être supérieurs à des niveaux fixés par décret (2° et 3° du **II**) ;

– pour les médicaments réservés à l’usage hospitalier, seuls les médicaments qui remplissent les critères pour être inscrits sur la liste en sus peuvent entrer dans le dispositif (2° du **II**) ;

La décision de prendre en charge, en accès direct, une spécialité pour une indication donnée, est prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (**I**).

2. La sortie du dispositif

La prise en charge par l’assurance maladie au titre de l’accès direct a une durée maximale d’un an (**I**).

Elle peut prendre fin plus tôt, à savoir dès que l’indication en accès direct est inscrite sur l’une des listes ⁽¹⁾ prévoyant sa prise en charge par l’assurance maladie (**A** du **V**).

Si l’indication n’est pas inscrite sur l’une de ces listes dans l’année qui suit l’autorisation d’accès direct, la prise en charge dérogatoire s’interrompt. Ces situations devraient être très rares dans la mesure où toutes les spécialités en accès direct ont été évaluées par la HAS comme ayant un niveau élevé dans l’indication considérée et donc comme éligibles à une prise en charge par l’assurance maladie. Ces situations devraient couvrir les cas où la négociation de prix entre l’entreprise et le CEPS n’aboutit pas.

Le **B** du **V** prévoit deux cas dans lesquels il peut être mis fin de manière anticipée à la prise en charge dérogatoire : celui où l’exploitant demande d’arrêter l’accès direct et celui où l’exploitant retire sa demande de prise en charge de l’indication dans le droit commun.

C. LA FIXATION DU NIVEAU DE PRISE EN CHARGE

1. Pendant la période d’accès direct

Tout médicament faisant l’objet d’un accès direct est entièrement pris en charge par l’assurance maladie dès l’octroi de l’accès direct, sur la base d’un prix libre (« indemnité ») décidé et fixé par les laboratoires (**1°** du **IV**). Cette prise en charge est assurée pendant toute la période d’accès direct.

(1) À savoir soit la liste des médicaments agréés aux collectivités (article L. 5123-2 du code de la santé publique), soit la liste en sus (2^{ème} alinéa de l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale), soit la liste des médicaments délivrés en officine (1^{er} alinéa de l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale).

Les patients sont informés des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite par le prescripteur, qui porte sur l'ordonnance la mention « Prescription au titre du dispositif d'accès direct » (7° du **IV**).

La spécialité en accès direct est prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation (8° du **IV**). Elle est réputée inscrite sur la liste en sus, sauf si elle est réservée à l'usage hospitalier (6° du **IV**).

Le 10° du **IV** prévoit la possibilité de soumettre à accord préalable de l'assurance maladie ⁽¹⁾ le remboursement des indications en accès direct.

2. À la sortie du dispositif d'accès direct

À la sortie du dispositif d'accès direct, deux situations peuvent se présenter :

– soit la spécialité, dans l'indication considérée, est inscrite sur l'une des listes permettant sa prise en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, le médicament entre dans le droit commun et n'est plus pris en charge que sur la base du tarif de responsabilité ou du prix calculé par le CEPS (1° du **A** du **IX**) ;

– soit la spécialité, dans l'indication considérée, s'est vue refuser une prise en charge par l'assurance maladie. Dans ce cas, elle n'est plus remboursée du tout mais, pendant une période d'un an que l'on peut qualifier de « postaccès direct », l'entreprise pharmaceutique est dans l'obligation de vendre cette spécialité aux établissements de santé qui le souhaiteraient (2° du **A** du **IX**).

D. LA RÉGULATION FINANCIÈRE DE L'ACCÈS DIRECT

1. Pendant la période d'accès direct

• Le **III** du présent article prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent une « compensation » accordée à l'entreprise exploitant la spécialité en accès direct pour sa mise à disposition dans le cadre de cette nouvelle indication. Cette compensation peut s'analyser comme un tarif temporaire.

Il est prévu que le montant de la compensation diffère selon des « catégories » de spécialités, définies en fonction de leur nature, de leur niveau d'ASMR, de la taille de la population cible et de l'existence ou non de comparateurs.

Les « catégories » de spécialités et le montant de la compensation pour chaque catégorie sont fixés par arrêté. L'objectif est d'assurer une grande visibilité aux industriels, en leur permettant de connaître en amont la rémunération dont ils pourront bénéficier lorsqu'ils fourniront leur spécialité pharmaceutique en accès direct aux établissements de santé.

(1) La procédure d'accord préalable consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge.

- Le **IV** met en place un dispositif de remise, que l'on peut qualifier de « remise compensation ». Il prévoit que l'industriel doit reverser la différence entre le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de l'indication en accès direct et le montant correspondant si les médicaments vendus pour cette indication avaient été valorisés au montant de la compensation fixé par le ministre.

Assez logiquement, l'article précise que le chiffre d'affaires facturé par l'entreprise au titre de l'indication en accès direct est calculé à partir du nombre de produits vendus dans cette indication. Pour ce faire, l'établissement de santé doit préciser, lors de la facturation, l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite (le **10°** du **IV** prévoit en effet l'application de l'article L. 162-16-5-3 du code de la sécurité sociale).

Le mécanisme de « remise compensation » permet un contrôle sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie pendant la phase d'accès direct, tout en offrant aux industriels une vraie visibilité et en leur permettant de fixer librement le prix de leur médicament en accès direct.

À noter que ce mécanisme de remise est sensiblement différent de celui mis en place dans le cadre de l'accès précoce ou de l'accès compassionnel, où les taux des remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires.

- La régulation financière de l'accès direct ne passe pas uniquement par le dispositif de « remise compensation ». Elle passe également par une incitation de l'entreprise à sortir du dispositif transitoire et à entrer rapidement dans le droit commun. À cette fin, le **4°** du **IV** prévoit qu'aucune inscription de la spécialité sur les listes de médicaments pris en charge par l'assurance maladie ne peut avoir lieu pendant la période d'accès direct pour une indication autre que l'indication qui bénéficie de l'accès direct.

- La régulation financière de l'accès direct passe, enfin, par des sanctions en cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation. En cas de manquement, le **9°** du **IV** donne la possibilité à la caisse d'assurance maladie de poursuivre l'entreprise et de lui demander de rembourser les sommes considérées comme indues.

2. À la sortie du dispositif d'accès direct

À la sortie du dispositif d'accès direct, deux situations peuvent se présenter : soit l'indication concernée est inscrite sur l'une des listes prévoyant sa prise en charge par l'assurance maladie et son prix (ou tarif de responsabilité) est négocié avec le CEPS, soit elle n'est inscrite sur aucune liste. Dans les deux cas, une « remise de débouclage » est prévue.

- Lorsque le médicament est inscrit sur l'une des listes prévoyant sa prise en charge par l'assurance maladie, l'entreprise et le CEPS négocient, en application des **A** et **B** du **VI**, un « prix net de référence ».

Ce « prix net de référence » est équivalent au prix facial du médicament ou à son tarif de remboursement ⁽¹⁾, sauf lorsqu'une convention, signée entre le CEPS et l'entreprise, prévoit le versement de remises. Le prix net de référence est alors calculé en défalquant du prix facial du médicament ou du tarif de remboursement les remises qui pourraient être conventionnellement dues au titre de la prochaine année (C du VI).

La convention ou la décision qui fixe le prix net de référence fixe également le montant d'une remise supplémentaire que l'on peut qualifier de « remise de débouclage ». Le montant de cette remise est égal à la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé pendant la période d'accès direct (déduction faite des « remises compensation » consenties sur l'indemnité maximale prévues au IV) et le chiffre d'affaires qui aurait résulté de l'application de ce prix net de référence. Le montant de la remise est donc positif lorsque le prix net de référence est, *in fine*, inférieur au montant de la compensation fixée pendant la période d'accès direct.

Le présent article ne prévoit pas de versement de l'assurance maladie au laboratoire lorsque le montant de la remise est négatif, c'est-à-dire quand le prix net de référence se révèle supérieur au montant de la compensation. Cela ne signifie pas pour autant que le prix net de référence ne pourra pas être supérieur au montant de la compensation.

• Lorsque l'indication en accès direct n'est finalement pas inscrite sur l'une des listes prises en charge par l'assurance maladie, son prix ne fait l'objet de négociation avec le CEPS.

Le VII du présent article prévoit néanmoins, dans ce cas-là aussi, le versement par le laboratoire d'une remise « de débouclage ». Pour calculer le montant de cette remise, le CEPS ne peut pas se fixer sur un « prix net de référence », dans la mesure où il n'a pas convenu de remises conventionnelles avec l'entreprise. Il fixe alors un « prix de référence », en fonction en fonction des critères de fixation des prix prévus par le code de la sécurité sociale. Ce prix de référence « virtuel » sert de base au reversement de la remise.

E. LA RESPONSABILISATION DES INDUSTRIELS BÉNÉFICIAIRE D'UN ACCÈS DIRECT

L'expérimentation impose des obligations aux industriels dans la période qui suit la sortie de l'accès direct, afin de garantir la continuité des traitements.

Pour rappel, une telle obligation de traitement existe d'ores et déjà dans les dispositifs d'accès précoce et compassionnel. Elle est aussi prévue, à l'article 33,

(1) Dans le cas des médicaments délivrés en officine de ville, le CEPS fixe un prix. Dans le cas des médicaments figurant sur la liste de rétrocession, le CEPS fixe un prix de cession. Dans le cas des médicaments de la liste en sus, c'est un tarif de responsabilité ou de remboursement qui est fixé par le CEPS. Le présent article s'applique à chacune de ces situations.

pour les industriels qui bénéficient de la prise en charge anticipée de leurs dispositifs médicaux numériques.

- Le laboratoire concerné doit s’engager à assurer la continuité des traitements engagés, c’est-à-dire à ne pas retirer sa spécialité pharmaceutique du marché et à continuer à la fournir aux établissements de santé (5° du **II**).

Cette obligation court pendant toute la durée de la prise en charge au titre de l’accès direct puis pendant un an après la sortie du dispositif. Elle ne s’applique évidemment pas si le médicament fait l’objet d’un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

- En cas de manquement à cet engagement, les ministres de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer une pénalité financière à la charge de l’industriel (**B** du **IX**).

Le montant de cette pénalité est plafonné à 30 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé en France par l’entreprise pour la spécialité concernée durant les deux ans ayant précédé la constatation de ce manquement.

La pénalité est recouvrée et contrôlée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d’allocations familiales (Urssaf) désignées par le directeur de l’Urssaf Caisse nationale (ancienne Acoss), selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations à la charge des employeurs assises sur les gains et rémunérations de leurs salariés.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction ⁽¹⁾.

F. L’INFORMATION DU PARLEMENT

Le **XI** du présent article prévoit que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant le dispositif d’accès direct, et ce dans un délai de vingt-et-un mois après le début de l’expérimentation.

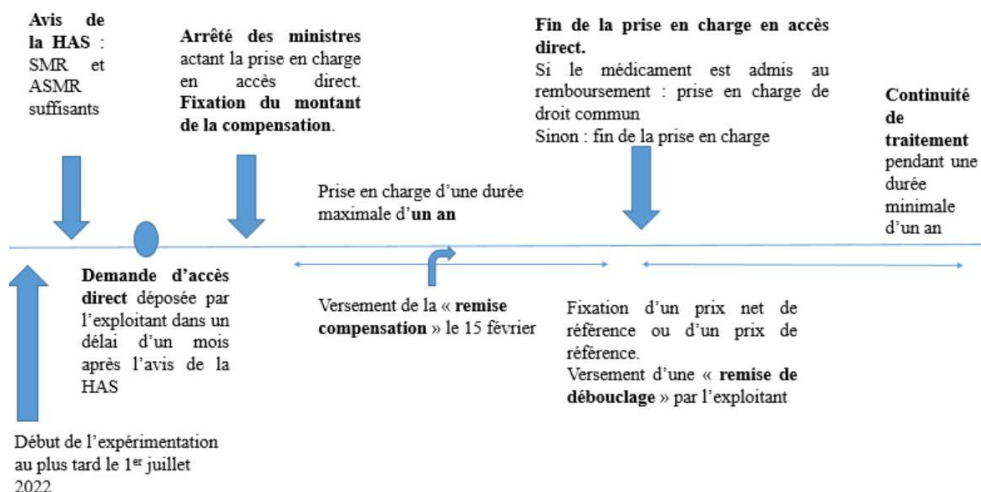
Le rapporteur général se félicite de la mise en œuvre de cette expérimentation, accueillie favorablement par l’ensemble des personnes qu’il a auditionnées, qui vise à faciliter l’accès des patients aux nouveaux médicaments. L’accès direct a fait ses preuves en Allemagne et est préconisé depuis quelques années par un grand nombre de rapports d’experts et de parlementaires.

Il insiste néanmoins sur l’importance, dans le cas des maladies graves, rares et invalidantes et lorsque le besoin thérapeutique existe, qu’un médicament présumé innovant soit pris en charge par le dispositif d’accès précoce, plus favorable aux

(1) *Le recours de pleine juridiction se caractérise par l’étendue accrue des pouvoirs dont dispose le juge administratif qui peut notamment, dans le cadre d’un tel recours, substituer sa décision à celle de l’administration.*

patients que le dispositif d'accès direct. L'articulation entre ces deux dispositifs, qui fera l'objet d'une évaluation du Gouvernement, sera clé en vue de la pérennisation de l'accès direct.

LES GRANDES ÉTAPES DE L'ACCÈS DIRECT



Source : *commission des affaires sociales.*

*
* *

Article 37

Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence

Adopté par la commission avec modifications

L'article rétablit la possibilité pour les pharmaciens d'officine de substituer des médicaments biosimilaires à des médicaments biologique de référence, laquelle avait été ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 avant d'être supprimée par la LFSS 2020.

Le dispositif diffère néanmoins de celui voté en LFSS 2014 en ce qu'il prévoit que seuls certains groupes biologiques seront concernés par la possibilité de substitution, et ce dans des conditions et des modalités précises, définies par arrêté pour chaque groupe biologique concerné.

I. LE DROIT EXISTANT : DES MESURES PRINCIPALEMENT INCITATIVES POUR FAVORISER LE DÉVELOPPEMENT DES BIOSIMILAIRES

A. LES SPÉCIFICITÉS DES MÉDICAMENTS BIOSIMILAIRES

Un médicament biosimilaire est un médicament biologique – produit à partir d'une cellule, d'un organisme vivant ou dérivé de ceux-ci – dont l'efficacité et les effets indésirables sont équivalents à ceux d'un médicament biologique de référence qui a vu son brevet tomber dans le domaine public. Les médicaments biologiques incluent notamment de nombreux vaccins, des anticorps, des hormones ou encore des facteurs de croissance.

La définition juridique des médicaments biosimilaires

En application de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ⁽¹⁾, un médicament biologique similaire s'entend de tout médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence mais qui ne remplit pas les conditions prévues pour être regardé comme une spécialité générique en raison de différences liées notamment à la variabilité de la matière première ou aux procédés de fabrication et nécessitant que soient produites des données précliniques et cliniques supplémentaires.

En effet, compte tenu de leur structure plus complexe, les molécules biologiques ne peuvent pas donner lieu à la fabrication de copies strictement identiques, comme tel est normalement le cas avec des molécules d'origine chimique.

⁽¹⁾Introduit par l'article 4 de la loi n° 2007-248 du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.

Les médicaments biosimilaires peuvent bénéficier d'une procédure abrégée d'autorisation de mise sur le marché (AMM)⁽¹⁾. Cette procédure permet aux autorités de s'assurer que la qualité pharmaceutique, l'efficacité et les effets indésirables du biosimilaire sont cliniquement équivalents à ceux du médicament biologique de référence.

La liste de référence des médicaments biosimilaires autorisés est établie et mise à jour par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)⁽²⁾. Elle regroupe à ce jour 78 médicaments biosimilaires, correspondant à 16 médicaments biologiques de référence. Le marché des médicaments biologiques concernés par des biosimilaires en 2021-2022 représente plus de 2,5 milliards d'euros de dépenses annuelles. Les échéances de brevets des années à venir permettent d'envisager une augmentation importante du panier de soins biosimilarisés à hauteur de 1,3 milliard d'euros à l'horizon 2025⁽³⁾.

Le développement des médicaments biosimilaires a plusieurs intérêts. Il permet de diversifier l'offre en médicaments biologiques pour une pathologie donnée et donc de réduire les risques de rupture de stock. Il permet également de réaliser des économies en tirant parti de l'arrivée dans le domaine public de nombreux brevets de médicaments biologiques. Le prix des médicaments biosimilaires est, en effet, inférieur de 15 à 30 % par rapport aux médicaments biologiques de référence⁽⁴⁾.

Les règles de décote s'appliquant au prix des médicaments biosimilaires

L'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises du médicament intègre pour la première fois des règles de tarification des biosimilaires, jusqu'ici appliquées dans le cadre de la doctrine du CEPS.

L'accord-cadre prévoit une décote fixée entre 20 % et 40 % pour les médicaments de ville à la commercialisation du biosimilaire. À vingt-quatre et quarante-deux mois après la commercialisation du premier biosimilaire, les décotes suivantes sont appliquées : si la part de marché du médicament biologique de référence est de moins de 40 %, le prix du médicament biologique de référence sera abaissé de 5 % et celui du biosimilaire de 15 % ; si cette part de marché est située entre 40 % et 60 %, la baisse appliquée sera de 10 % pour le médicament de référence et son biosimilaire ; si le médicament de référence a une part de marché de 60 % à 100 %, son prix sera abaissé de 15 % et celui du biosimilaire de 5 %. Au bout de cinq ans, le CEPS peut procéder à une convergence par réduction de l'écart entre les prix des biosimilaires et médicaments de référence.

(1) Cette procédure abrégée est cependant plus contraignante que celle applicable aux médicaments génériques. Dans le cas des biosimilaires, le dossier fourni à l'appui de la demande d'AMM doit comporter, outre les données chimiques, pharmaceutiques et biologiques, les résultats des essais précliniques et cliniques appropriés, notamment ceux relatifs à la matière première ou aux procédés de fabrication du médicament biosimilaire.

(2) La liste, mise à jour au 8 août 2021, est disponible au lien suivant : <https://ansm.sante.fr/documents/referencemedicaments-biosimilaires>

(3) Étude d'impact du présent PLFSS.

(4) Id.

B. L'IMPOSSIBILITÉ, POUR LES PHARMACIENS, DE SUBSTITUER DES BIOSIMILAIRES AUX MÉDICAMENTS DE RÉFÉRENCE

1. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a reconnu aux pharmaciens un pouvoir de substitution

Afin de favoriser la diffusion des médicaments biosimilaires, l'article 47 de la LFSS 2014 ⁽¹⁾ a permis aux pharmaciens, de substituer des médicaments biosimilaires aux médicaments de référence sous trois conditions principales :

– le médicament biologique similaire délivré doit appartenir au même groupe biologique similaire que le médicament biologique prescrit ⁽²⁾ ;

– la substitution ne peut être réalisée qu'en début de traitement (c'est-à-dire à l'occasion de la première délivrance) ⁽³⁾ ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà commencé avec le même médicament biologique similaire ;

– le prescripteur ne doit pas avoir exclu la possibilité de cette substitution en inscrivant la mention expresse « non substituable » sur la prescription.

La loi prévoit les modalités d'information du médecin par le pharmacien. Lorsque le pharmacien délivre par substitution au médicament biologique prescrit un médicament biologique similaire du même groupe, il doit inscrire le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et informer le prescripteur de cette substitution.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a cependant renoncé à cette mesure

En pratique, l'exercice de la substitution des médicaments biologiques par les pharmaciens d'officine n'a jamais été effectif. Le décret d'application n'a pas pu être publié, et ce « *pour des raisons tenant à la difficulté d'assurer la traçabilité de cette prescription et d'en informer en temps utile le prescripteur* » ⁽⁴⁾.

L'article 42 de la LFSS 2020 ⁽⁵⁾ a donc abrogé les articles L. 5125-23-2 et L. 5125-23-3 du code de la santé publique qui prévoyaient la substitution de médicaments biosimilaires par les pharmaciens. Cette abrogation a eu pour effet de réintégrer la substitution d'un produit biosimilaire à un produit biologique de

(1) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(2) La LFSS 2014 introduit, en effet, à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la définition du « groupe biologique similaire » comme étant le regroupement d'un médicament biologique de référence et de ses médicaments biologiques similaires.

(3) Pour permettre au pharmacien de déterminer si un médicament est prescrit en initiation de traitement, la LFSS 2014 prévoit à l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique que, dans le cas où le prescripteur initie un traitement avec un médicament biologique, il porte sur la prescription la mention expresse « initiation de traitement ».

(4) Étude d'impact du présent PLFSS.

(5) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

référence dans le droit commun de la dispensation décrit au premier alinéa de l'article L. 5125-23 ⁽¹⁾ : l'impossibilité pour le pharmacien d'officine de dispenser un autre médicament que celui qui a été prescrit sans l'accord exprès et préalable du médecin.

3. Les biosimilaires sont aujourd'hui uniquement interchangeables par les prescripteurs

Depuis 2016, l'ANSM ⁽²⁾ autorise les prescripteurs à substituer un médicament biosimilaire à un médicament biologique de référence, en cours de traitement, sous réserve du strict respect de trois conditions cumulatives :

- l'information et le consentement du patient ;
- une surveillance clinique du patient appropriée pendant le traitement ;
- la réalisation d'une traçabilité sur les produits concernés, afin de permettre au prescripteur de connaître précisément les médicaments dispensés au patient.

C. DES MESURES INCITATIVES DE PLUS EN PLUS NOMBREUSES

Le soutien à la pénétration des médicaments biosimilaires passe aujourd'hui par un ensemble de mesures incitatives. Ces mesures se sont principalement concentrées sur l'hôpital, dont les prescriptions influencent directement ou indirectement la consommation des médicaments biologiques en ville.

1. Les prescriptions hospitalières exécutées en ville

Une instruction du 19 février 2018 ⁽³⁾ a mis en place un dispositif incitatif permettant de valoriser les efforts des établissements de santé qui augmentent le taux de recours à certains médicaments biosimilaires dans le cadre des prescriptions hospitalières exécutées en ville (PHEV).

Pour chaque unité prescrite à l'hôpital et délivrée en ville, et pour chaque prescription en ville renouvelée à la suite de cette prescription hospitalière, une rémunération à hauteur de 20 % de la différence de prix entre le biosimilaire et le médicament biologique de référence est versée à l'établissement de santé. Pour l'établissement, la condition pour bénéficier de ce dispositif est d'avoir conclu au cours de l'année un contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES) avec l'agence régionale de santé (ARS) et l'assurance maladie.

(1) *Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.*

(2) « État des lieux sur les médicaments biosimilaires », ANSM, mai 2016.

(3) *Instruction n° DSS/1C/DGOS/PF2/2018/42 du 19 février 2018 relative à l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires lorsqu'ils sont délivrés en ville.*

L'article 66 de la LFSS 2019 ⁽¹⁾ a fait entrer ce dispositif dans le droit commun en créant un nouvel article L. 162-22-7-4 dans le code de la sécurité sociale ⁽²⁾, lequel prévoit la possibilité pour les établissements de santé performants dans leurs prescriptions de produits de santé de bénéficier d'une dotation du fonds d'intervention régional.

2. L'incitation à l'utilisation en intra-hospitalier

Dans le cadre des expérimentations pour l'innovation en santé ⁽³⁾, le ministère des solidarités et de la santé a lancé, en août 2020, un appel à candidatures national ⁽⁴⁾ incitant à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires délivrés en ville.

À la différence du dispositif incitatif détaillé ci-avant qui prévoit l'intéressement de l'établissement de santé dans son ensemble, il s'agit ici d'inciter les services hospitaliers prescripteurs à un plus grand recours aux médicaments biosimilaires. Des actions au sein de ces services peuvent ainsi être financées à partir des économies dégagées (par exemple, un achat de matériel ou le financement de projets de recherche).

3. L'utilisation des biosimilaires dans le domaine ambulatoire

L'avenant n° 9 à la convention médicale signé en juillet 2021 prévoit un intéressement des médecins libéraux à la substitution de médicaments biosimilaires. Six groupes biologiques sont concernés par ces dispositions incitatives ⁽⁵⁾.

D. LA NÉCESSITÉ D'ALLER PLUS LOIN POUR STIMULER LE DÉVELOPPEMENT DES BIOSIMILAIRES

Les différentes mesures incitatives permettent de renforcer le recours aux biosimilaires. Cependant, un grand nombre d'acteurs soulignent la nécessité de stimuler davantage le développement de ces médicaments, en particulier en ambulatoire.

La Caisse nationale de l'assurance maladie ⁽⁶⁾ préconise, par exemple, de réintroduire une disposition permettant la substitution des médicaments

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

(2) L'arrêté du 19 avril 2021 relatif à l'efficacité et la pertinence de la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville décrit ce dispositif pour l'année 2020.

(3) Article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Le cahier des charges est prévu par l'arrêté du 19 avril 2021 relatif à l'expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques délivrés en ville.

(5) Sont concernés l'étanercept, l'adalimumab, le follitropine alpha, l'énoxaparine, le tériparatide et l'insuline asparte. La clé de répartition de l'intéressement aux économies réalisées sera la suivante : 30 % pour les médecins libéraux et 70 % pour l'assurance maladie en 2022 puis 20 % pour les médecins libéraux et 80 % pour l'assurance maladie en 2023.

(6) « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2022 », juillet 2021.

biosimilaires en officine en initiation de traitement et hors traitements chronique. Elle propose de renvoyer à une décision de l'ANSM le soin de fixer la liste des groupes biologiques similaires au sein desquels la substitution serait autorisée.

II. LE DROIT PROPOSÉ : PROMOUVOIR LE RECOURS AUX BIOSIMILAIRES

Dans un contexte d'augmentation structurelle des dépenses de santé, le développement des médicaments biosimilaires est un enjeu essentiel. Le présent article vise donc à promouvoir le recours à ces médicaments et à faciliter leur acceptation par les patients, tout en tenant compte des objections et des réticences formulées sur le sujet depuis la LFSS 2014.

A. PERMETTRE AUX PHARMACIENS D'OFFICINE DE SUBSTITUER DES BIOSIMILAIRES AUX MÉDICAMENTS BIOLOGIQUES DE RÉFÉRENCE

Le présent article vise à rétablir la possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence.

1. Les similarités avec le dispositif prévu par la LFSS 2014

Le I procède au rétablissement de l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique, supprimé par la LFSS 2020.

Comme dans le cadre du dispositif prévu en LFSS 2014, le présent article prévoit la possibilité, pour le pharmacien d'officine, de substituer un médicament biosimilaire au médicament prescrit lorsque le médicament biologique similaire délivré appartient au même groupe biologique similaire (1° du nouvel article L. 5125-23-3) et lorsque le prescripteur n'a pas exclu la possibilité de cette substitution (4° du nouvel article L. 5125-23-3).

Comme dans le cadre du dispositif prévu en LFSS 2014, il prévoit deux obligations pour le pharmacien :

– celle consistant à inscrire, en cas de substitution, le nom du médicament qu'il a délivré sur l'ordonnance et d'informer le prescripteur de cette substitution. Cette obligation vaut déjà en cas de substitution d'un générique à la spécialité prescrite (article L. 5125-23) ;

– celle consistant à délivrer un grand conditionnement, lorsque celui-ci est disponible et que le traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois. Cette obligation s'applique déjà aux médicaments génériques (IV de l'article L. 52125-23).

Le 1° du II rétablit la disposition prévue par la LFSS 2014 qui figurait à l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. Cette disposition prévoit que lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité remboursable autre que celle

qui a été prescrite, « *cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance du médicament biologique similaire le plus cher du même groupe* » ⁽¹⁾. L'objectif poursuivi par cette disposition est, en réalité, d'éviter que le pharmacien ne substitue au médicament biosimilaire prescrit le médicament biologique de référence, plus onéreux.

2. Les différences avec le dispositif prévu par la LFSS 2014

Le dispositif prévu par le présent article diffère néanmoins sur plusieurs points de celui voté en LFSS 2014 :

– le présent article prévoit une mise en œuvre progressive de la possibilité de substitution. Ainsi, la substitution par le pharmacien n'est autorisée que pour une liste de groupes biologiques définie par arrêté pris après avis de l'ANSM (2° du nouvel article L. 5225-23-3).

L'étude d'impact indique que pourraient être initialement concernés par cette substitution les deux groupes biologiques que sont la somatropine et le pegfilgrastim. Tout élargissement du périmètre fera l'objet de discussions avec l'ensemble des parties prenantes.

Les médicaments que pourront substituer les pharmaciens auront donc vocation à être différents de ceux que les médecins sont incités à substituer dans le cadre de l'avenant n° 9 ;

– le présent article ne limite pas nécessairement la substitution à la seule initiation de traitement. Un arrêté déterminera, pour chaque groupe biologique, les conditions et modalités dans lesquelles cette substitution pourra s'opérer ;

– le présent article renforce l'information du prescripteur et du patient puisqu'il est prévu qu'un arrêté détermine, pour chaque groupe biologique, les modalités de cette information en cas de substitution par le pharmacien.

Le rapporteur général se félicite de ce dispositif, qui ouvre une large place à la concertation et qui permettra d'assurer tant la sécurité de la substitution que son acceptabilité par les patients.

La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général que les difficultés à répondre aux exigences de traçabilité, qui avaient été identifiées en 2014, devraient pouvoir être facilement levées dans la mesure où les exigences de traçabilité seront désormais définies au cas par cas pour chaque groupe

(1) Pour rappel, une disposition similaire était appliquée aux médicaments génériques, avant que l'article 66 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019 ne mette en place un dispositif prévoyant que le remboursement d'un assuré qui ne souhaiterait pas, sans justification médicale, la substitution d'une spécialité par son générique, se fera sur la base du prix du générique.

biologique. De plus, dossier pharmaceutique ⁽¹⁾ doit pouvoir contribuer à assurer une meilleure traçabilité des substitutions effectuées en officine.

B. VALORISER L'IMPLICATION DES PHARMACIENS D'OFFICINE

Le 2° du **II** prévoit que la participation des pharmaciens au développement des médicaments biosimilaires sera déterminée, comme pour les génériques ⁽²⁾, par la convention nationale conclue entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine.

C. FIXER DES OBJECTIFS DE DÉLIVRANCE DE BIOSIMILAIRES EN OFFICINE

Le 3° du **II** complète les dispositions que doit contenir l'accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine.

Cet accord, prévu à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale, soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques. Il fixera désormais également des objectifs relatifs à la délivrance de spécialités biosimilaires.

*

* *

(1) *Le dossier pharmaceutique (ou DP) est un dossier informatisé, géré par le Conseil national de l'ordre de pharmaciens (CNOP), que les pharmaciens ouvrent à chaque assuré social qui le souhaite. Il permet au pharmacien d'avoir accès à l'historique des médicaments délivrés, afin notamment de déceler les risques d'interactions médicamenteuses pouvant constituer un danger pour les personnes. Ce fichier est consultable par les pharmaciens exerçant dans les officines ou dans les établissements de santé, ainsi que par les médecins prenant en charge un patient au sein d'un établissement de santé. Son contenu est précisé à l'article R. 1111-20-2 du code de la santé publique.*

(2) *Pour rappel, en matière de générique, l'avenant n° 22 à la convention nationale pharmaceutique signé le 20 août 2020 prévoit un montant de rémunération des pharmaciens pour la délivrance des spécialités génériques pour 2020 identique à celui de 2019, soit 65 millions d'euros.*

Article 38

Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit de manière claire et explicite que la tarification des médicaments et des dispositifs médicaux peut tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.

I. LE DROIT EXISTANT : LES PRIX DES PRODUITS DE SANTÉ TIENNENT PEU COMPTE DES GARANTIES APPORTÉES EN MATIÈRE DE SÉCURITÉ D'APPROVISIONNEMENT

A. LA SÉCURITÉ D'APPROVISIONNEMENT EN PRODUITS DE SANTÉ : UN ENJEU MAJEUR

La pandémie de covid-19 a mis en lumière la dépendance de la France et de l'Union européenne vis-à-vis de pays étrangers, notamment dans le secteur du médicament et des dispositifs médicaux. Cette dépendance n'est pas nouvelle et contribue aux risques de ruptures d'approvisionnement en produits de santé auxquels nous sommes de plus en plus confrontés.

1. La France a perdu sa position de leader en matière de production pharmaceutique

La France compte un certain nombre de sites de production de médicaments et de dispositifs médicaux (voir encadré ci-après).

Les entreprises des médicaments et des dispositifs médicaux en France

La France compte 1 502 entreprises dans le secteur des dispositifs médicaux, dont 93 % sont des PME. Ces entreprises génèrent un chiffre d'affaires de 30 milliards d'euros, dont 9 milliards d'euros à l'export. Près de 90 000 personnes travaillent au sein de la filière en France, dont 50 % pour des filiales d'entreprises étrangères. Plus de deux tiers des entreprises ont une activité innovante, et 13 % sont exclusivement dédiées à la recherche. La France est en cinquième position mondiale pour le dépôt de brevets européens et internationaux dans le secteur des dispositifs médicaux, avec 3 750 brevets par an.

La France compte 271 sites de production de médicaments. En 2019, le secteur employait directement 98 528 personnes en France et le chiffre d'affaires réalisé par l'industrie pharmaceutique était de 60 milliards d'euros. Le chiffre d'affaires brut des médicaments pris en charge par l'assurance maladie était, lui, de 25,5 milliards d'euros.

Sources : « Panorama 2019 et analyse qualitative de la filière des dispositifs médicaux en France », SNITEM ; « Bilan économique, édition 2020 », Leem.

Néanmoins, alors que la France était en position de leader européen en matière de production pharmaceutique de 1995 à 2008, elle occupe désormais le cinquième rang dans le monde et le quatrième en Europe derrière la Suisse, l'Allemagne et l'Italie. Cette évolution et ses principales causes ont fait l'objet d'un récent travail parlementaire ⁽¹⁾.

La France produit aujourd'hui relativement peu de médicaments. Sur les 315 médicaments autorisés par l'Agence européenne du médicament (EMA) entre 2016 et 2019, 25 sont produits en France, contre 56 au Royaume-Uni et en Allemagne, 46 en Irlande et 28 en Italie ⁽²⁾. La production de médicaments chimiques et de principes actifs a, en effet, été délocalisée dans des pays où les coûts de production sont moins importants et les contraintes réglementaires moins exigeantes. En 2018, la Chine et l'Inde rassemblent 61 % des sites de production de substances pharmaceutiques actives destinées à des médicaments commercialisés en Europe ⁽³⁾. Le déclassement de la France en matière de production pharmaceutique est particulièrement visible pour les médicaments biologiques. Sur les soixante-seize médicaments biologiques autorisés par l'EMA entre 2012 et 2016, cinq sont produits en France, contre vingt et un en Allemagne et douze en Italie ⁽⁴⁾.

2. La persistance d'une production de produits de santé sur le territoire est un atout déterminant pour prévenir les pénuries

Les pénuries en produits de santé sont de plus en plus nombreuses. Les données publiques qui existent sur le nombre de pénuries de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ⁽⁵⁾ sont éloquentes. Le nombre de MITM déclarés en rupture d'approvisionnement est ainsi passé de 404 en 2013 à 1 499 en 2019 et a été multiplié par vingt en dix ans. Quant aux dispositifs médicaux, l'ANSM estime, au 8 octobre 2021, qu'un dispositif indispensable fait actuellement l'objet de difficultés d'approvisionnement et ce depuis plus d'un mois ⁽⁶⁾.

Ces pénuries, aux conséquences parfois dramatiques sur la prise en charge des patients, ne s'expliquent pas seulement par la moindre production de produits de santé sur notre territoire. Leurs origines ont en effet été bien documentées ⁽⁷⁾ et

(1) *Rapport d'information (n° 4275) de Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine fait au nom de la mission d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale sur les médicaments (juin 2021).*

(2) *Bilan économique, LEEM, 2020.*

(3) *Rapport d'information de M. Jean-Pierre Decool, fait au nom de la mission d'information sur la pénurie de médicaments et de vaccins, Sénat, 2018.*

(4) « *Observatoire 2016 des investissements productifs pharmaceutiques et biotechnologiques en France* », LEEM, 2017.

(5) *Aux termes de l'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.*

(6) *Il s'agit d'un dispositif médical utilisé pour l'irrigation vésicale chez les patients avec cystectomie totale et dérivation urinaire continent.*

(7) *Rapport d'information (n° 4275) précité.*

tous les rapports sur le sujet montrent qu’elles peuvent être tant d’ordre économique, qu’environnemental, sanitaire ou industriel.

Néanmoins, force est de constater que la persistance d’une production de produits de santé sur le territoire est un atout déterminant pour prévenir les pénuries, notamment pour les médicaments anciens qui demeurent essentiels.

3. De nombreuses mesures ont été prises ou annoncées pour renforcer notre souveraineté sanitaire

La crise sanitaire du covid-19 a conduit le Gouvernement à lancer, en juin 2020, un plan d’action pour regagner l’indépendance sanitaire de la France. Ce plan prévoit notamment la relocalisation de la production de principes actifs de paracétamol sur le territoire national, avec l’objectif de produire, conditionner et distribuer ce médicament d’ici trois ans.

La relocalisation de la production est également l’un des axes du Plan de relance lancé le 3 septembre 2021.

Enfin, le neuvième Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), réuni le 29 juin dernier, a abouti à de nombreuses annonces de la part du Gouvernement pour offrir un cadre économique cohérent avec l’objectif de souveraineté industrielle.

B. L’EMPREINTE INDUSTRIELLE N’EST PAS, AUJOURD’HUI, PRISE EXPLICITEMENT EN COMPTE DANS LA FIXATION DU PRIX DES PRODUITS DE SANTÉ

Parmi les annonces du CSIS pour renforcer la souveraineté sanitaire de la France et lutter contre les ruptures d’approvisionnement figure le renforcement de la prise en compte de l’empreinte industrielle dans la fixation du prix des produits de santé.

Aujourd’hui, la loi ne prévoit pas explicitement qu’il puisse être tenu compte, lors de la fixation du prix, de l’implantation géographique des lieux de production. Cela ne signifie pas que le prix n’en tienne jamais compte. Les critères qui doivent aujourd’hui être utilisés par le CEPS pour fixer le prix d’un produit de santé ne sont, en effet, pas restrictifs. L’absence de mention de l’empreinte industrielle parmi les critères de fixation du prix entache néanmoins d’une certaine insécurité juridique les décisions de tarification prises sur son fondement.

1. La fixation du prix des médicaments

a. *Le prix tient principalement compte de la valeur thérapeutique du médicament*

● La notion de « prix du médicament » recouvre plusieurs réalités, selon que le médicament est délivré en ville ou en établissement de santé et selon qu'il est, ou non, pris en charge par l'assurance maladie.

● *En ville*

Trois situations se présentent :

– les spécialités pharmaceutiques qui ne sont pas prises en charge ou remboursables par l'assurance maladie sont vendues à prix libre par les officines ;

– celles qui sont prises en charge ou remboursables par l'assurance maladie bénéficient d'un prix administré appelé « prix public de vente ».

Le prix public de vente est fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) dans le cadre d'une négociation avec l'entreprise pharmaceutique. Les critères de fixation de ce prix sont énoncés à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale.

Ce prix public de vente constitue la base de remboursement des médicaments pris en charge par l'assurance maladie en ville, sauf lorsqu'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) a été mis en place. Pour rappel, certains groupes de médicaments sont en effet remboursés par la sécurité sociale, non pas sur la base du prix public de vente du médicament mais sur la base du prix moyen de leur générique correspondant (le TFR) ;

– lorsque, par exception, les spécialités pharmaceutiques consommées en ville sont dispensées au public par des pharmacies hospitalières autorisées, un « prix de cession au public »⁽¹⁾ est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le CEPS ou, à défaut, par décision du CEPS.

Le prix de cession au public correspond au prix que les laboratoires peuvent demander aux établissements de santé, majoré de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) et d'une marge forfaitaire de rétrocession. Les critères de fixation de prix de cession sont prévus à l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

● *En établissements de santé*

Deux situations se présentent :

(1) Lorsque l'établissement de santé négocie un prix d'achat inférieur au prix de cession publié, la moitié de l'écart entre le prix officiel et le prix d'achat effectif est reversée à l'assurance maladie.

– la règle est que le prix des spécialités pharmaceutiques administrées aux patients hospitalisés est libre ;

– certaines spécialités bénéficient néanmoins d'un régime de financement particulier, en sus des prestations d'hospitalisation.

Dans ce cas, un « tarif de responsabilité »⁽¹⁾ est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le CEPS ou, à défaut, par décision du CEPS. Ce tarif constitue la base de remboursement du médicament. Les critères de fixation de ce tarif sont prévus à l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. À noter que depuis la LFSS 2018, le CEPS et l'exploitant négocient non seulement le tarif de responsabilité de la spécialité pharmaceutique mais également le « prix limite de vente aux établissements ».

• Quel que soit le « prix » dont on parle – prix de vente au public des médicaments remboursables aux assurés sociaux, prix de cession des médicaments rétrocédables ou tarif de responsabilité des médicaments de la liste en sus – ses critères de fixation sont les mêmes⁽²⁾. L'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale prévoit que ces critères tiennent compte « principalement » :

– de l'ASMR apportée par le médicament. Dans les faits, ce critère, qui retrace le progrès thérapeutique relatif apporté par un médicament pour une indication thérapeutique donnée, est le principal critère dont le CEPS tient compte ;

– le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique ;

– des prix des médicaments à même visée thérapeutique ;

– des volumes de vente prévus ou constatés ;

– des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.

Cette liste de critères n'est pas limitative, comme la jurisprudence du Conseil d'État⁽³⁾ l'a d'ailleurs récemment rappelé.

(1) Du fait des négociations qu'ils mènent directement avec les entreprises pharmaceutiques dans le cadre de leur politique d'achat, le prix d'achat réel de ces produits par les établissements de santé peut toutefois être inférieur au tarif de responsabilité sur la base duquel s'effectue le remboursement. Dans ce cas, le gain de la négociation est réparti entre l'établissement et l'assurance maladie.

(2) Grâce à un mécanisme de renvoi, les critères énoncés à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale prévalent également pour la fixation du prix des médicaments rétrocédables et en sus.

(3) Dans un arrêt du 20 mars 2013, le Conseil d'État a jugé que, lorsque le CEPS est amené à déterminer le prix d'une spécialité reconnue comme médicament orphelin, pour laquelle il n'existe pas de médicament à même visée thérapeutique en France, il doit prendre en considération dans son appréciation du prix de la spécialité, outre les autres critères définis à l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, les coûts spécifiques, tenant notamment aux dépenses de recherche et de développement que le laboratoire doit nécessairement exposer pour la mise sur le marché de cette spécialité.

b. Le nouvel accord cadre tend à faire du prix un levier de politique industrielle

Le dernier accord-cadre ⁽¹⁾ signé en mars 2021 par le CEPS et les entreprises du médicament vise à renforcer l'attractivité du territoire français et européen pour le développement et la production des médicaments. Un certain nombre de mesures sont prévues en la matière. Deux d'entre elles permettent de valoriser, dans le prix des médicaments, la production en France ou dans l'Union européenne :

– un avantage de prix facial explicite est accordé aux produits innovants fabriqués en France (article 11). Dans le cas où les principales étapes de fabrication sont réalisées en France, il est prévu que le prix facial ne puisse pas être inférieur à l'un des prix pratiqués sur les quatre marchés européens qui servent de comparaison ;

– une stabilité du prix facial de cinq ans au maximum peut être accordée à un produit si des investissements importants dans les capacités de production, la recherche et développement ou les solutions numériques sont réalisés dans l'Union européenne (article 27).

Par ailleurs, l'accord-cadre prévoit un triplement du montant des avoirs sur remises au titre du guichet du CSIS (article 29). Ces crédits CSIS, qui atteignent désormais 150 millions d'euros, permettent aux entreprises de réduire les remises qu'elles doivent au CEPS. Ils sont accordés sur la base d'investissements dans le développement des produits ou d'investissement dans les capacités de production européenne et française. À noter qu'un élargissement du dispositif des crédits CSIS aux dispositifs médicaux a été récemment décidé ⁽²⁾.

2. La fixation du prix des dispositifs médicaux

Comme pour les médicaments non remboursables, la fixation des prix est libre pour les dispositifs médicaux non remboursables, le principe de la liberté du marché s'appliquant.

En revanche, pour les dispositifs remboursables, le CEPS fixe un tarif de responsabilité (TR), à savoir le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale. Il peut également être amené à fixer un prix limite de vente (PLV) ⁽³⁾, correspondant au prix maximum de vente du produit au public.

Les prix ou les tarifs sont fixés par la voie de conventions conclues entre le CEPS et les entreprises commercialisant les produits ou, pour certains dispositifs médicaux, avec les organisations professionnelles représentatives de ces

(1) L'accord-cadre est disponible au lien suivant : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/accord_cadre_21-24_signe.pdf

(2) Cet élargissement est l'une des mesures du plan Innovation santé 2030.

(3) Dans son rapport d'activité publié en 2020, le CEPS indique chercher à fixer, dès que possible, des prix limites de vente, afin de réduire le reste à charge pouvant exister pour les patients et ainsi leur garantir un meilleur accès aux soins.

entreprises. En cas d'échec des négociations, le CEPS prend une décision unilatérale.

Les critères, non limitatifs, de fixation de ces prix ou tarifs sont énoncés à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale. Il s'agit :

- de l'amélioration éventuelle du service attendu ou rendu ;
- des résultats de l'évaluation médico-économique, le cas échéant ;
- des tarifs des produits ou prestations comparables ;
- des volumes de ventes prévus ou constatés ;
- des montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire prévus ou constatés ;
- des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

À noter que le nouvel accord-cadre entre le CEPS et les entreprises de dispositifs médicaux est en cours de négociation.

II. LE DROIT PROPOSÉ : LA PRISE EN COMPTE DE LA SÉCURITÉ D'APPROVISIONNEMENT DANS LA FIXATION DU PRIX DES PRODUITS DE SANTÉ

Le présent article prévoit la possible prise en compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français, que garantit l'implantation géographique des lieux de production, dans la fixation du prix des médicaments et dans la fixation du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux inscrits en nom de marque.

A. L'IMPLANTATION GÉOGRAPHIQUE DES LIEUX DE PRODUCTION COMME CRITÈRE POUVANT SERVIR À LA FIXATION DES PRIX

• Le I du présent article complète l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale pour prévoir que la fixation du prix de vente au public des médicaments remboursables vendus en officine en ville peut tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français. La notion de sécurité d'approvisionnement étant relativement large et transversale, le présent article précise qu'est notamment visée l'implantation géographique des sites de production.

En raison des renvois opérés par les articles L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, il peut également être tenu compte de l'implantation des sites de production lors de la fixation du prix de cession des médicaments rétrocédables ou lors de la fixation du tarif de responsabilité des médicaments de la liste en sus.

Le **II** du présent article complète l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale pour prévoir que la fixation du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux remboursables inscrits en nom de marque ou commercial peut tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français.

- Contrairement aux autres critères mentionnés aux articles L. 162-16-4 ou L. 165-2, qui sont systématiquement pris en compte lors de la fixation des prix, la sécurité d'approvisionnement ne constitue pas un critère dont il sera toujours tenu compte. L'article laisse ainsi au CEPS le soin de déterminer quand cette prise en compte sera ou non pertinente.

- Le fait de limiter aux dispositifs médicaux inscrits en nom de marque ou commercial la prise en compte, dans le tarif de responsabilité, de l'empreinte industrielle s'explique avant tout par le fait que tous les dispositifs médicaux inscrits sur une même ligne générique doivent disposer du même tarif de responsabilité.

En conséquence, la modification du prix d'un dispositif médical inscrit en ligne générique pour tenir compte de l'implantation géographique de son lieu de production entraînerait une modification du prix de l'ensemble des dispositifs inscrits sur cette même ligne générique, alors même que tous ne permettent pas nécessairement de garantir une meilleure sécurité d'approvisionnement.

- Il est attendu que l'affichage de la prise en compte d'un critère industriel dans la tarification des produits de santé conduise à des surcoûts annuels de l'ordre de 15 millions d'euros en 2022, 45 millions d'euros en 2023 et 75 millions d'euros en 2024.

B. LA COMPATIBILITÉ AVEC LE DROIT EUROPÉEN

La mesure relève de la seule compétence de la France en ce qu'elle concerne la tarification de produits de santé admis au remboursement.

Elle ne semble pas incompatible avec le droit européen en ce qu'elle prévoit uniquement la prise en compte, dans le prix, de la sécurité d'approvisionnement et non pas de l'implantation du lieu de production du produit de santé sur le territoire français. La production de médicaments et dispositifs médicaux ailleurs que sur notre territoire, notamment dans l'Union européenne, peut également contribuer à réduire le risque de rupture d'approvisionnement.

Le présent article n'est donc pas incompatible avec le renforcement de l'échelon européen prévu par la stratégie pharmaceutique pour l'Europe soutenue par la France, bien au contraire.

*

* *

Article 39

Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

Adopté par la commission sans modification

L'article 39 permet d'imposer une pénalité financière aux pharmaciens d'officine ne respectant pas l'obligation européenne de sérialisation.

I. UN RETARD IMPORTANT PRIS SUR LA SÉRIALISATION

A. UNE OBLIGATION ISSUE D'UNE DIRECTIVE EUROPÉENNE

La directive 2011/62/UE relative à la prévention de l'introduction dans la chaîne d'approvisionnement légale de médicaments falsifiés a introduit, à son article 54 *bis*, une obligation de doter certains médicaments de « dispositifs de sécurité » afin de permettre la vérification de leur intégrité et de leur authenticité.

Cette directive renvoie la mise en œuvre de ces nouvelles obligations à un acte délégué de la Commission européenne ⁽¹⁾, applicable depuis le 9 février 2019.

Aux termes de ces actes européens, ces dispositifs de sécurité obligatoires sont de deux types :

- un dispositif antieffraction ;
- un identifiant unique (sérialisation), correspondant à un numéro de série.

Le règlement délégué prévoit la mise en place d'un organe de gouvernance au niveau européen ainsi que dans chaque État membre. En France, il s'agit de France MVO.

L'application de ces deux textes a été précisée dans le droit français par un décret du 14 juin 2019 ⁽²⁾.

Les médicaments concernés par la sérialisation

Aux termes de l'article R. 5121-8 du code de la santé publique, en France, tous les médicaments soumis à prescription obligatoire sont concernés par cette réglementation, à l'exception de ceux de la liste établie à l'annexe I du règlement délégué n° 2016/161.

(1) Règlement délégué (UE) 2016/161 de la Commission du 2 octobre 2015 complétant la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil en fixant les modalités des dispositifs de sécurité figurant sur l'emballage des médicaments à usage humain.

(2) Décret n° 2019-592 du 14 juin 2019 relatif à la désactivation pour un tiers des identifiants uniques figurant sur les boîtes de médicaments à usage humain mentionnés à l'article R. 5121-138-2 du code de la santé publique.

Les médicaments à prescription médicale facultative figurant sur la liste établie à l'annexe II du règlement délégué (oméprazole) sont également concernés par cette obligation.

Depuis le 9 février 2019, les pharmacies d'officine mais également les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ont donc l'obligation de vérifier l'intégrité de chaque boîte de médicaments et de désactiver l'identifiant unique apposé au-dessus. Concrètement, elles doivent désormais être équipées d'un système permettant de scanner ce code-barres sur chaque boîte délivrée à un patient. Le même système permet de lire le code apposé sur la boîte, de se connecter au système national de répertoire « France MVS », puis de désactiver le code après vérification de l'authenticité de l'identifiant afin qu'il ne puisse plus être attribué à une autre boîte.



Source : ministère des solidarités et de la santé.

B. MALGRÉ DE NOMBREUX RAPPELS À LA LOI, LES PHARMACIES D'OFFICINE NE SE CONFORMENT TOUJOURS PAS À CES OBLIGATIONS

1. Un retard majeur pris par les officines françaises

La France est actuellement le pays le plus en retard de l'Union européenne dans l'application de la sérialisation. Fin 2019, l'ensemble des officines allemandes et espagnoles étaient connectées au système de sérialisation. Au 1^{er} octobre 2021, seules 1 180 officines de pharmacie en France sur 21 300 étaient connectées, soit à peine 5,5 % du total ⁽¹⁾.

Face à cette situation, le Gouvernement a annoncé en mai 2021 un objectif de 3 000 officines à connecter tous les mois afin d'atteindre 100 % des officines connectées au répertoire national de vérification des médicaments (NMVS) à la fin de l'année 2021.

(1) A contrario, 68 % des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé sont désormais connectées.

2. Des rappels à l'ordre récurrents

Un arrêté du 26 février 2021 ⁽¹⁾ est venu inscrire la sérialisation au nombre des bonnes pratiques de dispensation des médicaments en officine.

Une instruction du 13 juillet 2021 ⁽²⁾ est venu rappeler aux pharmacies d'officine leurs obligations en la matière mais également demander aux agences régionales de santé d'inclure systématiquement le respect de ces obligations par les pharmaciens lors des contrôles en officine, et d'adresser avant le 6 septembre un courrier de rappel à la réglementation à tout titulaire d'officine non connecté.

3. Un risque contentieux de plus en plus fort

Du fait de son retard en matière de sérialisation, la France encourt actuellement le risque que la Commission européenne lance une procédure d'infraction à son égard. L'évaluation préalable évalue l'amende encourue entre 360 et 400 millions d'euros.

II. LE DROIT PROPOSÉ : DES SANCTIONS FINANCIÈRES IMPORTANTES

Le **I** du présent article introduit un nouvel article L. 162-16-3-2 au sein du code de la sécurité sociale.

Ce dernier prévoit qu'en cas de manquement à l'obligation de désactivation de l'identifiant unique prévu par la directive européenne en ce qui concerne les médicaments remboursables, et sur la base d'éléments transmis par l'entité légale gérant le répertoire national de vérification des médicaments (France MVO), le directeur de la caisse d'assurance maladie dans le ressort de laquelle la pharmacie contrevenante est installée peut prononcer une pénalité financière à l'encontre des titulaires d'officine de pharmacie.

Si le champ des médicaments remboursables n'est pas exactement celui de la sérialisation, cette précision semble toutefois nécessaire dans la mesure où cette sanction sera prononcée par l'assurance maladie.

Le montant de cette pénalité devra être fixé entre 350 et 10 000 euros maximum (en cumulé) par année civile, en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements.

L'évaluation préalable souligne que ce seuil minimal de 350 euros correspond à la somme dont les pharmaciens auraient dû s'acquitter auprès des éditeurs de logiciels s'ils avaient respecté leurs obligations, le coût d'équipement

(1) Arrêté du 26 février 2021 modifiant l'arrêté du 28 novembre 2016 relatif aux bonnes pratiques de dispensation des médicaments dans les pharmacies d'officine, les pharmacies mutualistes et les pharmacies de secours minières, mentionnées à l'article L. 5125-5 du code de la santé publique.

(2) Instruction n° DGS/PP2/2021/151.

pour se connecter au répertoire étant de maximum 350 euros pour l'installation puis de 8 euros par mois pour l'abonnement.

Ces pénalités seront recouvrées selon des modalités communes à celles existant déjà dans le domaine du médicament ⁽¹⁾. Son produit sera affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Pour mémoire, aux termes de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, de telles pénalités financières, recouvrées par les URSSAF et affectées aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie, trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale ⁽²⁾.

Cette pénalité ne peut être prononcée qu'après que le pharmacien concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, et le recours formé contre cette décision sera un recours de pleine juridiction.

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

Le **II** du présent article précise que jusqu'à la date du 31 janvier 2022, la pénalité encourue au titre de l'article L. 162-16-3-2 du code de la sécurité sociale nouvellement créée ne pourra être prononcée qu'en cas d'absence totale de connexion au répertoire (« France MVS ») et ne pourra excéder le montant de 350 euros.

Cette mesure transitoire permettra aux pharmaciens de s'adapter.

*

* *

(1) Elle sera recouvrée par les URSSAF selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations, et les différends relèvent du contentieux général de la sécurité sociale.

(2) Décision n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

CHAPITRE IV

Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé

Article 40

Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct

Adopté par la commission avec modification

Le présent article autorise les orthoptistes à réaliser un certain nombre d'actes sans prescription médicale et sans être placés sous la responsabilité d'un médecin. Ces actes recouvrent :

- la réalisation d'un bilan visuel et la prescription de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire, dans des conditions qui seront précisées par un décret en Conseil d'État ;
- les dépistages de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant, dans des conditions qui seront précisées par un décret.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE RÉORGANISATION DE LA FILIÈRE VISUELLE EST EN COURS POUR REMÉDIER AUX DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS

A. LES DIFFICULTÉS D'ACCÈS AUX SOINS VISUELS

La filière visuelle repose aujourd'hui sur plus de 5 800 ophtalmologistes, 5 000 orthoptistes – profession paramédicale dont la pratique comprend des actes d'exploration, de rééducation et de réadaptation de la vision sur la prescription d'un médecin – et plus de 38 000 opticiens-lunetiers.

Les difficultés d'accès aux soins visuels sont connues et ont été bien documentées, notamment dans un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale de l'éducation, du sport et de la recherche (IGÉSR) ⁽¹⁾. Elles s'expliquent surtout par une répartition géographique très inégale des professionnels, par des obstacles financiers qui persistent aujourd'hui et par une organisation encore trop cloisonnée de la filière.

Un certain nombre de réformes volontaristes ont été mises en œuvre pour répondre aux difficultés d'accès aux soins visuels. Certaines visent à lever les obstacles financiers, à l'instar de la réforme dite du « 100 % Santé » ⁽²⁾. D'autres ont pour objectif d'améliorer l'organisation de la filière visuelle.

(1) « La filière visuelle : modes d'exercice, pratiques professionnelles et formations », janvier 2020.

(2) Pour rappel, la réforme dite du « 100 % Santé » a pour objectif de faciliter l'accès aux soins pour tous en proposant des équipements pris en charge à 100 % par la sécurité sociale et les complémentaires santé dans le domaine de l'audiologie, du dentaire et de l'optique. Peuvent bénéficier de cette prise en charge intégrale les titulaires d'un contrat de complémentaire santé responsable à jour ou de la complémentaire santé solidaire.

B. UNE RÉORGANISATION DE LA FILIÈRE A ÉTÉ AMORCÉE

Entre 2000 et 2017, le nombre d'orthoptistes a plus que doublé et celui des opticiens-lunetiers a plus que triplé, tandis que le nombre d'ophtalmologues augmentait à un rythme voisin de celui de la population globale. Cette évolution a conduit à l'adoption, à partir de 2007, de mesures visant à étendre les compétences des orthoptistes et des opticiens-lunetiers, à faciliter le travail aidé et à développer la mise en place de protocoles de coopération.

Ce commentaire se concentre sur les réformes qui ont modifié les compétences des orthoptistes, seule profession de la filière concernée par le présent article.

1. La possibilité a été donnée aux orthoptistes d'effectuer certains actes sans prescription médicale

Alors que les orthoptistes étaient uniquement habilités à pratiquer leurs actes en application d'une prescription médicale écrite, la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾ leur a également permis d'effectuer certains actes sans prescription médicale préalable.

Pour ce faire, les orthoptistes doivent travailler au sein de certaines structures (cabinet d'un médecin ophtalmologiste ou établissement de santé par exemple) ⁽²⁾ et conclure un protocole organisationnel avec un ou plusieurs médecins ophtalmologistes exerçant dans ces structures.

Le décret de compétences du 5 décembre 2016 ⁽³⁾ a donc ouvert aux orthoptistes la possibilité de réaliser un grand nombre d'actes hors prescription médicale dans le cadre de ces protocoles organisationnels. Ainsi, par exemple, l'orthoptiste est désormais habilité à établir, dans ce cadre, un bilan visuel qui comprend le diagnostic orthoptique, l'objectif et le plan de soins.

Les protocoles organisationnels sont à distinguer des protocoles de coopération prévus par l'article L. 4011-1 du code de la santé publique qui organisent un transfert d'activités entre les acteurs de la filière visuelle.

(1) Article 131 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

(2) Ces structures sont listées à l'article R. 4342-1-1 du code de la santé publique. Il s'agit des cabinets d'ophtalmologistes, des établissements de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des hôpitaux et centres médicaux des armées ou des services de santé au travail.

(3) Décret n° 2016-1670 du 5 décembre 2016 relatif à la définition des actes d'orthoptie et aux modalités d'exercice de la profession d'orthoptiste.

2. De nouvelles compétences ont été octroyées aux orthoptistes

Deux lois récentes sont intervenues pour étendre les compétences des orthoptistes en matière de prescription :

– la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾ a introduit la possibilité, pour les orthoptistes, de prescrire certains dispositifs d'orthoptie listés par arrêté (article L. 4342-1 du code de la santé publique) ;

– la loi du 24 juillet 2019 ⁽²⁾ relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a, quant à elle, donné aux orthoptistes la possibilité d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement et sauf opposition du médecin, les prescriptions médicales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire (article L. 4342-1 du code de la santé publique) ⁽³⁾.

L'IGAS et l'IGÉSR soulignent néanmoins dans leur rapport la nécessité de mieux communiquer sur cette possibilité de renouvellement des équipements par les orthoptistes, laquelle n'a pas encore eu pleinement les effets escomptés.

L'adaptation des prescriptions médicales par les orthoptistes est encadrée

Pour un renouvellement d'équipement, l'orthoptiste peut adapter, après réalisation d'un examen de la réfraction et sauf opposition du médecin mentionnée expressément sur l'ordonnance :

– les corrections optiques des prescriptions médicales initiales de lentilles de contact oculaire datant de moins d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ; de moins de trois ans pour les patients âgés de 16 ans et plus.

– les corrections optiques des prescriptions médicales de verres correcteurs datant de moins d'un an, pour les patients âgés de moins de 16 ans ; de moins de cinq ans, pour les patients âgés de 16 à 42 ans ; de moins de trois ans, pour les patients âgés de plus de 42 ans.

Le médecin prescripteur peut limiter la durée pendant laquelle l'orthoptiste peut adapter la prescription par une mention expresse sur l'ordonnance.

Source : article R. 4342-8-1 du code de la santé publique, introduit par le décret n° 2020-475 du 24 avril 2020 portant diverses dispositions relatives aux professions d'orthoptiste, d'opticien-lunetier et de pédicure-podologue.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 précitée.

(2) Article 33 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(3) Cette possibilité avait préalablement été ouverte, par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, aux opticiens-lunetiers.

3. Le travail aidé a été facilité

Le travail aidé ⁽¹⁾ s'est considérablement développé. Le Syndicat national des ophtalmologistes de France (SNOF) estime ainsi qu'en 2020, 71 % des ophtalmologistes étaient en travail aidé. 49 % d'entre eux avaient recours à un ou plusieurs orthoptistes salariés, 23 % à des orthoptistes libéraux, 19 % à des infirmiers et 11 % à des assistants ou des opticiens salariés ⁽²⁾.

Le travail aidé a été facilité par la LFSS 2016 ⁽³⁾, laquelle a prévu la mise en place d'un contrat de coopération en vue d'inciter le médecin à recruter ou à former un orthoptiste et, d'autre part, la mise en place d'un contrat collectif en vue d'inciter au développement de coopérations entre les professionnels de santé pour la réalisation de consultations ophtalmologiques au sein des maisons de santé et des centres de santé.

C. LA RÉORGANISATION DE LA FILIÈRE SE POURSUIT

Les effets des mesures de réorganisation de la filière visuelle commencent à se faire ressentir. Une enquête du SNOF ⁽⁴⁾ de 2019 montrait déjà que les délais de prise de rendez-vous dans un cabinet d'ophtalmologiste s'étaient réduits depuis l'étude publiée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2018 ⁽⁵⁾. Ainsi, l'enquête indiquait que les délais médians avaient été réduits de 35 % pour une consultation périodique et qu'ils avaient diminué de 50 % en cas d'apparition de nouveaux symptômes.

Outre les mesures déjà prises, le Gouvernement prévoit de poursuivre la réorganisation de la filière visuelle pour améliorer encore l'accès aux soins. La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général que les mesures suivantes étaient envisagées :

– renforcer le dépistage, tant pour les jeunes enfants que pour les personnes âgées. Une expérimentation permettant aux opticiens d'intervenir en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) devrait être mise en place très prochainement, tout comme un protocole *ad hoc* consacré au dépistage des personnes intégrant un EHPAD ;

– renforcer le travail aidé au-delà des cas simples par un travail de refonte des protocoles de coopération ;

(1) Un ophtalmologiste en travail aidé s'appuie sur les compétences d'autres professionnels pour réaliser ses missions.

(2) Enquête réalisée entre le 1^{er} janvier et le 20 septembre 2019 auprès de 1 582 participants, soit un taux de participation de 60 % des adhérents du SNOF.

(3) Article 67 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(4) Enquête réalisée par l'institut CSA auprès d'un échantillon représentatif de médecins ophtalmologistes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

(5) « La moitié des rendez-vous sont obtenus en 2 jours chez le généraliste, en 52 jours chez l'ophtalmologiste », 8 octobre 2018, DREES.

– lancer rapidement un appel à manifestation d'intérêt pour rénover le protocole Muraine en élargissant le périmètre des délégations de tâches aux orthoptistes. Pour rappel, le protocole de coopération RNM, dit « Muraine », est un protocole de télémedecine permettant la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste pour le renouvellement et l'adaptation des corrections optiques chez des patients de 6 à 50 ans ;

– faire avancer les réflexions portant sur les règles professionnelles des opticiens et sur la refonte de la formation initiale, tout particulièrement celle des opticiens-lunetiers.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : ALLER PLUS LOIN DANS LA RÉORGANISATION DE LA FILIÈRE VISUELLE EN PRÉVOYANT UN ACCÈS DIRECT AUX ORTHOPTISTES

Le présent article prévoit un accès direct aux orthoptistes tant pour la réalisation d'un bilan visuel et la prescription initiale de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire que pour le dépistage des troubles visuels des jeunes enfants.

Le rapporteur général n'y est pas défavorable en soi mais s'interroge, d'une part sur la portée réelle de la mesure, et d'autre part sur ses potentielles conséquences en matière de retard de diagnostic. L'implantation géographique des orthoptistes étant très fortement corrélée à celle des médecins ophtalmologistes, il n'est pas certain qu'un accès direct aux orthoptistes permette d'améliorer l'accès aux soins visuels dans les territoires où il est déjà difficile.

A. PRÉVOIR L'ACCÈS DIRECT AUX ORTHOPTISTES POUR LA RÉALISATION DE BILANS VISUELS ET CERTAINES PRESCRIPTIONS

Le 1° du I du présent article autorise les orthoptistes à réaliser un bilan visuel et à prescrire des verres correcteurs et des lentilles de contact oculaire, sans prescription médicale et sans être placés sous la responsabilité d'un médecin.

Un décret en Conseil d'État, pris après avis de l'Académie nationale de médecine, précisera les actes que pourront réaliser les orthoptistes lors de ce bilan visuel, les conditions d'âge des patients pouvant être reçus en accès direct, les corrections concernées par le dispositif, les pathologies excluant et les conditions de renvoi vers un médecin ophtalmologiste.

Le rapporteur général insiste sur la nécessité d'inscrire une consultation médicale dans un délai raisonnable pour éviter des renouvellements itératifs sur une trop longue période sans un contrôle visuel par un ophtalmologiste.

B. PRÉVOIR L'ACCÈS DIRECT AUX ORTHOPTISTES POUR LE DÉPISTAGE DE CERTAINS TROUBLES VISUELS CHEZ LES JEUNES ENFANTS

Le 2° du I du présent article autorise les orthoptistes à réaliser le dépistage de l'amblyopie et celui des troubles de la réfraction chez l'enfant, sans prescription médicale et sans être placés sous la responsabilité d'un médecin.

Pour rappel, les orthoptistes peuvent d'ores et déjà réaliser ces actes.

Un décret précisera les âges des enfants concernés par ce dépistage en accès direct. D'après les éléments transmis au rapporteur général par la direction de la sécurité sociale, l'orthoptiste pourrait être autorisé à réaliser sans prescription médicale le dépistage de l'amblyopie chez les enfants âgés de 9 à 15 mois et celui des troubles de la réfraction chez les enfants âgés de 30 mois à 5 ans inclus.

L'étude d'impact du présent projet de loi précise que ces dépistages seront pris en charge à 100 % (à 60 % par l'assurance maladie au titre du risque maladie et à 40 % au travers du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire [FNPEIS]) dans le cadre d'un dispositif qui sera prochainement lancé et qui s'intitulera « MT' Yeux ».

Le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS)

Plusieurs fonds d'action contribuent à financer les actions de l'assurance maladie. Ils sont énumérés à l'article R. 251-1 du code de la sécurité sociale. Parmi ces fonds, le FNPEIS, créé en 1988, permet à l'assurance maladie de couvrir les dépenses en matière de prévention, d'éducation et d'information sanitaire et de santé publique.

Il est géré par la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) selon les termes d'un avenant à la convention d'objectifs et de gestion. Il finance des actions nationales (programmes de vaccination, de prévention bucco-dentaire, de promotion du bon usage du médicament, de lutte contre les infections VIH/hépatites, etc.) ainsi que des actions locales, comme des actions de dépistage des cancers.

En 2020, les dépenses du FNPEIS se sont élevées à 350 millions d'euros. Elles pourraient s'élever à 413 millions d'euros en 2021, en raison d'un effort particulier dû à la crise sanitaire en matière de prévention bucco-dentaire et de vaccination (hors covid).

C. PERMETTRE AUX OPTICIENS-LUNETIERS DE DÉLIVRER DES ÉQUIPEMENTS RÉSULTANT D'UNE PRESCRIPTION PAR UN ORTHOPTISTE

Le II du présent article tire les conséquences de la création d'un accès direct aux orthoptistes en transposant aux prescriptions délivrées par les orthoptistes les mesures aujourd'hui prévues pour les prescriptions médicales.

Le 1° du II permet aux opticiens lunetiers de délivrer de verres correcteurs lorsqu'une prescription en cours de validité a été délivrée par un orthoptiste.

Le 2° du II permet aux opticiens-lunetiers d'adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions initiales de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire, en cours de validité, sauf opposition de l'orthoptiste.

*

* *

Article 41

Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit que les négociations conventionnelles fixent les modalités de prise en charge, par l'assurance maladie, des actes qui résultent des renouvellements de prescriptions médicales de moins d'un an effectués par les masseurs-kinésithérapeutes.

I. LE DROIT EXISTANT : UN DROIT D'ADAPTATION ET DE RENOUVELLEMENT DES PRESCRIPTIONS RESTÉ LETTRE MORTE DEPUIS 2016

La profession de masseur-kinésithérapeute est régie par les articles L. 4321-1 à L. 4321-22 et R. 4321-1 à R. 4321-145 du code de la santé publique. Les masseurs-kinésithérapeutes sont plus de 90 000 à exercer en France, 14 % en tant que salariés et 86 % comme libéraux ⁽¹⁾.

A. LE MASSEUR-KINÉSITHÉRAPEUTE EXERCE SUR PRESCRIPTION MÉDICALE LORSQU'IL AGIT DANS UN BUT THÉRAPEUTIQUE

Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale ⁽²⁾.

Les règles en matière de prescription ont été profondément modifiées par un arrêté du 22 février 2000 ⁽³⁾. Désormais, pour prescrire des actes de kinésithérapie, seule la mention de l'indication médicale justifiant la rééducation est nécessaire. Le médecin n'est plus obligé de préciser le nombre et le rythme des séances, ni le choix des actes et des techniques, ces éléments pouvant être déterminés directement par le masseur-kinésithérapeute ⁽⁴⁾.

Après avoir pris connaissance de l'ordonnance établie par le médecin, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que des précisions relatives au choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur.

(1) « Démographie des masseurs-kinésithérapeutes », Observatoire de la démographie du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, 2020.

(2) Article L. 4321-1 du code de la santé publique.

(3) Arrêté du 22 février 2000 modifiant l'arrêté du 6 janvier 1962 fixant la liste des actes médicaux ne pouvant être pratiqués que par des médecins ou pouvant être pratiqués également par des auxiliaires médicaux ou par des directeurs de laboratoire d'analyses médicales non médecins.

(4) À noter néanmoins que si ces précisions sont apportées, elles s'imposent au masseur-kinésithérapeute.

Le Gouvernement devrait prochainement remettre au Parlement un rapport ⁽¹⁾ examinant la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'exercer, sous certaines conditions, sans prescription médicale.

B. LA LOI DE MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ A OUVERT LA POSSIBILITÉ AUX MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES DE RENOUVELER ET D'ADAPTER LES PRESCRIPTIONS INITIALES DE MOINS D'UN AN

La loi de modernisation de notre système de santé ⁽²⁾, adoptée en 2016, a opéré une mise à jour importante des dispositions législatives relatives à la définition de la profession de masseur-kinésithérapeute, lesquelles étaient relativement anciennes et souffraient de plusieurs imprécisions

Elle a notamment modifié l'article L. 4321-1 du code de la santé publique pour donner aux masseurs-kinésithérapeutes la possibilité d'adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de masso-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret.

Concrètement, cette disposition permet aux masseurs-kinésithérapeutes, si le médecin en est d'accord, de prendre en charge leurs patients autant que nécessaire, et ce même si l'ordonnance initiale du médecin mentionne un nombre de séances maximal ou une durée maximale de validité. La seule chose qui limite la durée des prises en charge est la demande d'accord préalable (DAP), nécessaire pour certaines pathologies au-delà d'un certain nombre de séances.

La demande d'accord préalable

La procédure d'accord préalable consiste, avant l'exécution de certains actes et traitements médicaux, à demander à l'assurance maladie si elle accepte de les prendre en charge.

En masso-kinésithérapie, cette procédure doit être mise en œuvre lorsque le nombre de séances excède trente séances ou, pour certaines pathologies, lorsqu'il excède un nombre de séances fixé par la Haute Autorité de santé (par exemple dix séances dans le cas d'une entorse externe récente de la cheville).

L'objectif de la disposition votée en 2016 était principalement de favoriser le traitement continu des patients et de simplifier leur parcours de soins, notamment dans le cadre du traitement de certaines pathologies chroniques (lombalgie chronique, maladie de Parkinson, mucoviscidose).

(1) Rapport prévu par l'article 1^{er} de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

(2) Article 123 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Elle est néanmoins restée lettre morte, le décret devant en préciser les modalités d'application n'ayant jamais été pris ⁽¹⁾.

C. LA LOI VISANT À AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ PAR LA CONFIANCE ET LA SIMPLIFICATION A SOUHAITÉ RENDRE CETTE POSSIBILITÉ EFFECTIVE

Afin de rendre pleinement effective la possibilité donnée aux masseurs-kinésithérapeutes de renouveler et d'adapter les prescriptions initiales, la loi du 26 janvier 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ⁽²⁾ a supprimé la référence au décret d'application.

Cette suppression n'est néanmoins pas pleinement satisfaisante sur le plan juridique. Il semble en effet utile de distinguer les cas dans lesquels le renouvellement des prescriptions par le masseur-kinésithérapeute permet d'éviter une rupture dans la poursuite des soins et ceux dans lesquels un bilan médical annuel reste nécessaire.

À noter que la loi visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification modifie également les compétences des masseurs-kinésithérapeutes en matière de prescription de produits de santé. Alors que ces professionnels pouvaient, jusqu'à présent, uniquement prescrire des dispositifs médicaux listés par arrêté ou des substituts nicotiniques, ils pourront désormais prescrire davantage de produits de santé, listés par arrêté ⁽³⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : RENVOYER LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE DES RENOUELEMENTS DE PRESCRIPTIONS AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

A. LE CHOIX DE RECOURIR AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

L'article vise à encadrer de nouveau la possibilité donnée aux masseurs-kinésithérapeutes d'adapter et de renouveler des prescriptions médicales, non pas en rétablissant la référence à un décret mais en prévoyant de recourir aux négociations conventionnelles ⁽⁴⁾.

À cette fin, il modifie l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale détaillant le contenu des conventions conclues entre l'Union nationale des caisses

(1) La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général qu'un projet de décret avait été élaboré mais que les concertations avec les syndicats représentatifs et le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (CNOMK) n'avaient pas permis d'aboutir à un consensus.

(2) Article 12 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

(3) Au 20 septembre 2021, cet arrêté n'a pas encore été publié.

(4) La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général que l'importance d'un tel ancrage conventionnel avait été actée lors de la commission paritaire nationale du 13 juillet dernier.

d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations syndicales nationales les plus représentatives de chaque profession de santé.

Il ajoute un 9° à cet article de manière que les conditions de prise en charge des actes qui résultent des renouvellements de prescriptions initiales par les masseurs-kinésithérapeutes soient désormais déterminées par la convention régissant les rapports entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des masseurs-kinésithérapeutes.

Cela signifie qu'il ne sera pas illégal pour un masseur-kinésithérapeute de renouveler une prescription initiale de moins d'un an, sauf avis contraire du médecin, mais que seuls les actes résultant des renouvellements respectant les conditions définies par la convention seront pris en charge par l'assurance maladie.

B. L'ENTRÉE EN VIGUEUR

La mesure entrera en vigueur en même temps que la disposition conventionnelle.

C. LE COÛT DE LA MESURE

Le coût de la mesure est difficile à estimer. D'une part, elle engendrera une augmentation des actes effectués par les masseurs-kinésithérapeutes et donc une hausse des remboursements par l'assurance maladie mais, d'autre part, elle permettra de diminuer le nombre de consultations chez le médecin généraliste dont l'objet est un simple renouvellement de prescription.

L'estimation du coût est d'autant plus délicate que les renouvellements qui feront l'objet d'une prise en charge doivent encore être définis par les partenaires conventionnels. En prévoyant une appropriation progressive par les masseurs-kinésithérapeutes de leur nouvelle compétence ainsi qu'un remboursement par l'assurance maladie des seuls renouvellements liés aux pathologies nécessitant une prise en charge continue, l'étude d'impact estime que le coût de la mesure s'élèvera à 15 millions d'euros en 2022, à 30 millions d'euros en 2023 et à 50 millions d'euros en 2024 et 2025.

*

* *

Article 42

Généralisation d'expérimentations en santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 42 ancre dans le droit commun deux expérimentations en cours :

- l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » visant à prévenir l'obésité des enfants ;
- l'expérimentation « Au Labo Sans Ordo » afin d'améliorer le dépistage du VIH.

I. GÉNÉRALISATION DE L'EXPÉRIMENTATION VISANT À PRÉVENIR L'OBÉSITÉ INFANTILE

A. UNE EXPÉRIMENTATION CONCLUANTE

L'expérimentation visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans, également appelée « Mission : retrouve ton cap » est initialement issue de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016.

Cet article autorisait, du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2019, la mise en place de dispositifs spécifiques pour améliorer la prise en charge et le suivi d'enfants de 3 à 8 ans chez lesquels le médecin traitant a décelé un risque d'obésité (et non pas une obésité effective).

Cette expérimentation, mise en œuvre en Seine-Saint-Denis, dans le Nord-Pas-de-Calais et à La Réunion⁽¹⁾, a par la suite été intégrée au dispositif expérimental plus large créé par l'article 51 de la LFSS 2018 et prolongée dans ce cadre jusqu'au 31 décembre 2020.⁽²⁾

Cette expérimentation ouvrait la possibilité au médecin traitant de l'enfant de prescrire des consultations diététiques, des bilans d'activité physique ou des consultations psychologiques, en fonction des besoins et de la situation de l'enfant et de sa famille. Ces consultations et ces bilans devaient être réalisés par des professionnels de santé ou des psychologues appartenant à des structures disposant de compétences particulières en ce domaine, telles que des centres de santé ou des maisons de santé, sélectionnées par les caisses primaires d'assurance maladie et les agences régionales de santé.

Ces structures bénéficiaient pour cette prise en charge d'une rémunération forfaitaire : pour chaque enfant bénéficiaire d'une prise en charge, cette rémunération annuelle forfaitaire maximale était de 240 euros (40 euros pour chacun des bilans réalisés et 20 euros pour chacune des consultations), soit un

(1) Arrêté du 10 août 2016 fixant la liste des zones géographiques sélectionnées pour participer aux expérimentations prévues par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Arrêté du 20 décembre 2018 relatif à l'expérimentation visant à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants de 3 à 8 ans.

maximum de trois bilans (diététique, psychologique et physique) et de six consultations de suivi (diététique et/ou psychologique) la première année.

L'arrêté relatif à cette expérimentation prévoyait qu'« *avant le 30 juin 2021, la Caisse nationale de l'assurance maladie élabore un rapport d'évaluation aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* » ainsi que la transmission sans délai de ce rapport par le Gouvernement au Parlement. Ce rapport n'a malheureusement pas été remis au Parlement, ce que le rapporteur général ne peut que déplorer.

Toutefois, d'après les éléments communiqués au rapporteur général par le Gouvernement, la prise en charge des enfants dans le cadre de cette expérimentation a eu des effets positifs, et a notamment permis d'enclencher des changements dans les habitudes de vie et en particulier dans les habitudes alimentaires des enfants concernés.

Alors que cette expérimentation aurait dû s'interrompre à la fin de l'année 2020, au vu des retours positifs du rapport d'évaluation intermédiaire et de la perspective de sa généralisation, elle a depuis continué à être financée par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire de l'assurance maladie (FNPEIS).

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **I** ajoute aux missions facultatives des centres de santé (1^o) et maisons de santé (2^o) mentionnés respectivement aux articles L. 6323-1-1 et L. 6323-3 du code de la santé publique celle de mettre en œuvre un parcours coordonné soumis à prescription médicale visant à garantir l'accompagnement d'enfants de 3 à 12 ans inclus, qui, selon les recommandations de la Haute Autorité de santé sont soit :

- en situation de surpoids ;
- en obésité commune non compliquée ;
- présentant des facteurs de risque d'obésité.

Ce parcours comprendra un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique.

Ces dispositions seront précisées par décret.

L'extension de ce programme de 8 à 12 ans faisait l'objet d'une recommandation de l'assurance maladie dans son rapport sur l'évolution des charges et des produits au titre de 2021.

C. LE FINANCEMENT DE CE DISPOSITIF

L'évaluation préalable estime que 15 % des enfants d'une classe d'âge souffrent de surpoids ou d'obésité sans critères de complexité ou de sévérité, et que le taux de recours au dispositif parmi les enfants concernés de 3 à 8 ans serait de 11 %, soit 137 012 enfants inclus. Elle prévoit sur cette base, dans une hypothèse haute, un coût de 32 millions d'euros par an.

II. GÉNÉRALISATION DE L'EXPÉRIMENTATION VISANT À AMÉLIORER LE DÉPISTAGE DU VIH

A. UNE EXPÉRIMENTATION QUI A FAIT SES PREUVES

1. Une activité de dépistage qui doit encore être améliorée

- Parmi les treize pays de l'Union européenne qui collectent cette donnée, la France a l'activité de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) rapportée à sa population la plus élevée, avec 81 sérologies pour 1 000 habitants ⁽¹⁾.

Toutefois, selon les dernières estimations de Santé publique France, seules 86 % des personnes séropositives en France connaissent leur statut sérologique. La proportion de personnes diagnostiquées tardivement reste inquiétante : elle était encore de 28 % en 2018. Le délai médian entre infection et diagnostic était quant à lui estimé pour la période 2014-2018 à 3,6 ans.

- La France dispose d'une offre de dépistage large et diversifiée. Ainsi :
 - les laboratoires de ville représentent 76 % des sérologies VIH et 36 % des sérologies positives ;
 - les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) représentent 6 à 7 % des tests et 10 % des sérologies positives ;
 - les interventions hors les murs par test rapide d'orientation diagnostique (TROD) représentent 1 % du total des tests et un taux de tests positifs de 8,4 pour 1 000 ⁽²⁾.

La mise sur le marché en septembre 2015 d'un autotest VIH sans ordonnance en pharmacie est venue compléter cette offre.

(1) Cazein F., Le Strat F., Sarr A., Ramus C., Bouche N., Comboroure J.-C et al. *Dépistage de l'infection par le VIH en France en 2016*. Bull *Epidémiol Hebd.* 2017(29-30):601-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/29-30/2017_29-30_2.htm.

(2) Lert F., Bouvet de la Maisonneuve P., Ngoh P., Touitou I., Valbousquet J., Le Hô E. et al. et le Groupe ALSO. « Au labo sans ordo » : une expérimentation pour étendre l'offre de dépistage du VIH à Paris et dans les Alpes-Maritimes. Résultats intermédiaires à 6 mois, juillet-décembre 2019. Bull *Epidémiol Hebd.* 2020(33-34):650-6. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_1.htm.

• Les laboratoires d'analyses médicales peuvent réaliser des tests sanguins (actuellement le test « Elisa » de quatrième génération) de dépistage du VIH sans ordonnance, à la demande du patient, qui s'acquitte alors du prix de la sérologie. En effet, aux termes de l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale, un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne peut pas faire l'objet d'un remboursement.

Un récent rapport de la Cour des comptes souligne ⁽¹⁾ que « *les biologistes peuvent également prescrire des examens qui seront remboursés par l'assurance maladie, mais la proportion de tests VIH ainsi prescrits est faible. Pourtant, les laboratoires d'analyse et de biologie médicale proposent des amplitudes horaires intéressantes, bien plus larges que les structures de dépistage spécifiques, sans rendez-vous et avec un très bon maillage territorial.* »

Le même rapport de la Cour des comptes estime que « *pour dépister les personnes ignorant leur séropositivité, à ciblage des actions inchangées (2 sérologies positives pour 1 000 tests), il faudrait réaliser 10 millions de sérologies supplémentaires* ». Ses conclusions sont très claires : « *seule la mise en place d'un dépistage mieux ciblé sur les populations à risque et l'augmentation substantielle du nombre de sérologies permettront d'enrayer rapidement et durablement l'épidémie. Au regard du coût de prise en charge d'un patient en ALD n° 7 qui s'élève à 10 174 euros chaque année, l'organisation d'un tel dépistage apparaît plus efficient.* »

2. Une expérimentation qui a fait ses preuves

Depuis 2019, un projet partenarial ⁽²⁾ a été mis en place à Paris et dans les Alpes-Maritimes, permettant une prise en charge par l'assurance maladie des dépistages de VIH en laboratoire sans prescription préalable. Cette prise en charge, portée dans le cadre de l'initiative « villes sans SIDA », a été financée par le FNPEIS.

Selon l'évaluation réalisée de ce dispositif à six mois, ce dernier a été utilisé « *d'emblée et de façon stable alors que le nombre de tests prescrits fluctuait, ce qui évoque une demande spontanée différente de celle qui passe par la prescription médicale* ». Cette nouvelle offre a « *contribué à une augmentation nette du dépistage du VIH en laboratoire dans les deux départements : de l'ordre de 20 000 tests à Paris (+ 16,8 %) et 2 000 dans les Alpes-Maritimes (+ 3,7 %)* » ⁽³⁾. Les auteurs concluent également que ce programme est utilisé par une population distincte de celle des CeGIDD ou des patients passant par la médecine de ville. Il attire notamment

(1) *La prévention et la prise en charge du VIH, communication à la commission des affaires sociales du Sénat juin 2019.*

(2) *Le projet associe l'assurance maladie, les collectivités territoriales des Alpes-Maritimes et de Paris, les agences régionales de santé (ARS) d'Ile-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur, les représentants des professionnels de la biologie médicale (unions régionales des professionnels de santé) et les deux plateformes locales « Vers Paris sans sida » et « Objectif sida zéro : Nice et les Alpes-Maritimes s'engagent ! ».*

(3) *Lert F., Bouvet de la Maisonneuve P., Ngoh P., Toutou I., Valbousquet J., Le Hô E. et al. Op. cit.*

davantage d'hommes hétérosexuels, souvent moins touchés par les actions de dépistage ⁽¹⁾.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **II** de l'article 42 modifie l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale, qui dispose qu'un examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement. Par dérogation à cette disposition, un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique de l'infection par le VIH réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale pourra faire l'objet d'un remboursement dans les conditions de droit commun. Pour mémoire, aux termes de l'article R. 160-8 du code de la sécurité sociale, le dépistage du VIH est remboursé à 100 %.

Le rapporteur général s'interroge toutefois sur la nécessité de mentionner directement le VIH, plutôt que de renvoyer cette précision au niveau réglementaire, afin d'éventuellement ajouter d'autres pathologies par la suite.

L'évaluation préalable estime que sur un nombre total de 4 700 000 dépistages du VIH en laboratoire de en 2019, le dépistage du VIH en accès direct en laboratoire représenterait 7 % des dépistages en moyenne. Avec un prix moyen par dépistage de 34 euros, le coût potentiel de la mesure serait donc de 13 millions d'euros une fois le dispositif monté en charge.

*

* *

(1) Champenois K., Annequin M., Ngho P., Toutou I., Lert F., Bouvet de la Maisonneuve P. et al. et le Groupe ALSO. Profils des usagers du programme « Au labo sans ordo », dépistage du VIH sans ordonnance et sans frais en laboratoire de biologie médicale. Bull. *Epidémiol. Hebd.* 2020(33-34):657-65. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/33-34/2020_33-34_2.html

Article 43

Prolongation de l'expérimentation haltes soins addictions

Adopté par la commission sans modification

L'article 43 prolonge et modifie l'expérimentation relative aux salles de consommation à moindre risque, rebaptisées « haltes soins addictions ».

L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a autorisé l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR) pour une durée de six ans. Ces espaces sont destinés à accueillir des usagers de drogues afin que ceux-ci bénéficient d'un accompagnement et que leur consommation soit supervisée par une équipe pluridisciplinaire comprenant des professionnels de santé et du secteur médico-social.

Le présent article prolonge cette expérimentation de trois ans, et en modifie les contours.

I. L'EXPÉRIMENTATION RELATIVE AUX SALLES DE CONSOMMATION À MOINDRE RISQUE

A. LA GENÈSE DU DISPOSITIF

1. La réduction des risques, un objectif progressivement consacré par la loi

Le dispositif des SCMR s'inscrit pleinement dans la politique de réduction des risques et des dommages liés à l'usage de drogues. Engagée dans les années 1980 en réaction à la forte exposition des usagers de drogues injecteurs à l'épidémie du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), cette approche est centrée sur la santé et l'environnement de consommation des usagers.

Dans ce contexte, la France a progressivement autorisé la vente libre de matériels stériles, y compris des seringues, puis leur distribution par des associations, ainsi que la mise à disposition de traitement de substitution aux opiacés. Néanmoins, au début des années 2000, les injecteurs restaient le groupe le plus contaminé par le VIH en France, incitant le législateur à donner en 2004 un cadre législatif à la politique de réduction des risques⁽¹⁾. Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ont parallèlement été créés afin d'accueillir ces usagers, en complément des centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

(1) Article L. 3121-4 de code de la santé publique, issu de l'article 12 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

2. Un dispositif inspiré d'exemples étrangers

La première SCMR a ouvert en 1986 à Berne en Suisse, puis d'autres salles ont rapidement ouvert en Allemagne et aux Pays-Bas. Depuis, douze pays, dont dix en Europe occidentale ainsi que le Canada et l'Australie, ont expérimenté une SCMR pour un total de plus de 130 SCMR en 2021.

De nombreuses études ont accompagné la mise en place de ces centres à l'étranger, amenant l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), dans un rapport publié en 2010, à considérer que ces centres « *contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins des usagers de drogues injectées, par leur offre de soins de base et par leur activité de relais vers des structures plus spécialisées* »⁽¹⁾.

Suite à cette préconisation, en 2012, l'expérimentation d'une SCMR est intégrée au plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives pour 2013-2017, la Ville de Paris s'étant d'ores et déjà déclarée candidate pour porter un tel projet. En octobre 2013, alors que le projet parisien est prêt à être mis en œuvre par voie réglementaire, le Conseil d'État rend un avis rappelant la nécessité d'une mesure législative pour autoriser cette expérimentation, au vu de l'interdiction pénale de consommation de drogues telle qu'établie par la loi de 1970.

3. Le dispositif expérimental adopté en 2016

a. L'encadrement législatif prévu par la loi du 26 janvier 2016

- L'article 43 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit qu'à titre expérimental, des CAARUD peuvent ouvrir des SCMR dans des locaux distincts de ceux utilisés dans le cadre de leurs missions de droit commun.

Cette expérimentation est limitée par la loi à six ans à compter de l'ouverture de la première salle.

Ces CAARUD doivent être désignés par arrêté du ministre chargé de la santé, en concertation avec le maire de la commune (ou le maire d'arrondissement le cas échéant) et après avis du directeur général de l'ARS.

Ces espaces sont destinés à accueillir des personnes majeures usagers de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants qui souhaitent bénéficier de conseils en réduction de risques.

- La responsabilité pénale des usagers comme des intervenants a été aménagée par la loi afin de permettre le fonctionnement de ces salles. Ces dispositions ont été précisées par une circulaire du 13 juillet 2016 de politique pénale.

(1) Inserm, *Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues*, 2010.

Une immunité pénale est ainsi prévue pour les usagers des SCMR, limitée aux faits d'usage et de détention pour usage commis dans l'enceinte des salles. Parallèlement, aux abords de la structure réglementée, seules les personnes fréquentant les salles de consommation et pouvant le prouver peuvent bénéficier, non d'une extension d'immunité pénale, mais d'une politique pénale adaptée tenant compte de l'objectif de réduction des risques poursuivi. Seul le transport d'une quantité de produit destinée à une consommation personnelle par un usager se rendant à la SCMR peut être admis aux abords immédiats de la salle. Dans ce périmètre, défini par les procureurs de la République concernés, la poursuite des personnes se rendant à la salle peut être considérée comme inopportune.

La loi prévoit également une immunité pénale des intervenants médico-sociaux de la SCMR qui est limitée aux faits de complicité d'usage illicite et de facilitation de l'usage illicite de stupéfiants.

b. Le cahier des charges

L'arrêté ministériel du 22 mars 2016 fixe le cahier des charges de l'expérimentation des SCMR en France.

Il fixe notamment les missions de la salle, ses conditions de fonctionnement (amplitude horaire, équipe pluridisciplinaire, présence des personnels, obligation de définir un règlement de fonctionnement aux items très précisément définis), les produits autorisés (produits illicites et médicaments détournés de leur usage) et le protocole à suivre.

Il prévoit notamment que l'usager doit énoncer et montrer à l'intervenant au moment de l'accueil le produit qu'il souhaite consommer, afin d'éviter qu'il n'entre dans la SCMR sans substance et incite au partage des produits. Une seule session de consommation (injection ou inhalation ou consommation par voie nasale) est autorisée par passage. Surtout, le cahier des charges rappelle que les intervenants ne peuvent procéder eux-mêmes aux gestes de l'injection.

Il précise également les partenariats et conventionnements (avec le SAMU, les urgences, les structures sociales et médico-sociales, etc.) qui doivent être formalisés.

Il prévoit enfin qu'un comité de pilotage local, composé de l'ensemble des parties prenantes, doit être institué pour chacune de ces salles.

B. L'ÉVALUATION DES DEUX SALLES EXISTANTES

Deux salles ont ouvert à la fin de l'année 2016, l'une à Paris, l'autre à Strasbourg. Depuis, d'autres projets ont émergé mais n'ont pas encore vu le jour, notamment à Bordeaux, Lille, Montpellier ou Marseille.

Le rapport résultant de l'évaluation prévue par le cahier des charges, commandé par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les

conduites addictives (MILDECA) et conduit par des chercheurs de l'Inserm, a été publié en mai 2021. ⁽¹⁾

Ce rapport comporte trois volets :

- une évaluation de l'efficacité des salles en termes de santé publique ;
- une étude coût-efficacité ;
- une évaluation de l'acceptabilité sociale de la SCMR.

Sur le plan sanitaire, les résultats de l'étude démontrent que les usagers injecteurs exposés à une SCMR déclarent moins de pratiques à risque, telles que les échanges de matériel usagé, que ceux n'y étant pas exposés. L'atteinte de ce résultat constitue l'un des objectifs majeurs des salles puisqu'il doit permettre de réduire l'incidence de personnes contaminées au VIH ou virus de l'hépatite C (VHC) au sein de cette population (11 % d'infections VIH et 6 % d'infections au VHC évitées sur dix ans). En ce qui concerne les complications suite à une injection, les salles ont permis de réduire fortement les risques d'abcès pour les usagers et d'overdoses non fatales. De ces deux bénéfices directs sur la santé des usagers résulte une diminution de leurs passages aux urgences.

Les coûts médicaux évités sont ainsi évalués par l'Inserm à 11 millions d'euros sur une période de dix ans pour les deux salles.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. UNE EXPÉRIMENTATION PROLONGÉE ET ASSOUPLIE

Le 1^o du présent article modifie l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Il prolonge l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2025 au plus tard.

L'évaluation préalable souligne que ce prolongement permettra d'enrichir le cadre expérimental de nouvelles modalités de fonctionnement. Elle souligne notamment que cette nouvelle phase d'expérimentation « *pourrait en outre permettre d'examiner des réponses mieux adaptées aux problématiques spécifiques des usagers de crack, pour lesquels aucune solution spécifique n'avait pu être testée dans le cadre de l'expérimentation initiale* » (bien que ces salles aient été ouvertes aux usagers autres qu'injecteurs en 2019, et qu'un espace d'inhalation existe aujourd'hui dans les deux salles déjà ouvertes) ⁽²⁾.

(1) Salles de consommation à moindre risque en France : rapport scientifique, Inserm, mai 2021.

(2) Arrêté du 15 juillet 2019 modifiant l'arrêté du 22 mars 2016 portant approbation du cahier des charges national relatif à l'expérimentation d'espaces de réduction des risques par usage supervisé, autrement appelés « salles de consommation à moindre risque ».

Il supprime la disposition qui prévoit actuellement qu'une SCMR ne peut être ouverte par un CAARUD que dans des locaux distincts de ceux utilisés dans le cadre de ses missions de droit commun, et précise que l'expérimentation peut porter sur des espaces situés dans les locaux du CAARUD ou des locaux distincts, et peuvent également prendre la forme de structures mobiles. Des dispositifs mobiles ont ainsi été mis en place, à Barcelone, Lisbonne ou Berlin.

Mme Caroline Janvier et M. Stéphane Viry, dans leur communication présentée à la commission des affaires sociales ⁽¹⁾, soulignaient que permettre à des CAARUD d'ouvrir de telles salles directement dans leurs locaux aurait trois avantages :

- cela diminuerait le coût des salles en permettant des économies d'échelle. Le rapport de l'Inserm précité concluait ainsi que le rapport coût-efficacité des SCMR pourrait être amélioré par l'ouverture d'espaces de consommation des structures déjà existantes pour la prise en charge des usagers de drogues ;

- cela permettrait un meilleur maillage sur le territoire ;

- cela éviterait d'ouvrir de nouvelles structures, avec les crispations que cela peut entraîner.

Ils soulignaient également que les structures mobiles auraient pour avantage de limiter les points de fixation et de pratiquer davantage d'« d'aller-vers ».

Enfin, le présent article explicite la mission d'accès aux soins des usagers confiée à ces espaces. Si le cahier des charges de l'expérimentation prévoit déjà, parmi les missions des salles, celle d'« *encourager et faciliter l'accès aux soins somatiques, psychologiques et l'accès aux traitements des dépendances des usagers les plus précaires* », cette mission d'accès aux soins devient ici centrale. Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, le nouveau cahier des charges renforcera ainsi l'inscription de ces dispositifs dans un parcours de soins somatiques et psychiatriques, formalisé avec les structures partenaires. Ces structures auront notamment l'obligation de signer une convention avec les CSAPA pour favoriser le passage des usagers vers un parcours de prise en charge en addictologie.

Il en sera de même pour favoriser la prise en charge sociale des usagers, en particulier en proposant un accompagnement vers des structures d'hébergement.

Il supprime également le terme de SCMR, lui préférant celui de « halte "soins addictions" » (le 2^o effectue les coordinations nécessitées par ce changement de terminologie).

(1) Communication du 14 septembre 2021, <https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/404352/3940929/version/1/file/Communication+Mme+Janvier+et+M+Viry+mission+flash.pdf>.

B. LE FINANCEMENT DE L'EXPÉRIMENTATION

1. Le financement des deux salles actuelles

Comme les CSAPA et CAARUD, les dépenses de fonctionnement des deux salles sont financées sur crédits de l'ONDAM médico-social spécifique. Les collectivités territoriales ont quant à elles pris en charge les dépenses d'investissement liées à la mise en place des SCMR.

Selon les informations transmises au rapporteur général :

– à leur ouverture, le coût de fonctionnement annuel des salles de Paris et de Strasbourg était respectivement de 1 200 000 euros et 950 000 euros ;

– en 2018, 300 000 euros supplémentaires ont été délégués à la salle de Paris pour tenir compte de l'extension de ses horaires, portant le coût de fonctionnement annuel de la salle parisienne à 1,5 million d'euros ;

– en 2021, des crédits à hauteur de 700 000 euros ont été délégués pour couvrir l'extension des horaires de la SCMR de Strasbourg. Le coût de fonctionnement annuel de la salle de Strasbourg a ainsi été porté à 1 650 000 euros. Cette extension se fait en complémentarité avec un projet d'hébergement (projet financé, de manière distincte, par des crédits issus du fonds innovation du système de santé).

2. Le financement prévu par le présent article

L'évaluation préalable annexée au présent projet de loi prévoit un budget de fonctionnement de 2 millions d'euros supplémentaires chaque année, sur la base d'un coût de fonctionnement de 1 million d'euros par an pour chaque salle. Sur cette base, l'ouverture de deux salles par an entre 2022 et 2025 serait donc possible.

*

* *

Article 44

Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans

Adopté par la commission avec modification

Le présent article propose la prise en charge en tiers payant de l'ensemble des frais liés à la contraception pour les femmes de moins de 26 ans – consultations de prescription ou de suivi, prescription d'un contraceptif, actes de biologie, de pose ou de retrait d'un contraceptif –, alors que cette gratuité était jusqu'alors réservée aux mineures.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DES FRAIS LIÉS À LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES

À l'heure actuelle, aux termes du 21° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, seules les assurées mineures bénéficient d'une prise en charge intégrale et d'une dispense d'avance de frais pour obtenir une contraception ou réaliser des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive. Cette contraception ou ces examens peuvent être prescrits soit par un médecin, en application de l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale, soit par une sage-femme, en application de l'article L. 162-8-1 du même code.

A. PLUSIEURS DISPOSITIONS LÉGISLATIVES ONT PROGRESSIVEMENT LEVÉ LES FREINS D'ACCÈS À LA CONTRACEPTION POUR LES MINEURES

● Depuis 2013, plusieurs dispositions législatives ont progressivement levé l'ensemble des freins d'accès à la contraception pour les mineures :

– la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013 ⁽¹⁾ a prévu la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des contraceptifs remboursables pour les assurées mineures d'au moins 15 ans. Elle a également garanti le secret de leur délivrance et de leur prise en charge. Elle n'a néanmoins pas prévu la prise en charge intégrale des consultations et examens médicaux préalables à la prescription d'un contraceptif ;

– afin d'éviter aux assurées d'avancer des frais médicaux trop importants, la LFSS 2014 ⁽²⁾ a instauré, pour les mineures de plus de 15 ans, le tiers payant sur la part des dépenses prise en charge par les régimes de base pour les consultations et examens biologiques réalisés en vue de la prescription de contraceptifs. Les assurées devaient néanmoins encore avancer la somme correspondant au ticket modérateur ;

(1) Article 52 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Article 55 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

– la LFSS 2016 ⁽¹⁾ a supprimé, toujours pour les mineures de plus de 15 ans, toute participation financière pour les consultations et éventuels examens biologiques réalisés dans le cadre de la prescription d'un contraceptif. Elle a également étendu le principe de la protection par le secret, déjà en vigueur pour la délivrance des contraceptifs, à ces consultations et à ces actes ainsi qu'à leur prise en charge par l'assurance maladie ;

– afin de remédier aux difficultés d'accès à la contraception que pouvaient rencontrer les mineures de moins de 15 ans, la LFSS 2020 ⁽²⁾ a prévu la prise en charge en tiers payant de l'ensemble des frais liés à la contraception pour les jeunes filles mineures.

● Les frais intégralement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et sans avance de frais pour les assurées mineures sont détaillés au 5° de l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale. Il s'agit :

– des frais relatifs à une consultation annuelle du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examen de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive ;

– des frais relatifs à une consultation de suivi par un médecin ou une sage-femme la première année d'accès à la contraception ;

– des frais relatifs aux examens de biologie médicale comportant un dosage du cholestérol total et des triglycérides et une glycémie à jeun, réalisés en vue d'une prescription contraceptive et dans la limite d'une fois par an ;

– des frais relatifs aux actes du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif ;

– des frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive inscrites sur la liste des spécialités remboursables prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 ainsi que des dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1.

Ne sont en effet remboursés à 100 % que les contraceptifs pris en charge par la sécurité sociale et qui ont donc fait l'objet d'une évaluation par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé pour déterminer leur service médical rendu. À noter que les complémentaires santé peuvent éventuellement prendre en charge tout ou partie des frais qui ne sont pas remboursés par l'assurance maladie obligatoire, si le contrat souscrit le prévoit.

(1) Article 64 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

(2) Article 47 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

LA PRISE EN CHARGE DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS DE CONTRACEPTION

| Dispositifs | Prise en charge par l'assurance maladie |
|---|--|
| Dispositif intra-utérin (stérilet) | Oui, sur ordonnance (prise en charge à 65 % et à 100 % pour les mineures) |
| Pilule | Certaines pilules sont remboursées à 65 % sur ordonnance (ces mêmes pilules sont remboursées à 100 % par les mineures) |
| Patch | Non |
| Implant | Oui, sur ordonnance (prise en charge à 65 % et à 100 % pour les mineures) |
| Anneau vaginal | Non |
| Diaphragme | Oui, sur ordonnance (prise en charge à 65 % et à 100 % pour les mineures) |
| Cape cervicale | Non |
| Préservatif masculin ⁽¹⁾ des marques Eden et Sortez couverts | Oui, sur ordonnance (prise en charge à 60 %) ⁽²⁾ |
| Préservatif féminin | Non |
| Spermicides | Non |
| Progestatifs injectables | Non |

⁽¹⁾ Les préservatifs masculins sont gratuits dans les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) et dans les centres de dépistage anonyme et gratuit (CeGGID). À noter également que d'autres contraceptifs sont gratuits dans les CPEF pour les femmes majeures n'ayant pas d'assurance maladie.

⁽²⁾ Les préservatifs masculins remboursables des marques Eden et Sortez couverts ne sont pas pris en charge à 100 % pour les mineures. En effet, l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale, qui précise la liste des frais exonérés pour les mineures, renvoie aux dispositifs médicaux à visée contraceptive inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Les préservatifs masculins des marques Eden et Sortez couverts sont bien inscrits à la LPPR mais pour une indication de prévention des infections sexuellement transmissibles et non pour une visée contraceptive. Les mineurs comme les mineures s'acquittent donc aujourd'hui, comme les autres assurés, d'un ticket modérateur de 40 % sur les préservatifs de ces deux marques.

B. UNE DISTINCTION SELON L'ÂGE DIFFICILE À JUSTIFIER ET PEU PROPICE À LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES CHEZ LES JEUNES FEMMES DE 18 À 25 ANS

Le basculement à 18 ans dans le régime de droit commun (fin de la gratuité de la contraception et du tiers payant) pose question en termes de santé publique. Il n'apparaît pas justifié, ni au regard des pratiques sexuelles et contraceptives, ni au regard de la situation économique des assurées.

Un certain nombre d'études montrent ainsi que l'absence de moyens de contraception est plus élevée chez les femmes de 20 à 24 ans (4,3 %) que chez les femmes de 15 à 19 ans (2,3 %) ⁽¹⁾ et que le recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est beaucoup plus élevé chez les 18-24 ans qu'entre 15-17 ans ⁽²⁾.

(1) Baromètre santé 2016 Contraception, santé publique France.

(2) « L'accès gratuit et confidentiel à la contraception pour les mineures », Igas, avril 2015. D'après l'Igas, le recours à l'IVG est, par rapport aux 15-17 ans, plus de deux fois plus élevé pour les 18-19 ans et plus de trois fois élevé pour les 20-24 ans.

Les freins économiques et financiers sont l'une des explications aux difficultés d'accès à la contraception que rencontrent les assurées entre 18 et 25 ans. Cette tranche d'âge est en effet caractérisée par le maintien d'une faible autonomie financière et d'une situation économique fragile. Comme le rappelle l'étude d'impact du présent projet de loi, le taux de chômage est aux alentours de 20 % pour les 15-24 ans en 2020, contre 8 % pour l'ensemble de la population.

Cet article vise donc à étendre à l'ensemble des assurées de moins de 26 ans la gratuité de la contraception et de l'ensemble des frais qui y sont liés. Il s'inscrit dans un programme d'action plus vaste en matière d'éducation à la sexualité et d'information sur la contraception que le Gouvernement a d'ores et déjà commencé à mettre en œuvre. L'expérimentation d'une consultation longue sur la santé sexuelle pour les assurées de 15 à 18 ans est, pour rappel, prévue par l'article 72 de la LFSS 2021 ⁽¹⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : ÉTENDRE À L'ENSEMBLE DES ASSURÉES JUSQU'À 25 ANS LA GRATUITÉ DE LA CONTRACEPTION ET DE L'ENSEMBLE DES FRAIS QUI Y SONT LIÉS

A. L'EXTENSION DE LA GRATUITÉ ET DU TIERS PAYANT

Le I étend à l'ensemble des assurées de moins de 26 ans la gratuité de la contraception et de l'ensemble des frais qui y sont liés.

À cette fin, le 1^o du I modifie l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale et fait passer de 18 à 26 ans l'âge en deçà duquel les assurées peuvent bénéficier de la dispense des « *frais d'acquisition de certains contraceptifs* » et des « *frais relatifs aux actes et consultations* » afférents.

Les 2^o et 3^o du I effectuent la même modification à l'article L. 162-4-5 du code de la sécurité sociale, qui précise les conditions de prescription de contraceptifs par les médecins, et à l'article L. 162-8-1 du même code, qui adapte ces modalités pour les sages-femmes.

Désormais, les médecins et sages-femmes qui prescriront à une assurée de moins de 26 ans un contraceptif remboursable ou qui lui prescriront des examens de biologie médicale en vue d'une prescription contraceptive seront tenus de faire bénéficier cette assurée d'une dispense d'avance des frais sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie. Ils seront également tenus de la faire bénéficier de cette dispense pour les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif. Cette dispense sera prise en charge, comme pour les mineures, par l'assurance maladie *via* le moyen d'identification électronique du praticien. À noter que le biologiste médical qui effectue les examens en vue d'une prescription contraceptive sera également tenu de pratiquer le tiers payant.

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Le rapporteur général se félicite de cette mesure qui facilitera l'accès à une méthode de contraception choisie pour toutes les jeunes femmes de moins de 26 ans. Il rappelle qu'il n'y a pas besoin de prévoir la protection par le secret pour la délivrance de contraceptifs aux assurées de moins de 26 ans, dans la mesure où les assurées majeures disposent de relevés de remboursements de l'assurance maladie obligatoire distincts de ceux de leurs parents.

B. L'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA MESURE

Le **II** prévoit que la gratuité de la contraception et des consultations et actes liés pour l'ensemble des assurées de moins de 26 ans entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

La mesure sera applicable en métropole ainsi qu'en Guadeloupe, en Martinique, en Guyane, à La Réunion, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy, à Mayotte ⁽¹⁾ et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

C. LE COÛT PRÉVISIONNEL DE LA MESURE

L'étude d'impact estime à environ 21 millions d'euros par an, à compter de 2022, le surcoût engendré par l'extension de la prise en charge intégrale aux assurées majeures de moins de 26 ans.

*

* *

(1) Un décret modifiant le décret n° 2004-942 du 3 septembre 2004 portant application de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte afin de transposer cette mesure à Mayotte.

Article 45

Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

Adopté par la commission sans modification

L'article 45 introduit plusieurs mesures relatives au recours à la complémentaire santé solidaire, et visant plus généralement à améliorer l'accès aux soins.

En ce qui concerne la complémentaire santé solidaire :

- il prévoit l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf option contraire de leur part, et la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;
- il autorise l'interruption en cours d'année d'un contrat de complémentaire santé solidaire ;
- il simplifie les circuits de financement de la complémentaire santé solidaire ;
- il précise les règles relatives aux contentieux liés à ce dispositif.

Deux autres mesures sont également proposées :

- la simplification de la prise en charge des frais de santé des enfants nés en détention et restant auprès de leurs mères écrouées ;
- la possibilité pour les caisses du régime agricole de faire bénéficier à leurs assurés en situation de grande précarité d'une remise sur leurs indus.

I. DISPOSITIONS RELATIVES À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

A. LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

● Afin d'offrir une protection complémentaire en matière de santé aux personnes résidant de manière stable et régulière en France et disposant de ressources insuffisantes pour bénéficier d'une mutuelle classique, la loi du 27 juillet 1999 ⁽¹⁾ a créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C).

Par la suite, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée par la loi du 13 août 2004 ⁽²⁾ à destination des personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond prévu pour la CMU-C.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽³⁾ a fusionné, à compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS en un nouveau dispositif : la complémentaire solidaire (CSS).

● La CSS prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond (754 euros

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(2) Article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(3) Article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

mensuels pour une personne seule en métropole depuis le 1^{er} avril 2021) qui bénéficient d'une couverture maladie de base. Les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CSS sans participation et 35 % de ce plafond (entre 754 euros et 1 017 euros par mois pour une personne seule en métropole), peuvent bénéficier de cette même couverture sous réserve qu'elles s'acquittent d'une participation financière dont le montant, fixé par arrêté, varie en fonction de l'âge du bénéficiaire.

Les bénéficiaires de la CSS peuvent choisir, pour leur protection complémentaire, de recourir à leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme de protection sociale complémentaire.

B. RENFORCER LE RECOURS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE POUR LES BÉNÉFICIAIRES DE MINIMA SOCIAUX

La CSS compte aujourd'hui 7,31 millions de bénéficiaires. Parmi ces derniers, 5,92 millions sont protégés par la complémentaire santé sans participation financière. Toutefois, selon l'évaluation préalable, 12 millions de personnes seraient potentiellement éligibles à la CSS.

Le présent article vise à augmenter le taux de recours à la CSS, en particulier chez les assurés les plus précaires.

1. Le droit existant

a. Un accès déjà facilité

- Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) bénéficiaient d'ores et déjà d'un accès de plein droit à la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM). Cet accès de plein droit est resté consacré en ce qui concerne la CSS sans participation forfaitaire, en application du dernier alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

De fait, pour une personne seule en métropole, le RSA s'élève à 565,34 euros par mois au 1^{er} avril 2021, alors que le plafond mensuel de ressources pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire est de 754 euros.

Il suffit, pour ces allocataires, de joindre à leur demande de CSS l'attestation remise par leur caisse d'allocations familiales ou de mutualité sociale agricole prouvant qu'ils sont bénéficiaires du RSA.

Les bénéficiaires du RSA mais également de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) bénéficient par ailleurs d'un renouvellement automatique de la CSS, dès lors qu'ils continuent de bénéficier de l'une de ces allocations.

En effet, les bénéficiaires de l'ASPA disposent d'une allocation mensuelle maximum de 906 euros, et sont donc pour leur grande majorité éligibles à la complémentaire santé solidaire participative : comme le rappelle l'évaluation

préalable, seule la perception de revenus professionnels peut conduire des bénéficiaires de l'ASPA à disposer de ressources qui leur feraient dépasser ce seuil, mais cette situation reste très marginale (quelques milliers de bénéficiaires).

b. Un non-recours qui reste problématique

Malgré ces dispositifs, d'importantes marges de manœuvre semblent perdurer pour améliorer le recours à la CSS.

En effet, alors que seulement 4 % de la population française n'est pas couverte par une complémentaire santé, le taux de non-couverture est en revanche de 13 % parmi les chômeurs, de 9 % parmi les inactifs en âge de travailler et de 11 % au sein du premier décile de niveau de vie ⁽¹⁾.

Si les derniers chiffres publiés sur le sujet sont malheureusement trop anciens, ce que le rapporteur général ne peut que déplorer, ils restent malgré tout éclairants.

Ainsi, en 2012, 8,1 % des bénéficiaires du RSA socle non majoré et 21,3 % des bénéficiaires de l'ASPA ne disposaient d'aucune complémentaire santé. Parmi les motifs du non-recours à la CMU-C alors évoqués par les allocataires du RSA socle, 9 % considéraient que les démarches étaient trop complexes, et 20 % pensaient que leurs revenus étaient trop élevés ⁽²⁾. L'impact de ce non-recours sur l'accès aux soins apparaissait alors majeur : ainsi, si quatre bénéficiaires sur dix de minima sociaux sans complémentaire santé ni prise en charge à 100 % par la sécurité sociale déclaraient avoir renoncé à consulter un médecin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, la proportion tombait à 20 % parmi les bénéficiaires ayant souscrit une couverture complémentaire hors CMU-C et à 12 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C.

En ce qui concerne les bénéficiaires de l'ASPA, l'augmentation du taux de recours à la CSS est d'autant plus un enjeu important que la très grande majorité des contrats de complémentaires individuels sont tarifés en fonction de l'âge et conduisent à une forte augmentation des tarifs après 60 ans. Ainsi, selon les données de la DREES, « *les retraités paient des primes plus élevées que les non-retraités et le taux d'effort des ménages, c'est-à-dire la part des dépenses de santé dans le revenu disponible, est plus élevé pour les ménages retraités (5,6 %) que pour les ménages non retraités (2,9 %). Le taux d'effort des ménages retraités appartenant aux 20 % des ménages les plus modestes atteint même 10,8 %.* » ⁽³⁾

(1) DREES, *Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise*, octobre 2020.

(2) DREES, *La couverture santé des bénéficiaires de minima sociaux*, 2016.

(3) DREES, *La couverture complémentaire des ménages retraités*, 2016.

2. Le droit proposé

a. L'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA

Le **a** du 4° du **I** instaure un changement de paradigme en prévoyant l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du RSA, avec un système d'« opt-out » et non plus d'« opt-in ».

Il complète pour cela l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir que le droit à la protection complémentaire en matière de santé est attribué automatiquement aux bénéficiaires du RSA, sauf opposition expresse de leur part, selon des modalités déterminées par décret.

Selon l'évaluation préalable, les procédures d'attribution différeront selon la modalité de demande de RSA choisie :

– « pour les demandes de RSA faites via le téléservice (2/3 des demandes) ou via @RSA (12 % des demandes), lors d'un rendez-vous des droits en CAF, l'attribution serait immédiate, ainsi que le choix de l'organisme gestionnaire (un défaut de choix d'organisme complémentaire impliquera une gestion par l'assurance maladie), sauf option contraire qui devra être explicite ;

– « pour les demandes de RSA par voie papier (20 % des demandes), le formulaire de demande de RSA serait modifié pour que les intéressés puissent refuser le cas échéant le bénéfice de la complémentaire santé solidaire. Ils pourront aussi exprimer le choix d'un organisme gestionnaire. »

Le **III** précise que cette attribution automatique interviendra à compter du 1^{er} janvier 2022.

Seul le contenu de la demande en ligne sera modifié puisqu'il existe déjà un module permettant de demander la complémentaire santé solidaire au sein du module de demande de RSA.

En revanche, les formulaires papier devront être davantage adaptés car ils ne permettent pas à l'heure actuelle de demander la CSS. Dans l'attente de l'évolution des systèmes d'informations des organismes de sécurité sociale pour les demandes de RSA effectuées par voie papier, il est donc proposé de mettre en place une disposition transitoire : les bénéficiaires du RSA seront informés de l'attribution de leur droit à la CSS et devront transmettre uniquement la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire pour finaliser leur ouverture de droit.

b. Facilitation de l'accès à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires de l'ASPA

Le **b** du 4° du **I** modifie l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale afin de consacrer une présomption de droit à la CSS participative pour les bénéficiaires

de l'ASPA, à condition qu'ils n'aient pas exercé d'activité professionnelle au cours d'une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.

Dans la pratique, les allocataires de l'ASPA bénéficieront d'une présomption de droits à la CSS participative.

Ainsi, les coordonnées des bénéficiaires de l'ASPA seront transmises tous les mois aux caisses d'assurance maladie par les caisses d'assurance vieillesse.

D'après l'évaluation préalable,

– « *si le bénéficiaire est déjà couvert par un organisme complémentaire et que ce dernier est inscrit sur la liste des gestionnaires [de la CSS], les caisses d'assurance maladie signaleront l'existence de l'offre de la CSS et ses caractéristiques [...], l'organisme complémentaire lui adressant son bulletin d'adhésion et son mandat de prélèvement à renvoyer s'il souhaite bénéficier du droit ;*

– « *si l'assuré ne dispose pas d'un organisme complémentaire gérant la CSS, la caisse d'assurance maladie le contactera et l'informerá de la possibilité qui lui est offerte s'il le souhaite soit de choisir un organisme gestionnaire de la liste, soit de renvoyer le mandat de prélèvement ou le bulletin d'adhésion à la caisse [...]* ;

– « *enfin, les assurés sans complémentaire santé se verront proposer la CSS afin de lever pleinement les freins financiers à leur accès aux soins. »*

Les caisses effectueront toutefois des contrôles sur les revenus des bénéficiaires pour s'assurer qu'ils ne dépassent pas le plafond de la CSS du fait de revenus professionnels.

Le **III** prévoit que ces dispositions entreront en vigueur au titre des allocations attribuées à compter du 1^{er} avril 2022.

C. MODALITÉS DE RÉSILIATION DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de complémentaire santé a consacré la possibilité de résilier sans frais à tout moment – au-delà de la première année de souscription – les contrats de complémentaire santé. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} décembre 2020.

Les contrats de CSS, qui ne courent que pour une durée d'un an et ne sont pas reconductibles (article L. 861-5 du code de la sécurité sociale), ne sont pas inclus dans le champ de cette loi. Il n'est dès lors pas possible de résilier la CSS en cours d'année, contrairement aux autres complémentaires, ce qui apparaît désavantageux pour les assurés concernés.

Le présent article améliore donc les droits des bénéficiaires de la CSS sur ce point. Le **b** du **5°** du **I** précise ainsi à l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale que le droit à la CSS peut être résilié à tout moment, sans frais, par le demandeur. Il précise que cette résiliation s'effectue auprès de l'organisme gestionnaire par tout moyen conférant date certaine à la réception de celle-ci, et que l'organisme gestionnaire met fin au droit à la CSS au dernier jour du mois de la réception de cette demande.

Les modalités d'ouverture d'un nouveau droit à la CSS faisant suite à une résiliation seront précisées par décret. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, il s'agira ici de préciser qu'un assuré ne pourra pas résilier son contrat de complémentaire santé solidaire pour changer d'organisme complémentaire gestionnaire. Il s'agit bien d'une résiliation du contrat en cours visant à faciliter l'attribution de la CSS à titre gratuit ou la couverture par un organisme privé en cas de changement de la situation individuelle et financière du bénéficiaire au cours de l'année.

Le **a** du **5°** du **I** précise qu'un nouveau droit à la protection complémentaire en matière de santé (nouvelle admission ou renouvellement du droit) ne pourra pas être ouvert si l'assuré ne s'est pas acquitté de ses participations au titre de droits ouverts précédemment, sauf si une remise de dette a été accordée à l'assuré ou s'il a bénéficié d'une aide pour le paiement de ses participations au titre de l'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie en raison de sa situation de précarité (en cas d'octroi par la caisse de délais de paiement sur les participations dues par l'intéressé, celles-ci seront considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées).

En effet, en application de l'article R. 861-34 du code de la sécurité sociale, la fermeture des droits de complémentaire santé solidaire en cas de participations financières non acquittées fait échec à la procédure de renouvellement d'un droit de complémentaire santé solidaire. Néanmoins, la fermeture du droit de complémentaire santé solidaire n'intervient *a minima* qu'après quatre mois de non-paiement des participations. L'assuré est en droit de renouveler son contrat de complémentaire santé solidaire tant que la suspension de son contrat n'a pas été réalisée, si par exemple il n'a pas acquitté ses participations lors des trois mois précédant l'expiration de son droit à la complémentaire santé solidaire. Cette nouvelle disposition vise ainsi à sécuriser les impayés dans le cas d'une demande de renouvellement d'un contrat de complémentaire santé solidaire et d'éviter les successions de contrats de complémentaire santé solidaire avec des défauts de paiement, notamment en fin de droits.

Ces dispositions s'appliqueront à compter d'une date fixée par décret et au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2023 (**III**).

D. SIMPLIFICATION DES CIRCUITS DE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

1. Le droit existant

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, un « fonds de financement de la complémentaire santé solidaire » rattaché à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) est venu remplacer le fonds CSS supprimé au 1^{er} janvier 2021. Le fait d'isoler le financement de la CSS dans un fonds dédié au sein de la CNAM permet une gestion comptable des dépenses et des recettes de la CSS distincte de celle de l'assurance maladie.

Si les caisses d'assurance maladie et les organismes de protection sociale complémentaire versent directement aux bénéficiaires de la CSS l'aide à laquelle ils ont le droit, c'est bien ce fonds de financement qui finance les dépenses de CSS.

Ce fonds est financé par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire. Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie, qui la versent annuellement à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

Les dépenses du fonds de financement consistent quant à elles à rembourser les dépenses de CSS prises en charge par les organismes gestionnaires que sont les organismes complémentaires ou les caisses d'assurance maladie. Dans la pratique, les organismes complémentaires déduisent les dépenses de CSS qu'ils prennent en charge des montants qu'ils doivent chaque trimestre au titre de la TSA.

Les dépenses remboursées par le fonds aux organismes gestionnaires sont minorées du montant des participations financières dues par certains bénéficiaires à l'organisme assurant leur protection complémentaire. L'assurance maladie compense également les organismes gestionnaires des frais de gestion qu'ils doivent supporter, sur la base d'un coefficient fixé par arrêté pris après avis de l'UNOCAM.

Concrètement, ce fonctionnement occasionne une multiplicité de flux financiers croisés entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie obligatoire :

– d'un côté, l'assurance maladie avance les frais de santé dans le cadre du tiers payant pour les bénéficiaires de la CSS et facture ensuite à chaque organisme complémentaire les montants à sa charge. En effet, comme le souligne l'évaluation préalable, « *dans le cadre du tiers payant intégral coordonné par l'assurance maladie obligatoire, qui représente 99,5 % des prestations et actes réalisés pour le compte des bénéficiaires de la CSS, ce sont en réalité les organismes obligatoires qui avancent la part complémentaire de la dépense en santé, celle-ci étant ensuite facturée aux organismes* ». L'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale précise en effet que les bénéficiaires de la CSS bénéficient du tiers payant à condition de respecter le parcours de soins coordonné. Ils sont donc dispensés d'avance de frais ;

– d’un autre côté, les organismes complémentaires déduisent les dépenses au titre de la CSS du montant dû au titre de la TSA dont le solde est *in fine* reversé à la CNAM. Or les montants déduits par les organismes complémentaires sont proches, par construction, des sommes facturées par l’assurance maladie.

2. Le droit proposé

Le 6° du I du présent article vient simplifier ces flux financiers.

Il prévoit que les dépenses du fonds de financement de la CSS pourront être de trois ordres :

– le remboursement aux caisses d’assurance maladie autre que celles du régime général lorsque l’assuré ne relève pas de ce dernier. Dans ces situations, les régimes de base concernés prendront en charge les dépenses (y compris le tiers payant) et seront remboursées par le fonds de financement ;

– le remboursement de ces dépenses aux organismes complémentaires gestionnaires lorsqu’elles interviennent en dehors du tiers payant ;

– la prise en charge directe des dépenses réalisées par le biais du tiers payant pour les assurés du régime général ayant fait le choix de la prise en charge de la CSS par un organisme complémentaire. Dans ces situations, la CNAM inscrira donc directement dans le compte du fonds les dépenses réalisées par le biais du tiers payant intégral.

Ainsi, la grande majorité de ces dépenses seront directement prises en charge par le fonds CSS de la CNAM. L’organisme complémentaire n’aura pas besoin de rembourser la caisse d’assurance maladie et n’aura pas non plus besoin de déduire ses dépenses de CSS du montant total dû au titre de la TSA. Seules les dépenses réalisées en dehors du tiers payant intégral continueront donc de faire l’objet de déduction de TSA et de remboursement aux organismes complémentaires, dans des conditions qui seront précisées par décret.

En revanche, cette simplification du système de financement ne viendra pas remettre en cause la relation des complémentaires avec leurs adhérents bénéficiaires de la CSS. Le 7° du I modifie en effet l’article L. 862-7 du code de la sécurité sociale afin de préciser que les caisses d’assurance maladie informeront les organismes complémentaires gestionnaires du dispositif. Cela permettra à ces organismes de continuer à répondre aux sollicitations de leurs bénéficiaires sur leurs remboursements.

Par ailleurs, l’évaluation préalable rappelle que le recouvrement de la participation à la CSS participative continuera à être assuré par les organismes complémentaires pour les assurés concernés.

Ces dispositions s’appliqueront à compter d’une date fixée par décret et au plus tard à partir du 1^{er} janvier 2023 (III).

E. CONTENTIEUX DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Aujourd'hui, l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale dispose que le contentieux de l'admission à l'aide sociale, en ce qui concerne le code de la sécurité sociale, comprend les litiges relatifs aux décisions prises en application de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale. Ce renvoi n'inclut que les décisions d'attribution de la CSS, et n'inclut donc pas les autres décisions prises en matière de CSS (décisions de fermeture de droit, décisions relatives aux demandes de remise, décisions de réduction de dette ou décision ordonnant le reversement d'une prestation versée à tort par exemple).

En pratique, ces décisions sont toutefois assimilées au contentieux de l'admission à l'aide sociale.

Le 1^o du I permet de clarifier et d'unifier le contentieux lié à la CSS. Il modifie l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale et dispose que relèvent du contentieux de l'admission à l'aide sociale l'ensemble des décisions relatives à la complémentaire santé solidaire.

Ces dispositions concerneront les recours introduits à compter du 1^{er} janvier 2022 (III).

II. AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ACCÈS AUX DROITS

A. PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE SANTÉ POUR LES ENFANTS NÉS EN DÉTENTION QUI RESTENT AVEC LEUR MÈRE ÉCROUÉE

La loi relative à la santé publique et à la protection sociale de 1994 a consacré le principe de l'affiliation obligatoire des personnes détenues au régime général de l'assurance maladie. L'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que « *les personnes écrouées bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé assurée par le régime général à compter de la date de leur mise sous écrou* ».

Depuis 2017, la gestion de ces assurés a été confiée au Centre national des personnes écrouées (CNPE), constitué de deux pôles au niveau des CPAM du Lot et de l'Oise ⁽¹⁾.

Les droits des enfants nés en détention d'une mère en situation régulière sont gérés par le CNPE tant qu'ils séjournent auprès de leur mère. Ensuite, il est procédé par le CNPE au « détachement » de ces ayants droit pour qu'ils continuent d'être gérés par la caisse de leur lieu de résidence ⁽²⁾.

(1) Arrêté du 10 août 2017 modifiant l'arrêté du 6 mars 1995 fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse d'assurance maladie autre que la caisse du lieu de résidence.

(2) Note d'information DGS/DGOS/DGCS/DSS/DACG/DAP/DPJJ du 29 avril 2019 relative à l'actualisation du guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.

L'affiliation au régime général des personnes écrouées ne dépend pas de la situation régulière ou irrégulière vis-à-vis du droit au séjour des étrangers en France de la personne. En revanche, le dernier alinéa de l'article L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale précise qu'en ce qui concerne les personnes écrouées en situation irrégulière, leurs ayants droit ne peuvent bénéficier de leur affiliation au régime général. Les enfants nés en détention de mère en situation irrégulière sont donc couverts par l'aide médicale de l'État et rattachés à la caisse de leur lieu de résidence. L'évaluation préalable souligne que « *la dissociation du dossier mère/enfant entraîne ainsi un risque de rupture de droits pour l'enfant à l'expiration des droits AME, et empêche le CNPE de veiller à la réalisation des examens de santé obligatoires de l'enfant* ».

Le présent article clarifie ces situations.

Le 2° du I modifie l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale. Il précise que la prise en charge des frais de santé bénéficie dans les mêmes conditions aux enfants nés en détention durant toute la durée du séjour auprès de leur mère écrouée.

Le 3° du I précise à l'article L. 381-30-1 que ces enfants bénéficient du tiers payant intégral dont bénéficient les personnes écrouées depuis le 1^{er} janvier 2016. Il supprime l'alinéa de cet article qui dispose que pour les personnes écrouées en situation irrégulière, leurs ayants droit ne peuvent bénéficier de leur affiliation au régime général.

Ces dispositions entreront en vigueur dès le 1^{er} janvier 2022 (III).

B. REMISE DES INDUS POUR PRÉCARITÉ DES ASSURÉS DU RÉGIME AGRICOLE

L'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale prévoit, pour le régime général, qu'à l'exception des cotisations et majorations de retard, les créances des caisses nées de l'application de la législation de sécurité sociale peuvent être réduites en cas de précarité de la situation du débiteur par décision motivée par la caisse, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

À défaut de disposition spécifique au sein du code rural et de la pêche maritime, les caisses de mutualité sociale agricole (MSA) ne peuvent aujourd'hui procéder à de telles remises d'indus qu'en les finançant sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale.

Le II du présent article modifie en ce sens l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime relatif au recouvrement des indus. Il prévoit qu'en cas de précarité de la situation des bénéficiaires, les organismes de la MSA peuvent réduire les créances issues de ce recouvrement d'indus dans les conditions prévues à l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale.

*

* *

CHAPITRE V

Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 46

Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

Adopté par la commission sans modification

Le présent article adapte et prolonge le dispositif dit de « prise en charge exceptionnelle » permettant au Gouvernement de mettre en place, par décret, des règles de prise en charge renforcée, dérogatoires aux règles de droit commun, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

Il permet à l'ensemble des agents employés par des employeurs publics et parapublics de bénéficier des dérogations prévues par décret en matière de versement des prestations en espèces.

Il prolonge jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2022 les mesures dérogatoires prises par décret en 2021 sur le fondement du dispositif de prise en charge exceptionnelle.

Dans le cas où des modifications substantielles des mesures dérogatoires prises en 2021 venaient à être nécessaires, cet article habilite le Gouvernement à les prendre par voie d'ordonnance.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXCEPTIONNELLE A FAIT L'OBJET D'AMÉLIORATIONS RÉCENTES

A. UN DISPOSITIF NOVATEUR MIS EN PLACE EN 2019

Afin de répondre à l'impératif de réactivité inhérent aux situations de crise, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽¹⁾ a prévu la possibilité de mettre en place, par décret, des règles de prise en charge renforcée, dérogatoires aux règles de droit commun, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

L'article L. 16-10-1 du code de la santé publique, créé par la loi précitée, prévoit ainsi qu'en cas de « risque sanitaire grave et exceptionnel » nécessitant la prise de mesures en urgence, un décret peut prévoir une prise en charge dérogatoire des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pendant une durée limitée à un an.

(1) Article 54 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

B. UN DISPOSITIF AMÉLIORÉ EN 2020 POUR RÉPONDRE DE MANIÈRE PLUS RAPIDE ET PLUS ADAPTÉE AUX RISQUES SANITAIRES GRAVES

1. Un dispositif d'une grande utilité pendant la crise sanitaire mais qui faisait face à un certain nombre de limites

Pendant la crise, le Gouvernement a rapidement pris par décret, sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du code de la santé publique, un certain nombre des mesures dérogatoires concernant les frais de santé et les prestations en espèces de l'assurance maladie. Les actes de télé-médecine pour les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus ont vu leur prise en charge renforcée. La participation des assurés à un certain nombre de frais de santé a été supprimée, notamment ceux liés aux tests sérologiques ou RT-PCR de dépistage du covid-19. Le Gouvernement a également supprimé le délai de carence relatif aux indemnités journalières pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de maintien à domicile et pour les parents d'enfant contraints de garder leur enfant.

Si le dispositif adopté en 2019 s'est révélé être extrêmement utile pour limiter les impacts de l'épidémie sur l'état de santé des assurés exposés et pour éviter la propagation du risque à l'ensemble de la population, il faisait face à cinq principales limites :

– les prises en charges exceptionnelles n'étaient possibles que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause. Le pouvoir réglementaire n'était donc pas compétent pour faire bénéficier d'une prise en charge renforcée par l'assurance maladie les actes indirectement liés à la covid-19 (comme, par exemple, les téléconsultations et actes de télésoin sans lien avec l'épidémie, mais rendus nécessaires par le confinement) ;

– le pouvoir réglementaire ne pouvait pas déroger aux règles d'ouverture ou de prolongation de droits en matière de santé. Or, les caisses de sécurité sociale, profondément affectées par les mesures de confinement, n'étaient pas toujours en mesure de répondre à l'ensemble des demandes de renouvellement de droits des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME) ;

– en matière de prestations en espèce, le pouvoir réglementaire ne pouvait que supprimer le délai de carence relatif au versement des indemnités journalières mais il ne pouvait pas modifier le calcul de la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées ;

– seules les personnes affiliées au régime général, les travailleurs indépendants et les personnes non salariées des professions agricoles pouvaient bénéficier des dérogations liées au versement de prestations maladie, maternité et décès en espèce. Pour que les personnes affiliées à un régime spécial puissent également bénéficier des mesures dérogatoires, ces dernières ont dû faire l'objet

d'une transposition *ad hoc* pendant la crise sanitaire, régime spécial par régime spécial ;

– le pouvoir réglementaire ne pouvait pas modifier les conditions et les modalités d'attribution du complément employeur ⁽¹⁾.

2. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 y a apporté un grand nombre d'améliorations

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 ⁽²⁾ a complété le dispositif adopté en 2019 afin de le rendre plus réactif et plus efficace :

– elle a rendu le dispositif plus souple, en permettant l'application rétroactive des dispositions dérogatoires pendant le mois précédant la publication du décret qui les prévoit. Elle a également dispensé les décrets prévoyant des mesures dérogatoires de toutes les consultations obligatoires prévues par des dispositions législatives ou réglementaires ;

– elle a élargi le champ des bénéficiaires des mesures dérogatoires en permettant aux bénéficiaires des régimes spéciaux de bénéficier des dérogations liées au versement de prestations en espèce. Elle a également donné la possibilité au pouvoir réglementaire de modifier les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à la protection universelle maladie (PUMa) ;

– elle a étendu le champ des dérogations possibles. Elle a permis au pouvoir réglementaire de décider d'une prise en charge par l'assurance maladie d'actes et de prestations de santé qui ne sont, dans le droit commun, pas du tout prises en charge. Elle a ouvert la possibilité de déroger, par la voie réglementaire, aux conditions ainsi qu'aux durées d'attribution des droits à la CSS, à l'AME et aux soins urgents. Concernant les prestations en espèces, elle a permis au pouvoir réglementaire de modifier la manière dont est calculée la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées. Elle a également créé un nouvel article L. 1226-1-1 du code du travail, portant sur les mesures dérogatoires pouvant être prises par décret en matière de complément employeur en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel ;

– elle a également adapté le contentieux de la sécurité sociale en cas de risque sanitaire grave.

(1) *En cas de maladie ou d'accident, le salarié en arrêt de travail perçoit des indemnités journalières de sécurité sociale. À ces indemnités, peut s'ajouter un complément de salaire versé par l'employeur sous certaines conditions.*

(2) *Article 76 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.*

3. Un cadre spécifique pour l'année 2021 a été prévu

Les dispositions dérogatoires prises en janvier 2020 ne pouvaient, aux termes de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, être appliquées pour une durée supérieure à un an.

La LFSS 2021 a donc donné une base légale, non codifiée, à leur prolongation jusqu'au 31 décembre 2021. Elle a permis au Gouvernement, dans les mêmes cas que ceux mentionnés à l'article L. 16-10-1, de prévoir par décret des dérogations portant sur :

- les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie, invalidité et décès ;

- les modalités de participation des assurés aux frais de tests de dépistage de la covid-19.

Les mesures dérogatoires pouvant désormais être prises par décret en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel

À la suite de l'adoption de la LFSS 2021, les douze dérogations possibles sont désormais listées du 1° au 11° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 1226-1-1 du code du travail.

Pour ce qui concerne l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale :

– la dérogation prévue au 1° porte sur la participation de l'assuré au titre du ticket modérateur (I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale), du forfait de 18 euros pour les actes dépassant un certain montant (I de l'article L. 160-13 du même code), de la participation forfaitaire de l'assuré de 1 euro pour toute consultation ou acte médical (II de l'article L. 160-13 du même code) ainsi que de la franchise à la charge de l'assuré pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (III de l'article L. 160-13 du même code) ;

– la dérogation prévue au 2° porte sur le forfait hospitalier (article L. 174-4 du même code) ;

– les dérogations prévues aux 3° et 4° portent sur la prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires ainsi que sur la prise en charge des dépassements tarifaires sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires ;

– la dérogation prévue au 5° porte sur les conditions dans lesquelles le droit commun limite à certaines situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

– la dérogation prévue au 6° porte sur les actes et les prestations de santé qui ne sont, dans le droit commun, pas du tout prises en charge par l'assurance maladie ;

– la dérogation prévue au 7° porte sur les conditions ainsi que sur les durées d'attribution des droits à la CSS, à l'AME et aux soins urgents ;

– la dérogation prévue au 8° porte sur les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à la protection universelle maladie (PUMa) ;

– la dérogation prévue au 9° porte sur les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale et sur le maintien du traitement ou de la rémunération des périodes de congés pour raisons de santé pour les assurés relevant d'un régime spécial (c'est-à-dire d'un régime mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale) ;

– la dérogation prévue au 10° porte sur les délais d'envoi de l'avis d'arrêt de travail en cas d'interruption de travail pour les incapacités de travail (articles L. 321-2 du code de la sécurité sociale et L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime) et pour les accidents de travail (articles L. 441-1 et L. 441-2 du code de la sécurité sociale) ;

– la dérogation prévue au 11° porte sur le délai dans lequel les recours préalables contre les décisions d'organismes de sécurité sociale doivent être formés ainsi que sur les délais à l'issue desquels la décision (avis ou accord) sur le recours préalable doit être portée à la connaissance du requérant.

L'article L. 1226-1-1 du code du travail porte, lui, sur le versement de l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 de ce code (également appelée « complément employeur »).

C. UN DISPOSITIF QUI DOIT ENCORE ÊTRE AMÉLIORÉ POUR PRENDRE EN COMPTE L'ENSEMBLE DES AGENTS CONTRACTUELS DE DROIT PUBLIC ET DES FONCTIONNAIRES

1. Un dispositif qui a de nouveau montré sa grande utilité en 2021

Six décrets ont été pris depuis le début de l'année 2021 sur le fondement des articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1-1 du code du travail ⁽¹⁾.

MESURES RÉGLEMENTAIRES DÉROGATOIRES PRISES EN 2021

| | |
|---|--|
| <p>Décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021</p> | <p>Versement d'indemnités journalières et du complément employeur dans des conditions dérogatoires (relatives aux durées minimales d'activité, de contributivité minimale, de délai de carence ou de prise en compte de ces arrêts dans les durées maximales de versement des indemnités) pour certaines personnes se trouvant dans l'impossibilité de travailler en raison de leur situation au regard de l'épidémie de covid-19.</p> <p>Déroptions aux conditions de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour les téléconsultations, les actes de télésoin, les tests de dépistage au SARS-CoV-2, ainsi que pour les consultations et injections liées à la vaccination contre la covid-19 et diverses autres consultations.</p> |
| <p>Décret n° 2021-182 du 18 février 2021</p> | <p>Prolongation de mesures prises par le précédent décret.</p> <p>Prise en charge intégrale des frais de transport vers les centres de vaccination contre le SARS-CoV-2 pour les personnes se trouvant dans l'incapacité de se déplacer seules.</p> |

(1) Pour rappel, le décret n° 2021-1049 du 6 août 2021 n'a pas été pris sur ces fondements mais en application de l'article 4 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire. Il permet une dérogation au seuil de contributivité (environ 4 000 euros de revenu annuel) pour les arrêts dérogatoires des travailleurs indépendants lorsque leurs revenus n'atteignent pas ce seuil. L'objectif est d'autoriser le versement d'une indemnité journalière minimale de 5,54 euros nets et ainsi de mieux garantir le recours aux arrêts dérogatoires liés au covid-19.

| | |
|---|--|
| <p>Décret n° 2021-271 du 11 mars 2021</p> | <p>Prolongation de mesures prises par les précédents décrets.</p> <p>Versement d'indemnités journalières et du complément employeur dans des conditions dérogatoires pour certaines personnes se trouvant dans l'impossibilité de travailler en raison d'une mesure d'isolement ou de quarantaine à leur arrivée sur le territoire.</p> |
| <p>Décret n° 2021-497 du 23 avril 2021</p> | <p>Prolongation de mesures prises par les précédents décrets (notamment la prolongation de la dérogation au délai de carence de trois mois s'agissant de l'affiliation à l'assurance maladie et maternité pour les Français expatriés rentrés en France entre le 2 avril et le 1^{er} juin 2021 et n'exerçant pas d'activité professionnelle).</p> |
| <p>Décret n° 2021-657 du 26 mai 2021</p> | <p>Prolongation de mesures prises par les précédents décrets.</p> <p>Versement d'indemnités journalières et du complément employeur dans des conditions dérogatoires pour les assurés devant s'isoler en cas de résultat positif à un autotest de détection antigénique du SARS-CoV-2.</p> <p>Indemnisation des assurés faisant l'objet d'une mesure de quarantaine ou de maintien et de placement en isolement de retour de pays ou de territoires confrontés à une circulation particulièrement active de l'épidémie ou à la propagation de certains variants du SARS-CoV-2 caractérisés par un risque de transmissibilité accrue ou d'échappement immunitaire (Brésil, Argentine, Afrique du Sud, Inde, Guyane et Chili).</p> |
| <p>Décret n° 2021-770 du 16 juin 2021</p> | <p>Prolongation de mesures prises par les précédents décrets.</p> |
| <p>Décret n° 2021-1049 du 6 août 2021</p> | <p>Précision des modalités exceptionnelles de calcul des indemnités journalières de sécurité sociale versées aux travailleurs indépendants au titre des arrêts de travail débutant à compter du 7 août 2021 et jusqu'au 31 décembre 2021.</p> |

À noter qu'un projet de décret est en cours de validation. Il prolonge au-delà du 30 septembre les mesures relatives aux arrêts de travail dérogatoires et au complément employeur. Il prévoit également la prolongation des dispositions dérogatoires en matière de téléconsultation et de télésuivi ainsi que la prolongation des mesures relatives à la prise en charge des frais de santé, afin de permettre la prise en charge intégrale des consultations liées au covid-19, des consultations et injections liées à la vaccination contre le covid-19 et des transports vers les centres de vaccination pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer seules.

2. Un dispositif qui ne permet pas, aujourd'hui, à l'ensemble des agents publics de bénéficier de la suppression des jours de carence

La LFSS 2021 a modifié le dispositif de prise en charge dérogatoire pour que les personnes affiliées à un régime spécial puissent également bénéficier des dérogations liées au versement de prestations maladie, maternité et décès en espèce.

Cette modification n'a toutefois pas permis de prendre en compte l'ensemble de la population. En effet, certains agents publics, notamment les agents contractuels et les agents travaillant à temps incomplet de moins de vingt-huit heures hebdomadaires, n'ont pas pu bénéficier de l'ensemble des dérogations mises en place pour les assurés d'un régime obligatoire ou d'un régime spécial.

Le régime de protection sociale de ces agents publics est défini par renvoi au régime général de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Cela signifie que ces agents bénéficient des indemnités journalières de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les autres personnes affiliées au régime général. Pendant la crise, la rédaction actuelle de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale a donc permis de déroger, pour ces agents comme pour les autres assurés au régime général, au délai de carence de trois jours applicable aux indemnités journalières.

Néanmoins, en complément des indemnités de base versées par le régime général, ces agents publics peuvent bénéficier d'un complément de rémunération pendant leur congé de maladie qui leur est versé par leur employeur public. L'article 115 de la loi de finances pour 2018 ⁽²⁾, qui concerne tous les agents employés par des employeurs publics et parapublics quel que soit leur statut ou quasi-statut et leur régime de protection sociale, prévoit que ce complément de rémunération n'est versé qu'à partir du deuxième jour du congé de maladie.

Pendant la crise, la rédaction en vigueur de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale n'a pas permis de déroger, par décret, au jour de carence applicable à ce complément de rémunération. En effet, le versement du complément de rémunération ne se fait ni au titre de l'affiliation à un régime spécial, ni au titre de l'affiliation au régime général mais en application de dispositions statutaires.

(1) Pour les fonctionnaires à temps incomplet de la fonction publique territoriale, ce renvoi est opéré par l'article 34 du décret n° 91-298 du 20 mars 1991 portant dispositions statutaires applicables aux fonctionnaires territoriaux nommés dans des emplois permanents à temps non complet. Pour les fonctionnaires à temps incomplet de la fonction publique hospitalière, ce renvoi est opéré par l'article 9 du décret n° 2020-791 du 26 juin 2020 fixant les dispositions applicables aux fonctionnaires occupant un emploi à temps non complet dans la fonction publique hospitalière.

(2) Loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : AMÉLIORER ET PROLONGER LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXCEPTIONNELLE EN CAS DE RISQUE SANITAIRE

A. PERMETTRE À L'ENSEMBLE DES AGENTS PUBLICS DE BÉNÉFICIER DES DÉROGATIONS LIÉES AU VERSEMENT DE PRESTATIONS EN ESPÈCES

Les 1^o et 2^o du **I** permettent à l'ensemble des salariés et agents publics de bénéficier des dérogations liées au versement de prestations en espèce.

La rédaction de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale proposée par le présent article, et qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2022 (**III**), prévoit en effet que le Gouvernement pourra désormais déroger par décret aux règles concernant :

– les prestations en espèces d'assurance maladie, maternité et décès d'un régime obligatoire de sécurité sociale (comme tel est déjà le cas aujourd'hui) ;

– le maintien du traitement ou de la rémunération pendant les périodes de congés pour raisons de santé dont bénéficient les assurés relevant d'un régime spécial (comme tel est déjà le cas aujourd'hui) ;

– le maintien du traitement ou de la rémunération pendant les périodes de congés pour raisons de santé dont bénéficient les assurés du régime général ne bénéficiant pas de l'indemnité complémentaire versée par les employeurs privés (ajout opéré par le présent article).

Cet ajout permettra bien aux agents contractuels et aux agents travaillant à temps incomplet de moins de vingt-huit heures hebdomadaires de bénéficier désormais de l'ensemble des dérogations au versement de prestations en espèces qui seront prévues par décret.

B. METTRE EN PLACE UN CADRE DÉROGATOIRE SPÉCIFIQUE POUR 2022

Les dispositions dérogatoires prises en janvier 2021 ne peuvent être appliquées pour une durée supérieure à un an. Or, compte tenu des incertitudes relatives à l'épidémie, il semble nécessaire de donner la possibilité au Gouvernement de prolonger l'année prochaine un certain nombre de mesures dérogatoires prises par décret pendant l'année 2021.

● Le 1^o du **II** du présent article prolonge jusqu'à une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2022, la suppression du jour de carence qui s'applique aujourd'hui aux compléments de rémunération versés aux agents employés par des employeurs publics et parapublic, en cas de congés de maladie directement en lien avec la covid-19.

Cette prolongation est nécessaire car l'article 11 de la loi du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire ⁽¹⁾ ne prévoit la suppression du jour de carence en cas de congés de maladie directement en lien avec la covid-19 que jusqu'au 31 décembre 2021.

● Le 1^o du II du présent article prolonge également jusqu'à une date fixée par décret et, au plus tard, le 31 décembre 2022, les mesures prises par décret entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2021 sur le fondement du dispositif de prise en charge exceptionnelle – c'est-à-dire de l'article de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 1226-1 du code du travail.

Pour rappel, ces dispositions portent principalement sur :

– les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie, invalidité et décès ;

– les modalités de participation des assurés aux frais de tests de dépistage de la covid-19 ;

– les conditions de versement du complément employeur ;

– les conditions de prise en charge par l'assurance maladie de frais de santé liés à la consultation pré-vaccinale, aux consultations de vaccination contre le SARS-CoV-2, ou à l'injection du vaccin contre le SARS-CoV-2 ;

– les conditions de prise en charge des frais liés au renseignement des données dans le traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « Vaccin Covid », dans le cadre de la campagne de vaccination contre la covid-19.

● Le 2^o du II du présent article prévoit le cas où des modifications substantielles aux dérogations prises en 2021 viendraient à être nécessaires.

Il habilite ainsi le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter les dispositions prises en application du dispositif de prise en charge exceptionnelle. Les mesures prises dans ce cadre seront applicables au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022.

Chaque ordonnance pourra prévoir l'application rétroactive des dispositions qu'elle contient, dans la limite d'un mois avant la date de sa publication.

● Le 2^o du II du présent article dispense les projets d'ordonnances et de décrets prévoyant des mesures dérogatoires pour 2022 des consultations obligatoires prévues par toute disposition législative ou réglementaire.

*

* *

(1) Loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire.

Article 47

Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire

Adopté par la commission sans modification

L'article 47 contient plusieurs mesures relatives aux prestations en espèces dont peuvent bénéficier les travailleurs indépendants.

Le présent article contient plusieurs mesures relatives aux prestations en espèces dont peuvent bénéficier les travailleurs indépendants.

Il prévoit des mesures exceptionnelles visant à compenser l'impact en 2022 de la crise sanitaire sur les revenus des travailleurs indépendants et donc, par ricochet, sur leurs indemnités journalières maladie et maternité.

Il permet également d'améliorer le dispositif de maintien de droits aux indemnités journalières maladie et maternité existant actuellement, en incluant dans ces dispositifs les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit dans un régime mais ne touchent des indemnités journalières que très faibles voire nulles.

Il prévoit également de tenir compte de la création par la précédente loi de financement de la sécurité sociale d'un nouveau régime d'indemnités journalières maladie pour les professionnels libéraux, en supprimant le régime dérogatoire dont disposaient jusqu'alors les praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées en cas de grossesse pathologique.

Il permet de verser des indemnités journalières maladie au titre d'une activité indépendante en cumul emploi-retraite, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

Enfin, il harmonise avec le droit existant pour les autres assurés les dispositions relatives au congé d'adoption des conjoints collaborateurs et au congé paternité pour les collaborateurs libéraux.

I. PRÉSERVATION DE LA PROTECTION SOCIALE DES INDÉPENDANTS DE L'IMPACT DE LA CRISE SANITAIRE

A. LE DROIT EN VIGUEUR

- Les indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants sont établies à partir de la moyenne des revenus des trois dernières années civiles.

- Pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire pour de nombreux secteurs d'activité, l'article 4 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, issu d'un amendement du Gouvernement adopté en

séance publique à l'Assemblée nationale, prévoit que pour le calcul de ces indemnités journalières, le revenu d'activité retenu peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret.

Ces dispositions s'appliquent aux arrêts de travail débutant jusqu'au 31 décembre 2021.

Le décret n° 2021-1049 du 6 août 2021 portant mesures exceptionnelles relatives aux indemnités journalières de sécurité sociale versées aux travailleurs indépendants est venu préciser l'application de ces dispositions. Ainsi, si le montant des indemnités journalières calculé sur les revenus 2018 et 2019 est supérieur au montant des indemnités calculé sur les revenus 2018, 2019 et 2020, alors les revenus de l'année 2020 ne sont pas pris en compte dans le calcul de l'indemnité.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **III** du présent article étend cette disposition aux arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022. Cette disposition concrétise l'engagement pris dans le cadre de la mesure 7 du « Plan Indépendants » présenté par le Gouvernement en septembre 2021 (« *Neutraliser les effets de la crise sur l'assiette de calcul des droits aux indemnités journalières* »). L'évaluation préalable évalue le coût de cette mesure à 20 millions d'euros pour 2022.

Le **IV** prévoit également qu'à titre dérogatoire, le calcul des prestations en espèces pour la maladie et la maternité mais également pour les pensions d'invalidité et de retraite (obligatoire et complémentaire) est réalisé sur le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 pour les micro-entrepreneurs, et non pas sur les revenus cotisés.

En effet, certains micro-entrepreneurs ont pu bénéficier pendant la crise sanitaire de déductions correspondant au montant de leur chiffre d'affaires réalisé durant les périodes d'interdiction d'accueil du public, conformément à l'article 65 de la loi du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 et à l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Selon l'évaluation préalable, « *les micro entrepreneurs éligibles ont été invités par l'URSSAF à réaliser eux-mêmes cette déduction à l'occasion de leur déclaration de chiffre d'affaires mensuelle ou trimestrielle sur le site autoentrepreneur.urssaf.fr* ».

Ces exonérations réduisent l'assiette cotisée servant de base au calcul des prestations. En effet, « *les URSSAF ne connaissent pas le chiffre d'affaires annuel réel de ces micro-entrepreneurs (avant l'application de cette déduction) et calculent les indemnités journalières de ces travailleurs indépendants à partir de revenus tronqués et non à partir de revenus réels* ». Cette situation est défavorable aux micro-entrepreneurs, qui voient ainsi leurs prestations en espèces minorées.

Le présent article permet la prise en comptes des revenus déclarés à l'administration fiscale, et donc de prendre en compte les revenus réels de ces micro-entrepreneurs, tel qu'ils auraient dû être comptabilisés pour le calcul des droits.

Il précise à cet effet que les organismes de recouvrement, les caisses de sécurité sociale et l'administration fiscale peuvent échanger des informations à cette fin, dans des conditions qui seront précisées par décret en Conseil d'État.

II. MAINTIEN DES DROITS À INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE ET MATERNITÉ

A. LE DROIT EN VIGUEUR

- Deux articles du code de la sécurité sociale précisent aujourd'hui les conditions de maintien du droit à indemnités journalières maladie et maternité.

Tout d'abord, l'article L. 311-5 garantit le maintien du droit à prestations en espèces maladies, maternité, invalidité, décès pour les personnes bénéficiant d'allocations chômage et rattachées au régime général. Il garantit également ce maintien du droit en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation (pour une durée fixée à trois mois par l'article R. 311-1 du code de la sécurité sociale). L'exposé des motifs du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 dont est issu cette dernière disposition, était clair quant à son objectif : elle vise à « *favoriser le retour à l'emploi des chômeurs en leur permettant de conserver leur droit à indemnité journalière pendant le temps nécessaire à l'acquisition de droits équivalents au titre de leur nouvelle activité* ».

Parallèlement, l'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale dispose que les personnes qui cessent de remplir les conditions relatives au montant de cotisations versées ou de durée d'activité pour relever d'un régime de sécurité sociale bénéficient, pendant une période d'un an à compter du jour où ces conditions ne sont plus réunies, des prestations en nature et en espèces du régime auquel elles étaient précédemment affiliées (article R. 161-3).

- Aux termes de l'évaluation préalable, « *ce maintien de droits ne s'applique pas lorsque la nouvelle activité professionnelle indépendante leur permet de satisfaire les conditions d'ouverture de droit à leurs indemnités mais que les modalités de calcul des indemnités journalières conduisent à calculer une indemnité nulle, ou, pour l'indemnisation du congé maternité, à bénéficier de l'indemnité journalière minimale de 5,6 euros par jour. C'est notamment le cas de certains micro-entrepreneurs, lorsque leurs revenus moyens des trois dernières années sont inférieurs au seuil de 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.* »

Cette situation est liée au mode de calcul très spécifique des indemnités journalières des indépendants, et en particulier des micro-entrepreneurs.

En effet, deux conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières maladie-maternité sont historiquement applicables aux travailleurs indépendants et prévues à l'article L. 622-3 du code de la sécurité sociale :

– une durée minimale d'affiliation à la sécurité sociale en tant que travailleur indépendant ;

– le paiement d'une cotisation minimale (condition qui n'est en fait applicable qu'aux travailleurs indépendants hors micro-entrepreneurs) ⁽¹⁾.

À ces conditions d'ouverture de droit a ultérieurement été ajouté un critère de calcul des indemnités journalières qui instaure un seuil de contributivité minimale, applicable en pratique principalement aux seuls micro-entrepreneurs, en deçà duquel les indemnités journalières attribuées sont nulles en maladie (article D. 622-8 du code de la sécurité sociale) et minimales (égales à 10 % des indemnités journalières versées à taux plein) en maternité (article D. 623-3 du code de la sécurité sociale). En pratique, ce critère ne joue que pour les micro-entrepreneurs, ce seuil, pour les autres travailleurs indépendants, étant de fait, en application de la soumission à une cotisation assise sur une assiette minimale, toujours dépassé pour eux.

Les assurés sont malgré tout considérés comme justifiant des conditions d'ouverture de droit aux indemnités journalières à la seule condition qu'ils soient affiliés au régime des indépendants depuis plus de dix mois (article D. 623-8 du code de la sécurité sociale). Cette lecture n'était pas celle du Régime social des indépendants pour qui ce seuil de contributivité était assimilé à une condition d'ouverture de droit supplémentaire qui, lorsqu'elle n'était pas remplie en début d'activité, permettait aux micro-entrepreneurs d'être bénéficiaires du maintien de droit à leurs indemnités journalières antérieures.

La lecture croisée de ces dispositions conduit aujourd'hui, depuis la suppression du Régime social des indépendants, à pénaliser des assurés ayant commencé une activité indépendante depuis au moins dix mois mais ne disposant d'indemnités journalières que très faibles ou nulles, qui se trouvent alors dans une situation beaucoup plus défavorable que s'ils n'avaient pas commencé une activité indépendante dans le cadre de leur chômage au moment de leur congé maladie ou maternité.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le 1° et le 2° du I complètent les articles L. 161-8 et L. 311-5 du code de la sécurité sociale, afin de viser à la fois les chômeurs indemnisés et non indemnisés.

(1) Les travailleurs indépendants, hors micro-entrepreneurs, cotisent sur l'assiette minimale de 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale en application des dispositions des articles L. 621-1 et D. 621-1 du code de la sécurité sociale. Le revenu d'activité annuel moyen pris en compte pour le calcul de leurs indemnités journalières est donc systématiquement supérieur à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

Ils précisent que ces deux dispositifs de maintien de droit à prestations bénéficieront également :

– aux assurés qui justifient à nouveau des conditions d’ouverture de droit aux indemnités journalières maladie au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités journalières sont nulles ;

– aux assurées qui justifient à nouveau des conditions d’ouverture de droit aux indemnités journalières maternité au titre de leur nouvelle activité mais dont les indemnités maternité sont égales à un niveau fixé par décret.

L’évaluation préalable évalue le coût de cette mesure à 28 millions d’euros pour 2022.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, seront éligibles à ce dispositif les travailleuses indépendantes en congé maternité et qui perçoivent 5,6 euros d’indemnités journalières, soit en pratique exclusivement des micro-entrepreneuses, car les autres travailleuses indépendantes acquittent le paiement de cotisations maladie maternité sur la base d’une assiette minimale, qui induit des droits à indemnités journalières maternité de 56 euros dans toutes les situations, soit 7 400 assurées par an environ, et qui :

– ont créé leur activité indépendante au moment de la perception d’allocations chômage (l’hypothèse retenue dans l’étude d’impact est de 10 %, soit 740 travailleuses indépendantes) ;

– ne perçoivent pas d’allocation chômage mais qui ont cessé leur activité salariée moins de douze mois auparavant et ont repris une activité indépendante insuffisante (pas de données chiffrées).

III. INDEMNISATION DES ARRÊTS DE TRAVAIL EN CAS DE DIFFICULTÉ MÉDICALE LIÉE À LA GROSSESSE DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MÉDICAUX CONVENTIONNÉS

A. LE DROIT EN VIGUEUR

1. Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés

Le régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) est un régime spécifique existant au profit des praticiens et auxiliaires médicaux exerçant leur activité libérale sous convention, en contrepartie des contraintes liées au conventionnement. Les PAMC relèvent du régime général pour l’assurance maladie-maternité et de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAV-PL) pour les risques invalidité et vieillesse.

2. Le régime dérogatoire pour les PAMC dans l'incapacité de pratiquer leur activité professionnelle en raison de difficultés liées à leur grossesse

Pour pallier l'absence jusqu'au 1^{er} juillet 2021 d'indemnités journalières maladie pour les PAMC, un régime dérogatoire a été mis en place pour les assurées enceintes. Ainsi, aux termes de l'article L. 646-5 du code de la sécurité sociale, les PAMC bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse.

Dans ce cadre, elles bénéficient d'indemnités journalières dans la limite de quatre-vingt-sept jours consécutifs (article D. 722-18 du code de la sécurité sociale) et d'un montant s'élevant actuellement à 45,55 euros bruts par jour.

Par ailleurs, aux termes de l'article D. 646-3 du code de la sécurité sociale, l'indemnité journalière forfaitaire dont bénéficient les PAMC au titre du risque maternité peut également être attribuée, sur prescription médicale, au cours de la période prénatale en cas d'état pathologique résultant de la grossesse, pendant une durée supplémentaire n'excédant pas deux semaines.

3. La mise en place d'indemnités journalières maladie pour les professionnels libéraux

L'article 69 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a mis en place d'un dispositif d'indemnisation des arrêts de travail au titre de la maladie avant le quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail pour les professionnels libéraux.

Jusqu'alors, aucun régime unique obligatoire d'indemnités journalières n'existait pour les professionnels libéraux. Parmi les dix sections professionnelles de la CNAV-PL, six ne versaient aucune indemnité journalière maladie en cas d'arrêt de travail et les quatre autres ne versaient des indemnités journalières qu'à compter du quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail.

Seuls étaient donc indemnisés avant le quatre-vingt-onzième jour d'arrêt de travail les professionnels libéraux qui souscrivent volontairement des assurances privées.

L'article 69 de la dernière loi de financement de la sécurité sociale a donc mis en place, pour les professionnels relevant de la CNAV-PL, un dispositif obligatoire d'indemnités journalières pour les arrêts de travail au titre de la maladie. Seuls les avocats ne sont pas inclus dans ce dispositif.

Ce dispositif, précisé par le décret n° 2021-755 du 12 juin 2021 relatif aux prestations maladie en espèces des professionnels libéraux, est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2021.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le 4° du I abroge le dispositif dérogatoire prévu pour les grossesses pathologiques des PAMC à l'article L. 646-5 du code de la sécurité sociale, qui n'a plus de raison d'être du fait de la mise en place d'un régime d'indemnités journalières maladie pour les professionnels libéraux, dont les PAMC.

En lieu et place de ce dispositif, les PAMC dans l'incapacité de pratiquer leur activité professionnelle en raison de difficultés liées à leur grossesse toucheront une indemnité maladie du nouveau régime des professions libérales. Cette indemnité journalière sera proportionnelle à leurs revenus et non plus forfaitaire.

Parallèlement et en cohérence, le Gouvernement indique dans son évaluation préalable que le délai du congé pathologique des PAMC, actuellement restreint à quinze jours, sera aligné sur les trente jours fractionnables en deux périodes de quinze jours prévus pour les travailleuses indépendantes à l'article D. 623-4 du code de la sécurité sociale.

La grande majorité des assurées seraient gagnantes à l'application de ces deux mesures prises dans leur globalité car, selon l'évaluation préalable :

– « *la durée de versement de l'indemnité forfaitaire de 56 euros serait allongée de deux semaines (alors que les assurées touchaient 45 euros par jour auparavant) » ;*

– « *elles percevront ensuite le plus souvent une indemnité proportionnelle d'un montant supérieur à 45 euros par jour, au-delà de cette durée de 30 jours. Ainsi, pour 70 % des auxiliaires médicales, 85 % des médecins, dentistes et pharmaciennes et 40 % des sages-femmes (soit environ 180 000 assurées sur 250 000), l'indemnité journalière fournie par le nouveau régime, proportionnelle au revenu, sera supérieure à 45 euros. »*

Cet alignement ferait *a contrario* « *un nombre limité de perdantes potentielles, qui correspondront aux seules assurées s'arrêtant au-delà de 30 jours et qui auraient des indemnités journalières proportionnelles inférieures à 45 euros par jour dans le nouveau régime maladie des professions libérales* ».

IV. CUMUL EMPLOI-RETRAITE ET INDEMNITÉS JOURNALIÈRES DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX

Le dispositif du cumul emploi-retraite permet à une personne ayant liquidé sa pension de retraite de cumuler le bénéfice de sa pension avec d'autres revenus d'activités, sous conditions.

Le retraité en emploi est alors soumis aux cotisations sociales de droit commun des salariés. En contrepartie, en cas de maladie, il bénéficie du versement des indemnités journalières dans les mêmes conditions qu'un salarié, comme en dispose l'article L. 323-2 du code de la sécurité sociale. Aux termes de

l'article R. 323-2 du même code, ce versement d'indemnités journalières est limité à soixante jours.

Parallèlement, la possibilité de bénéficier d'indemnités journalières en cas de maladie a été ouverte aux professionnels libéraux en situation de cumul emploi-retraite dans le contexte de la création d'un dispositif d'indemnités journalières unique dédié à ces derniers en juillet 2021 (*cf. supra*) par l'article D. 622-2 du code de la sécurité sociale. Cette possibilité n'est pas particulièrement limitée dans le temps et est simplement limitée aux quatre-vingt-dix jours maximum d'indemnités journalières maladie que peuvent désormais toucher les professionnels libéraux.

Le 3^o du **I** modifie l'article L. 622-1 relatif aux prestations maladie en espèces des indépendants afin d'ouvrir la possibilité offerte par l'article L. 323-2 à l'ensemble des indépendants.

Parallèlement, cela permettra de plafonner ce versement d'indemnités journalières à soixante jours pour les professionnels libéraux, une telle différence de traitement n'apparaissant pas justifiée par des différences objectives.

Ces dispositions s'appliqueront aux arrêts de travail débutant le 1^{er} janvier 2022 (**V**). Un décret d'application de cet article devra par ailleurs adapter le 2^o de l'article D. 622-2 du code de la sécurité sociale du code de la sécurité sociale en conséquence.

V. CONGÉ POUR ADOPTION DES CONJOINTS COLLABORATEURS

L'article L. 663-1 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que la durée du congé d'adoption des conjoints collaborateurs de travailleurs indépendants est égale à la moitié de celle prévue en cas de maternité, soit huit semaines.

Le 5^o du **I** supprime donc cette disposition afin que les conjoints collaborateurs puissent bénéficier des mêmes dispositions que les travailleurs indépendants, soit douze semaines et trois jours pour l'adoption d'un enfant (contre désormais seize semaines pour les salariés).

VI. CONGÉ PATERNITÉ DES COLLABORATEURS LIBÉRAUX

L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises a étendu le contrat de collaboration libérale – jusqu'alors réservé à la profession d'avocat – aux professions libérales soumises à statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

Ce contrat très spécifique permet à un professionnel d'exercer sa profession auprès d'un autre professionnel en toute indépendance – puisque n'étant pas placé dans une relation de salariat avec lui – et en assumant la responsabilité de ses actes professionnels. Il doit toutefois, à peine de nullité, comporter plusieurs mentions

obligatoires, dont sa durée, les modalités de rémunération, les conditions d'exercice de l'activité, ainsi que les conditions et les modalités de sa rupture.

L'article 17 de la loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes a instauré pour le collaborateur libéral devenant père – ou le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle – une période de onze jours consécutifs à la naissance, portée à dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples, durant laquelle le collaborateur a le droit de suspendre son contrat sans que ce dernier ne puisse être rompu.

Pour mémoire, si la durée du congé de paternité était en effet auparavant fixée par l'article L. 1225-35 du code du travail à onze jours consécutifs pour une naissance simple et dix-huit jours pour une naissance multiple, l'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale a étendu cette durée à vingt-cinq jours calendaires pour une naissance « simple » et à trente-deux jours calendaires pour des naissances multiples. Le même article a également supprimé la dimension consécutive du congé paternité, ouvrant la voie à la prise d'un congé fractionnable.

Le **II** du présent article fait donc bénéficier de ce nouveau droit les collaborateurs libéraux. Cette disposition s'appliquera aux enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi qu'aux enfants nés avant cette date dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date (**V**).

*

* *

Article 48

Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

Adopté par la commission sans modification

L'article 48 contient plusieurs mesures relatives au régime agricole.

La première série de mesures transpose au régime agricole l'article 28 de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, qui donne une base légale aux « essais encadrés » et au « contrat de rééducation professionnelle ».

La seconde série de mesures vise à aligner le régime des non-salariés agricoles sur le droit commun des travailleurs indépendants ou des salariés agricoles en matière d'indemnités journalières, plus favorable.

I. PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE DES ASSURÉS RELEVANT DES RÉGIMES AGRICOLES

A. UNE SPÉCIFICITÉ DU RÉGIME AGRICOLE EN MATIÈRE DE SANTÉ AU TRAVAIL

Spécificité du régime social agricole issue de la loi n° 66-958 du 26 décembre 1966 relative à la médecine du travail et à la médecine préventive agricole, les caisses de mutualité sociale agricole sont chargées directement de la mise en œuvre de la médecine du travail agricole par la création soit d'une section à l'intérieur des caisses, soit d'une association spécialisée. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) assure la coordination des services de santé et de sécurité au travail au sein des caisses.

Comme le souligne la Cour des comptes dans un récent rapport, « *la prise en charge conjointe de la prévention des risques professionnels et de la santé au travail permet à la MSA de développer des approches pluridisciplinaires, notamment en matière de prévention des risques de désinsertion professionnelle et des tentatives de suicide [...]. La MSA s'appuie notamment sur des cellules pluridisciplinaires de maintien dans l'emploi qui mobilisent le service santé et sécurité au travail, des travailleurs sociaux et parfois les services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) ou Pôle emploi). Ces cellules permettent d'accompagner la personne qui court un risque de désinsertion professionnelle, grâce à la détection précoce de difficultés économiques, sociales ou de santé, de nature à affecter son maintien dans l'emploi.* »⁽¹⁾

(1) La Mutualité sociale agricole, rapport public thématique, mai 2020.

B. L'ARTICLE 28 DE LA LOI N° 2021-1018 DU 2 AOÛT 2021 POUR RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL

L'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, issu d'un amendement adopté en séance publique à l'Assemblée nationale ⁽¹⁾ :

– attribue aux caisses d'assurance maladie une mission de prévention de la désinsertion professionnelle ;

– inscrit dans la loi deux dispositifs existant déjà dans la pratique : l'« essai encadré » et le « contrat de rééducation professionnelle en entreprise ».

1. Mission des CPAM en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle

L'article 28 de la loi du 2 août 2021 est venu compléter l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, relatif aux missions de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), et l'article L. 262-1, relatif aux missions des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), afin de leur donner une compétence explicite en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle.

2. Inscription dans la loi de l'« essai encadré » et du « contrat de rééducation professionnelle en entreprise »

L'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale permet aujourd'hui au salarié en arrêt maladie indemnisé par la sécurité sociale de bénéficier d'actions de formation professionnelle ou d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil. Ces formations peuvent être suivies après avis du médecin-conseil et avec l'accord de la CPAM, qui y participe. Elles doivent être compatibles avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail.

Sur le fondement de cet article, ont été déployés :

– les contrats de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE). Ces CRPE, gérés par l'assurance maladie, permettent aux assurés déclarés inaptes et reconnus travailleurs handicapés, à l'issue de leur arrêt de travail, de se réaccoutumer à leur ancien métier ou de se former à un nouveau métier. Leur mise en œuvre par l'assurance maladie prend la forme d'un contrat à durée déterminée d'une durée maximale de dix-huit mois, qui peut être exécuté dans l'entreprise de l'assuré ou dans une autre entreprise. Ce contrat est assorti d'un accompagnement et cofinancé par l'employeur et l'assurance maladie ;

– les essais encadrés. Ce dispositif, également géré par l'assurance maladie, permet au salarié de tester la compatibilité d'un poste de travail avec ses capacités.

(1) Amendement n° 559 présenté par Mme Catherine Fabre et ses collègues du groupe La République en Marche.

Cet essai, effectué dans l'entreprise ou dans une autre entreprise, est d'une durée maximale de quatorze jours et il est soumis à l'avis de trois médecins ainsi qu'à une visite d'aptitude.

L'article 28 de la loi du 2 août 2021 est venu modifier l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale afin de mentionner explicitement l'essai encadré et le CRPE parmi les actions dont peuvent bénéficier les salariés en arrêt maladie indemnisé. Il a également créé un nouvel article L. 5213-3-1 au sein du code du travail afin d'inscrire explicitement dans la loi les modalités du CRPE et de l'ouvrir aux travailleurs déclarés inaptes même s'ils ne sont pas reconnus travailleurs handicapés.

C. LE DROIT PROPOSÉ : LA TRANSCRIPTION DE L'ARTICLE 28 DE LA LOI DU 2 AOÛT 2021 POUR LE RÉGIME AGRICOLE

• Le présent article donne la même assise légale à la Mutualité sociale agricole (MSA) – qui offre déjà à ses ressortissants la possibilité d'avoir accès à un essai encadré ⁽¹⁾ ou un CRPE – pour exercer cette mission de prévention de la désertion professionnelle.

Le 2° du I transpose ainsi les dispositions insérées par la loi précitée à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale à l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime, qui énumère les missions de la CCMSA. Il confie à la CCMSA la mission de promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi des assurés du régime social agricole dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, professionnelle ou non, et de coordonner l'action dans ce champ des organismes locaux.

Le 1° du I transpose les dispositions insérées par la loi précitée à l'article L. 262-1 du code de la sécurité sociale à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime, qui énumère les missions des caisses de MSA.

Il précise que ces caisses, avec le concours de leur service social, mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants.

• Le 7° du I transpose les dispositions apportées par l'article 28 de la loi du 2 août 2021 à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale à l'article L. 752-5-2 du code rural et de la pêche maritime, qui mentionne désormais l'essai encadré et la convention de rééducation professionnelle.

En conséquence, le II modifie l'article L. 5213-3-1 du code du travail afin d'inclure les caisses de MSA au sein du dispositif des conventions de rééducation professionnelle.

(1) Quatorze essais encadrés ont ainsi été mis en place par la MSA en 2019.

● Le 6° du I modifie l'article L. 751-1 du code rural et de la pêche maritime afin que tous les ressortissants du régime agricole (non-salariés comme salariés) qui bénéficient d'actions de formation, d'évaluation ou d'accompagnement dans ce cadre soient couverts pour les accidents du travail et maladies professionnelles par le régime des salariés agricoles.

● Le III prévoit que ces dispositions s'appliqueront à compter du 1^{er} juillet 2022. Le rapporteur général s'interroge sur cette date d'entrée en vigueur, alors que ces dispositions entreront en vigueur le 31 mars 2022 pour le régime général et que leur mise en œuvre ne semble pas demander d'importants travaux préalables.

II. AMÉLIORATION DE L'INDEMNISATION DES NON-SALARIÉS AGRICOLES

Le régime agricole comprend deux régimes, celui des salariés et celui des non-salariés.

Le nombre de non-salariés agricoles et de leurs ayants droit affiliés à la MSA est en constante diminution (1,26 million de personnes protégées en maladie en 2020). L'âge moyen des non-salariés agricoles atteignait 61,9 ans en octobre 2018.

Parmi les non-salariés agricoles, on distingue trois types de situation :

- les chefs d'exploitation ;
- les collaborateurs d'exploitation (personne non rémunérée, mariée ou pacsée avec le chef d'exploitation) ;
- les aides familiaux (personne participant à l'exploitation et prouvant un lien de parenté avec le chef d'exploitation ou son conjoint).

Alors que les règles applicables aux salariés agricoles sont désormais en grande partie alignées sur celles du régime général, les règles applicables aux non-salariés agricoles continuent quant à elles à comporter des spécificités. La Cour des comptes souligne, dans son rapport précité, que les principales règles qui ont échappé à l'homogénéisation des prélèvements et des prestations portent « *sur les cotisations des non-salariés et sur les retraites, pensions d'invalidité et capitaux décès versés à ces derniers ou à leurs ayants droit* ».

Le présent article vise à harmoniser plusieurs de ces règles applicables aux non-salariés agricoles, dans un sens qui leur sera plus favorable.

A. INDEMNISATION DES ARRÊTS MALADIE

1. Le droit en vigueur

Le délai de carence applicable aux indemnités dues au titre de l'assurance maladie, maternité et invalidité aux non-salariés agricoles est aujourd'hui de sept jours en cas de maladie ou d'accident de la vie privée, mais est ramené à trois jours en cas d'hospitalisation (article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime). Ce délai de carence était initialement aligné sur celui applicable aux travailleurs indépendants en 2014 lors de la mise en place des indemnités journalières des non-salariés agricoles.

Cette situation apparaît aujourd'hui inéquitable par rapport aux salariés du régime général et du régime agricole, mais également par rapport aux travailleurs indépendants, dont le délai de carence a été réduit par le décret n° 2020-621 du 22 mai 2020 procédant au regroupement et à la mise en cohérence des dispositions du code de la sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants.

2. Le droit proposé

Le 3° du I supprime la possibilité de réduire le délai de carence en cas d'hospitalisation. Cette disposition sera applicable au 1^{er} janvier 2022 (III). L'article D. 732-2-2 devra être modifié par un décret simple afin de mettre en œuvre un délai de carence unique de trois jours.

B. PENSION D'INVALIDITÉ DE RÉVERSION

Pour les salariés du régime général ou agricole, aux termes de l'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale, une pension d'invalidité de veuve ou de veuf est attribuée au conjoint survivant lui-même invalide, âgé de moins de 55 ans, d'un assuré décédé titulaire – ou susceptible de l'être – d'une pension d'invalidité ou de vieillesse.

De telles dispositions ne sont actuellement pas prévues pour les non-salariés agricoles pensionnés d'invalidité. Comme le souligne l'évaluation préalable, la situation des conjoints invalides survivants d'un non-salarié agricole apparaît dès lors plus précaire que le conjoint invalide survivant d'un salarié.

Le 4° du I modifie l'article L. 732-8 du code rural et de la pêche maritime, relatif aux prestations d'invalidité. Il prévoit que le conjoint survivant d'un assuré titulaire d'une pension d'invalidité (mais pas de vieillesse), s'il est lui-même atteint d'une invalidité de nature à lui ouvrir droit à la prestation d'invalidité, bénéficie d'une pension de veuf ou de veuve à condition qu'il soit lui aussi non-salarié agricole.

Cette pension sera calculée, liquidée et servie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Cette disposition sera applicable aux décès survenus à partir du 1^{er} janvier 2022 (III).

C. RÉFORME DU CONGÉ DE PATERNITÉ POUR LES CHEFS D'EXPLOITATION AGRICOLE

L'article 73 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a allongé, à compter du 1^{er} juillet 2021, la durée du congé de paternité indemnisé par la sécurité sociale, passant de onze à vingt-cinq jours pour les naissances simples et de dix-huit à trente-deux jours pour les naissances multiples.

Les non-salariés agricoles ont droit à un congé de paternité et d'accueil de l'enfant d'une durée équivalente, pendant laquelle le travailleur agricole doit cesser toute activité et se faire remplacer par du personnel salarié, sans quoi il ne pourra prétendre à l'indemnisation du congé.

Comme le soulignait l'IGAS en 2018 ⁽¹⁾, « *pour certaines professions (par exemple dentiste équin), la condition d'être effectivement remplacé dans les travaux de l'exploitation n'est pas adaptée, en raison des difficultés pour trouver un remplaçant ou de l'exigence particulière de l'activité* ».

Les mêmes difficultés avaient été constatées pour le congé maternité des agricultrices non salariées. Ainsi, en 2018, près de 40 % des exploitantes agricoles ne bénéficiaient pas de l'allocation de remplacement, soit parce qu'elles n'en faisaient pas la demande, soit parce qu'elles ne trouvent pas de remplaçant en raison d'une activité agricole très spécifique ou d'une carence globale de l'offre de remplacement. C'est pour cette raison que l'article 71 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a mis en place, pour les cheffes d'exploitation ou d'entreprise agricole, une indemnité journalière forfaitaire lorsque leur remplacement ne peut être effectué.

(1) Hervé Gosselin, Carole Lépine, « Évaluation du congé paternité », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), juin 2018.

L'organisation du remplacement pour le congé maternité des cheffes d'exploitation agricole

« Les dispositions des articles R. 732-24 et R. 732-25 du code rural et de la pêche maritime prévoient que le bénéfice de l'allocation de remplacement doit être demandé à la caisse de mutualité sociale (CMSA) au moyen d'un formulaire homologué. La caisse transmet immédiatement cette demande au service de remplacement (groupement d'employeurs ayant pour objet principal de mettre des salariés remplaçants à la disposition d'exploitants agricoles). Lorsque le service de remplacement notifie à l'assurée qu'il ne peut pas pourvoir au remplacement (ou s'il ne répond pas dans le délai de quinze jours suivant la réception de la demande), l'assurée a la possibilité d'embaucher directement un ou plusieurs remplaçants. En cas d'impossibilité de se faire remplacer (soit que le service de remplacement n'ait pas proposé de remplaçant, soit que l'assurée n'ait pas trouvé ou n'ait pas souhaité chercher elle-même un remplaçant), l'article R. 732-26 du code rural et de la pêche maritime prévoit que la CMSA verse des indemnités journalières maternité aux cheffes d'exploitation agricole. »

Source : informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement.

Le 5° du I du présent article modifie l'article L. 732-12-1 du code rural et de la pêche maritime, relatif au congé de paternité. Il prévoit que lorsque le remplacement ne peut être effectué, les chefs d'exploitation pouvant bénéficier d'un congé paternité bénéficient d'indemnités journalières forfaitaires. Cette indemnité journalière est subsidiaire, puisque le père ne peut en bénéficier que s'il a au préalable demandé un remplacement. Elle reste évidemment subordonnée à un arrêt de travail effectif du chef d'exploitation.

Ces dispositions s'appliqueront également lorsque l'état de santé de l'enfant nécessite son hospitalisation.

L'évaluation préalable précise que le montant de l'indemnité journalière forfaitaire sera égal à celui versé aux cheffes d'exploitation, soit 56,35 euros en 2021, et revalorisé de 1,5 % chaque année.

Cette disposition, qui sera précisée par décret en Conseil d'État, sera applicable aux arrêts de travail pour paternité débutant à partir du 1^{er} janvier 2022 (III).

D. AMÉLIORATION DE L'INDEMNISATION DES AYANTS DROIT EN CAS DE DÉCÈS D'UN NON-SALARIÉ AGRICOLE

L'article L. 752-7 du code rural et de la pêche maritime prévoit aujourd'hui que les ayants droit des chefs d'exploitation et les cotisants de solidarité touchent une rente en cas de décès d'un non-salarié agricole des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Les cotisants de solidarité

Les redevables d'une cotisation de solidarité sont intégrés dans une fourchette de revenus dont le plafond est constitué par la catégorie de chef d'exploitation et dont le minimum est déterminé par décret. Les conditions sont les suivantes :

– une surface d'exploitation moindre que la surface minimale d'assujettissement (SMA) mais supérieure à un quart de SMA :

– à défaut de ce premier critère, un temps de travail consacré à une activité agricole supérieur à 150 heures par an, mais à un niveau inférieur à 1 200 heures.

Dans ces deux cas, le revenu annuel de l'exploitant doit être inférieur à 800 fois le SMIC annuel.

Les personnes qui entrent dans ce cadre sont donc assujetties à une cotisation de solidarité de 16 %, assise sur les revenus professionnels tirés de l'activité précédant l'exercice pour lequel les cotisations sont dues.

Ces rentes sont calculées sur la base d'une assiette forfaitaire, fixée chaque année par arrêté (et réduite pour les cotisants de solidarité). Le montant de la rente correspond selon l'évaluation préalable « *pour les conjoints, partenaires de PACS, concubins à 40 % de cette assiette, et pour les enfants, à 25 % pour les deux premiers enfants et à 20 % à compter du troisième enfant* ».

| Taux des rentes | Montants annuels des rentes attribuées aux ayants droit des chefs d'exploitations | Montants annuels des rentes attribuées aux ayant droit des cotisants de solidarité |
|---|---|--|
| Pour le conjoint survivant : 40 % | 5 226,78 € | 1 742,26 € |
| Pour le conjoint – Complément de rente de survivant si 55 ans : 20 % | 2 613,39 € | 871,13 € |
| Pour les deux premiers enfants : 25 % | 3 266,74 € | 1 088,91 € |
| À partir du troisième enfant et suivants : 20 % | 2 613,39 € | 871,13 € |
| Pour les orphelins de père et de mère le complément de rente ajouté à la rente est plafonné à 30 %. | 3 920,09 € | 1 306,70 € |

Source : direction de la sécurité sociale.

Le 8° du I étend ce droit à l'ensemble des non-salariés agricoles assurés contre les accidents du travail et maladies professionnelles, et donc aux collaborateurs d'exploitation, aides familiaux et enfants de plus de 14 ans participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation.

Cette disposition sera applicable aux décès survenus à partir du 1^{er} janvier 2022 (III).

*

* *

Article 49

Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit la mise en place d'un dispositif d'intermédiation financière d'application immédiate, sauf opposition des parents, pour le versement des pensions alimentaires.

Dans la lignée de l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 ⁽¹⁾, le dispositif proposé ici vise à prévenir les impayés de pensions alimentaires, en prévoyant, dès la conclusion d'un titre exécutoire fixant le montant et les modalités de versement de la pension alimentaire, la mise en place d'une intermédiation assurée par l'organisme débiteur des prestations familiales (ODPF), à savoir les caisses d'allocations familiales (CAF) et de mutualité sociale agricole (MSA).

L'intermédiation ne peut être mise en œuvre en cas d'opposition des deux parents ou si ceux-ci manifestent, à tout moment, leur volonté d'y mettre fin.

L'article met également en place une nouvelle peine pour les actes destinés à faire échec volontairement à la mise en place de l'intermédiation.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LES IMPAYÉS DE PENSIONS ALIMENTAIRES PÈSENT AVANT TOUT SUR LES FAMILLES MONOPARENTALES

A. UN TROP GRAND NOMBRE D'IMPAYÉS DE PENSIONS ALIMENTAIRES

« Je veux un système où l'on puisse recouvrer beaucoup plus rapidement l'argent auprès des mauvais payeurs. » Ainsi s'exprimait le Président de la République, dans le cadre du Grand débat national, au sujet du problème lancinant des impayés de pensions alimentaires.

1. Les pensions alimentaires demeurent encore insuffisamment recouvrées

● La question de l'absence de paiement ou du paiement partiel des pensions alimentaires constitue en effet une brèche dans le pacte que constitue notre politique familiale et un vecteur de fragilisation des femmes, le plus souvent, dans des situations déjà difficiles.

La prégnance de ce sujet tient d'abord à l'évolution des familles françaises. Depuis le début des années 2010, 425 000 séparations conjugales ont lieu chaque année (divorces, ruptures de pacte civil de solidarité et ruptures d'unions libres). Pour une partie d'entre elles, ces séparations ont lieu dans des couples avec enfants. On compte donc désormais 379 000 enfants chaque année qui font l'expérience de

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

la séparation entre les parents qui en ont la charge ⁽¹⁾. Pour 60 % des enfants concernés, cette séparation a lieu en dehors du cadre codifié du divorce ⁽²⁾.

- Ces séparations, qui donnent lieu en droit au versement de pensions alimentaires, aboutissent pourtant régulièrement à priver le parent qui assure l'entretien et l'éducation de l'enfant de la perception d'une pension alimentaire. Les données les plus récentes dont dispose à ce sujet la rapporteure datent de la mission de préfiguration de la création de l'agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA). Cette mission, portée en septembre 2016 par les inspections générales des affaires sociales et des finances, estimait que 315 000 personnes pourraient être victimes d'impayés partiels ou totaux de pensions alimentaires, soit près d'un tiers des créanciers de ces pensions.

Si le nombre de recouvrement d'impayés a tendance à augmenter, cet ordre de grandeur témoigne de la prévalence de ces impayés, alors même que les populations qui sont bénéficiaires des pensions sont souvent les plus précaires.

2. Cette situation a tendance à fragiliser des populations déjà précaires

- Si les ruptures conjugales se traduisent généralement par une baisse immédiate du niveau de vie des deux anciens conjoints, la baisse du niveau de vie touche plus fort et plus longtemps les femmes que les hommes ⁽³⁾. C'est d'autant plus vrai lorsque les mères exercent la garde de ou des enfants. Ainsi, l'année de leur séparation, la moitié des femmes isolées qui ont la garde de leurs enfants connaissent une baisse de leur niveau de vie au moins égale à 24 % par rapport à l'année qui précède la rupture, contre 12 % des pères dans la même situation.

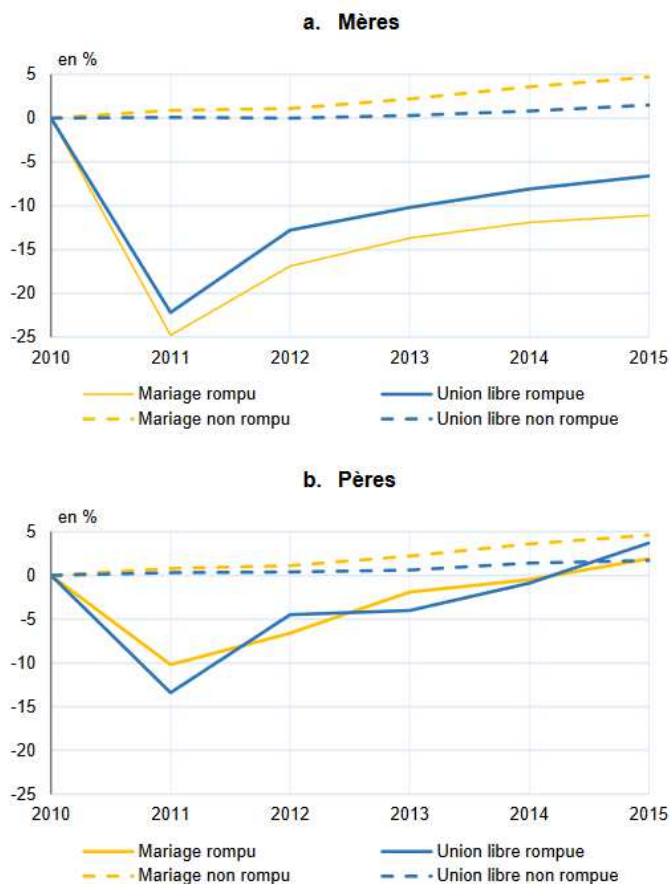
Cet écart dans l'impact de la séparation sur le niveau de vie des parents se répercute par ailleurs jusqu'à plus de cinq ans après la séparation.

(1) Données issues de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère des solidarités et de la santé.

(2) Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA), « Les ruptures de couples avec enfants mineurs. Synthèses et propositions », 21 janvier 2020.

(3) Bonnet C., Garbinti B. et Solaz A., 2015, « Les variations de niveau de vie des hommes et des femmes à la suite d'un divorce ou d'une rupture de Pacs », *Couples et familles, Insee Références*, édition 2015.

Figure 2 : Évolution médiane du niveau de vie des mères et des pères ayant des enfants à charge selon qu'ils ont rompu ou non leur union en 2011



Source : Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « Les ruptures de couples avec enfants mineurs. Synthèses et propositions », 21 janvier 2020.

● Les impayés de pensions alimentaires touchent donc particulièrement une population dont c'est l'une des principales ressources. En effet, selon les dernières données disponibles :

– en 2018, une famille sur quatre est monoparentale, soit deux millions de familles où les enfants résident avec un seul parent, sans conjoint cohabitant ;

– à la même date, 41 % des enfants mineurs vivant dans une famille monoparentale vivent sous le seuil de pauvreté monétaire, contre 21 % de

l'ensemble des enfants. Ce taux atteint 77 % quand le parent n'a pas d'emploi, ce qui est le cas dans un tiers des familles monoparentales ⁽¹⁾ ;

– 82 % des familles monoparentales sont des mères.

3. Le versement de pensions alimentaires est pourtant de droit

La mise au monde d'un enfant emporte, au regard de notre droit civil, des obligations précises, telles que l'obligation alimentaire. Ainsi, au titre de l'article 371-2 du code civil, « *chacun des parents contribue à l'entretien et à l'éducation des enfants à proportion de ses ressources, de celles de l'autre parent, ainsi que des besoins de l'enfant* ». La couverture des besoins doit donc s'entendre à la fois en ce qui concerne les aspects très matériels (nourriture, logement, vêtements, soins) mais aussi d'ordre moral et intellectuel (éducation et formation).

Cette obligation, évidemment applicable de plein droit lorsque les parents sont en couple, se traduit également en cas de séparation. La pension alimentaire devient en l'espèce la forme que prend la contribution de chacun des parents à l'entretien et l'éducation de l'enfant ⁽²⁾.

Modalités de fixation du montant de l'obligation alimentaire

En application de l'article 372-2-2 du code civil, le montant de l'obligation alimentaire peut être fixée dans des titres exécutoires ⁽³⁾.

Le juge fixe le montant de la pension dans les cas suivants :

- un jugement de divorce ;
- une décision judiciaire en cas de saisine de parents non mariés.

Il peut également être amené à homologuer une convention établie par les parents, qu'elle s'inscrive dans une convention de divorce par consentement mutuel ou non.

Le montant de la pension alimentaire peut également être fixé par le biais :

- d'un acte notarié auquel est conféré force exécutoire ;
- d'une convention rendue exécutoire par le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales.

(1) INSEE, « *Les familles en 2020 : 25 % de familles monoparentales, 21 % de familles nombreuses* », 13 septembre 2021.

(2) Article 373-2-5 du code civil.

(3) Le caractère exécutoire de ces titres tient à ce qu'on puisse réclamer créance à la personne à laquelle ils s'appliquent. Ils sont limitativement énumérés à l'article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

Cette situation a conduit les pouvoirs publics à proposer des instruments en faveur du recouvrement des impayés de pensions alimentaires, mis en œuvre par la branche famille et complémentaires des moyens judiciaires de récupération de créances ⁽¹⁾.

B. LA MISE EN PLACE PROGRESSIVE D'UN SYSTÈME D'INTERMÉDIATION FINANCIÈRE

1. Une action résolue en faveur de l'amélioration du recouvrement et du paiement des pensions alimentaires

- Les ODPF, au premier rang desquels on compte les CAF, exercent une mission d'aide au recouvrement des pensions alimentaires depuis 1984. Cette mission est concomitante de la mise en place de l'allocation de soutien familial (ASF).

(1) Les modalités habituelles de récupération d'impayés de pensions alimentaires exercées par les juges sont le paiement direct – paiement de la pension par des tiers (employeurs, organismes bancaires, organismes de versement des prestations) par le biais d'un huissier de justice, aux frais du débiteur –, la saisie ou le recouvrement par le Trésor public.

L'allocation de soutien familial (ASF)

L'ASF, héritière de l'allocation pour les orphelins, a été créée impayées sous ses modalités actuelles par la loi n° 84-1171 du 22 décembre 1984 relative à l'intervention des organismes débiteurs des prestations familiales pour le recouvrement des créances alimentaires.

Cette allocation vise à soutenir les personnes qui assument la charge effective et permanente d'un enfant de moins de 20 ans privé de l'aide d'un ou de ses deux parents. Ne peuvent donc la percevoir que les personnes seules, la mise en couple entraînant la suppression du bénéfice de l'ASF.

Cette allocation se présente sous deux formes :

- elle est versée en cas d'absence de versement d'une pension alimentaire, soit pendant quatre mois si aucune pension alimentaire n'a été fixée, soit de manière permanente si le parent débiteur n'est pas dans une situation adéquate pour assurer l'entretien de l'enfant (insolvabilité, chômage, incarcération, etc) ;
- elle est versée sous la forme d'un complément différentiel lorsque le montant de la pension versée est inférieur au montant de l'ASF.

En 2021, l'ASF a été fixée à un montant de 116,11 euros. Elle est versée à 750 000 allocataires, pour 1 200 000 enfants, selon la distribution suivante :

Tableau 1 : Caractéristiques des bénéficiaires de l'ASF au 31 décembre 2015

| | Nombre |
|--|------------------|
| Nombre de familles | |
| ASF récupérable | 29 309 |
| ASF non récupérable | 716 003 |
| ASF récupérable et non récupérable | 4 341 |
| Total familles | 749 653 |
| Nombre d'enfants | |
| Orphelins des deux parents | 2 420 |
| Sans filiation établie | 1 944 |
| Abandonnés (*) par leurs deux parents ou parents hors d'état | 5 219 |
| Orphelins d'un des deux parents | 188 022 |
| Dont filiation établie par un seul parent | 364 376 |
| Abandonnés (*) par un des deux parents (ASF recouvrable) | 52 872 |
| Un parent hors d'état ou pas de pension fixée | 485 951 |
| Délai de 4 mois suite demande RSA | 72 085 |
| Cas mixtes | 7 493 |
| Total enfants | 1 180 382 |

(*) Abandonnés au sens financier.

Source : CNAF.

Source : IGAS, IGF, IGSI, Rapport sur la création d'une agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires, septembre 2016.

- Cette expertise ancienne a justifié leur choix pour la mise en œuvre d'une garantie contre les impayés de pensions alimentaires (Gipa), d'une façon d'abord expérimentale en 2014, puis sur l'ensemble du territoire à partir du 1^{er} avril 2016 ⁽¹⁾. Ce premier dispositif, s'il permettait d'étendre les possibilités de recouvrement par paiement direct ou encore de réduire le nombre de mois de défaillance du débiteur

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

avant que le créancier ne bénéficie de l'ASF, ne permettait toutefois pas de prévenir les impayés eux-mêmes.

La création de l'Agence de recouvrement des impayés de pensions alimentaires (ARIPA) au 1^{er} janvier 2017 ⁽¹⁾ a permis de supprimer l'obligation pour le parent créancier de présenter la preuve qu'il a lui-même engagé une procédure de recouvrement, le plus souvent au moyen d'un huissier. La création de cette agence, gérée par les CAF, a permis d'augmenter de 70 % le nombre de procédures de recouvrement entre 2017 et 2018 ⁽²⁾.

● L'ARIPA, rattachée à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et en lien avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), soulage les parents créanciers. Son action se décline sous les modalités suivantes :

– le recouvrement des impayés de pension alimentaire et l'avance de l'ASF aux parents isolés ;

– l'intermédiation financière sur décision du juge pour les créancières victimes de violences conjugales dès 2017 ;

– la délivrance de titres exécutoires sur la base d'un barème national aux parents concubins et pacsés qui se séparent, depuis juillet 2018.

● Il manquait toutefois encore les modalités de prévention des impayés, plutôt que les seules procédures de recouvrement. C'est pourquoi ce Gouvernement et cette majorité, à l'issue du Grand débat national, ont mis en place un service public d'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA) ⁽³⁾.

D'abord applicable aux nouvelles séparations au 1^{er} juin 2020, ce service est, depuis le 1^{er} janvier 2021, pleinement applicable aux parents qui en font la demande, y compris si leurs séparations datent d'avant juin 2020. Il permet d'engager une intermédiation :

– dès la fixation du montant de la pension et de ses modalités de versement, par l'un des actes prévus au I de l'article 372-2-2 du code civil ;

– par décision du juge si le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice qui concerne le parent débiteur ⁽⁴⁾ ;

– à la décision du juge, quand l'un des deux parents en fait la demande ;

(1) Article 41 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(2) HCFEA, op. cit.

(3) Article 72 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(4) Cette possibilité était déjà ouverte en amont de la mise en place de l'IFPA.

– surtout, à la demande de l’un des deux parents à l’ODPF, dès lors qu’ils sont titulaires d’un titre fixant les garanties et les modalités de paiement des pensions alimentaires et que celles-ci sont fixées en tout ou partie à un montant numéraire.

● Ces pensions sont versées sous réserve que les conditions suivantes soient satisfaites :

– le parent créancier satisfait des conditions de stabilité de résidence et de régularité de séjour ⁽¹⁾ ;

– le parent débiteur remplit la seule condition de résidence ⁽²⁾ ;

– le parent débiteur est en situation de faire face à ses obligations au regard de la pension alimentaire ⁽³⁾.

● Concrètement, le parent débiteur est ainsi tenu au paiement des pensions alimentaires selon les modalités classiques jusqu’à la mise en place de la procédure d’intermédiation, au cours de laquelle la CAF remplace le parent créancier dans la relation financière. C’est au titre de cette substitution que la mise en œuvre de l’intermédiation financière emporte mandat du parent créancier au profit de la CAF de procéder pour son compte au recouvrement de la créance alimentaire et que la CAF est également subrogée dans les droits du créancier pour ce qui est de la récupération de l’ASF, le cas échéant. L’organisme bancaire qui héberge les fonds du parent débiteur a enfin la responsabilité, dans des conditions qui devront faire l’objet d’un décret, de prévenir la CAF directement en cas de risque d’impayé lié à la clôture du compte ou à l’insuffisance des réserves financières.

● Cette intermédiation, enfin, prend fin :

– en cas de décès de l’un ou l’autre des parents, ou de l’enfant ;

– à la date de fin telle qu’elle est inscrite dans le titre prévoyant l’intermédiation, ou la substitution de ce titre par un autre qui ne prévoirait pas le paiement d’une pension alimentaire par le biais de cette procédure d’intermédiation ;

– à la demande de l’un des deux parents, sous réserve du consentement du second et sauf en cas de plainte ou de condamnation pour faits de menaces ou de violences volontaires de la part du parent créancier.

(1) Article L. 512-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Id.

(3) Selon le décret n° 2014-1226 du 21 octobre 2014 relatif à l’expérimentation du renforcement des garanties contre les pensions alimentaires impayées, trois situations principales permettent de qualifier un débiteur comme étant « hors d’état » de faire face à ses obligations : son insolvabilité, l’absence d’adresse connue ou l’obtention d’un statut de réfugié en France après avoir résidé dans un pays que le parent créancier a quitté.

2. Un système d'intermédiation qui connaît une montée en gamme trop lente

● Il est encore tôt, naturellement, pour faire le bilan de la mise en œuvre d'un dispositif qui ne fonctionne « à plein régime » que depuis le 1^{er} janvier de cette année. Il semble pour autant qu'un certain nombre d'éléments démontrent un recours encore insuffisant à cet instrument de prévention des impayés :

– une faible montée en charge. Alors que l'évaluation préalable du dispositif au sein de la loi de financement pour 2020 prévoyait 117 600 demandes entre juin 2020 et mai 2021, pour aboutir à 230 000 demandes à la fin de l'année 2022, l'ARIPA n'avait reçu, à la mi-juillet 2021, que 37 168 demandes ⁽¹⁾ ;

– cet état de fait tient notamment, selon le Gouvernement, au faible taux de renvoi des demandes par les professionnels du droit. Ainsi, seules 473 demandes ont été transmises à l'ARIPA dans ce cadre, émanant toutes des juridictions et aucune d'avocat ou de notaire ⁽²⁾.

Notre assemblée, par le biais des travaux de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) au cours du Printemps de l'évaluation, avait également déjà identifié des problèmes potentiels de mise en œuvre ⁽³⁾. Le rapporteur Stéphane Viry avait notamment souligné les risques potentiels relatifs à l'information des parents, à la potentielle défiance du parent débiteur à l'égard d'un dispositif contraignant ou encore à l'appropriation du dispositif par les professionnels du droit, compte tenu du faible niveau d'ouverture de leurs comptes par les avocats ⁽⁴⁾.

● Face à cette montée en gamme encore trop lente, la rapporteure rappelle les demandes des premières concernées, les mères à la tête de familles monoparentales, qui ont exprimé, dans le cadre des « conférences inversées » organisées à l'occasion du Grand débat, le besoin de la création d'une « *agence publique de "tiers payant" pour les pensions alimentaires à l'image de ce qui se fait au Québec* », en plus de la lutte contre l'organisation de l'insolvabilité des débiteurs.

(1) Évaluation préalable.

(2) Id..

(3) Rapport d'information (n° 4243) déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation (11 juin 2021).

(4) En juin 2021, seuls 200 avocats avaient ouvert un compte sur le portail dédié.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN SYSTÈME AUTOMATIQUE D'INTERMÉDIATION

A. L'AUTOMATISATION DE L'INTERMÉDIATION FINANCIÈRE

1. Un nouveau système...

● Le prolongement de la logique de prévention des impayés de pensions alimentaires conduit le Gouvernement, par le biais du présent article, à proposer une intermédiation automatique, qui supprime l'aléa lié à la nécessité pour un tiers d'en faire la demande. En conséquence, l'article modifie les modalités de fixation du montant et de versement des pensions, tout comme les missions des ODPF.

● Pour ce qui concerne les modalités de fixation des pensions, le 1° du I modifie le II de l'article 373-2-2 du code civil. Le principe de l'intermédiation devient donc la norme dès lors que la pension est fixée par l'un des titres mentionnés au I du même article 373-2-2 ⁽¹⁾. Les exceptions, au nombre de deux, sont les suivantes :

– le refus des deux parents inscrits dans le titre initial ou, s'agissant d'une décision judiciaire, à tout moment de la procédure ;

– à titre exceptionnel, par décision du juge, en cas d'impossibilité de mise en place de l'intermédiation dans des conditions satisfaisantes ⁽²⁾. Pour éviter notamment l'organisation par le parent débiteur de sa propre insolvabilité au moment de la mise en place de l'intermédiation, le 2° du I prévoit que, si cette impossibilité est constatée, l'établissement de l'intermédiation peut à nouveau être demandé devant le juge à tout moment, sur le même modèle que la demande d'établissement *a posteriori* d'une intermédiation auprès de l'ODPF dans les cas communs.

L'un des deux parents peut par ailleurs, sous réserve du consentement de l'autre, demander à mettre fin au dispositif d'intermédiation à tout moment.

Le III du présent article tire les conséquences de cette généralisation de l'intermédiation au sein du code de la sécurité sociale, dans son article L. 582-1. Ainsi, l'intermédiation est mise en œuvre « automatiquement » par la fixation du montant de la pension dans le titre exécutoire mentionné du 1° au 5° de l'article 373-2-2 du code civil ou dans les conditions actuelles, résumées au III du même article. L'article prévoit néanmoins une adjonction aux modalités de cessation de l'intermédiation, à savoir la fin de l'exigibilité de la pension alimentaire.

(1) Mentionnés plus haut dans le présent commentaire, il s'agit des décisions judiciaires, conventions homologuées, actes reçus en la forme authentique et convention à laquelle le directeur de l'organisme débiteur des prestations familiales donne force exécutoire, liste à laquelle le présent article ne change rien.

(2) C'est principalement le cas lorsque le parent débiteur a de fortes chances d'être considéré comme « hors d'état » ou lorsque l'un des deux est à l'étranger.

- Ce dispositif a permis d'atteindre des résultats réels au Québec, par exemple, où le taux de perception des pensions auprès des débiteurs est de 96 % et le taux de pensions payées intégralement et au moment voulu est de 80 %⁽¹⁾. La rapporteure se réjouit donc de cette accélération supplémentaire en faveur du paiement à bon droit des créances, du soutien aux familles monoparentales et de l'égalité entre les femmes et les hommes.

2. ... doublé du système actuel

Comme aujourd'hui, les exceptions ci-dessus ne sont pas applicables lorsque le parent débiteur a fait l'objet d'une plainte ou d'une condamnation pour des faits de menaces ou de violences volontaires sur le parent créancier ou l'enfant, ou lorsque de telles menaces ou violences sont mentionnées dans une décision de justice concernant le parent débiteur. Cette précision est destinée à éviter toute pression de la part du parent débiteur potentiellement violent pour mettre fin à mauvais escient à l'intermédiation. L'intermédiation est alors mise en œuvre dès que l'une des parties à la procédure fait état de ces plaintes, condamnation ou menaces.

Par ailleurs, l'un des parents pourra toujours, en application du 2^o, demander ultérieurement la mise en place de l'intermédiation, dès lors que la pension est issue d'un des titres susmentionnés et qu'une partie d'entre elle, au moins, est versée en numéraire⁽²⁾.

B. LE RENFORCEMENT DES SANCTIONS EN CAS D'IMPAYÉS

- La mise en œuvre de l'automatisation de la prévention des impayés de pensions alimentaires se double d'une nouvelle peine, inscrite au 2^o du **IV**. Une peine de six mois d'emprisonnement et de 7 500 euros d'amende sera infligée :

- comme aujourd'hui, aux débiteurs qui ne notifient pas au créancier, en cas de versement direct de la pension, ou à l'ODPF lorsqu'une procédure d'intermédiation est mise en œuvre, un changement de domicile dans un délai d'un mois à compter de ce changement ;

- à compter du 1^{er} janvier 2023, aux créanciers qui, dans le cadre de la procédure d'intermédiation, y font échec en s'abstenant de transmettre à l'ODPF les informations nécessaires à l'instruction et à la mise en œuvre de l'intermédiation financière, ainsi que tout changement qui pourrait avoir un impact sur cette intermédiation.

(1) Rapport d'information (n° 4243) précité.

(2) Les pensions alimentaires peuvent en effet également prendre la forme d'un hébergement de l'enfant ou d'aides en nature.

L'adaptation de l'échelle des sanctions est le complément adéquat à l'assurance du fonctionnement du service d'intermédiation tout au long de l'obligation de versement des pensions alimentaires.

C. DES ADAPTATIONS DIVERSES

L'article adapte par ailleurs les dispositions actuelles à la mise en œuvre du processus renforcé d'intermédiation. Le **II** prévoit à ce titre que, dans l'hypothèse où le débiteur, après un moment d'interruption du versement des pensions alimentaires, commence à s'acquitter de sa dette, cet acquittement ne peut se faire qu'auprès de l'ODPF et non directement auprès du créancier.

Le 3° et le 4° du **I**, le 2° du **II**, le 4° du **III** ainsi que le 3° du **V** tirent des conséquences rédactionnelles du présent article au sein du code de la sécurité sociale et du code pénal.

D. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR EN DEUX TEMPS

• Cette automatisation aura des conséquences réelles sur le volume de traitement des demandes comme sur le budget qui sera engagé *in fine* par la branche famille. Les conséquences sur les CAF et les MSA justifient une entrée en vigueur en deux temps, au **V** du présent article. Ces dernières devront en effet traiter automatiquement tous les versements de pensions fixés par des titres dont on estime le volume annuel actuel ainsi :

– 63 201 jugements pour lesquels une pension alimentaire est fixée, dont 33 957 décisions de divorce et 29 544 jugements hors divorce ;

– 35 000 conventions de divorce par consentement mutuel établies par les avocats ;

– 105 000 décisions de justice qui statuent sur le devenir des enfants et qui traitent de la pension alimentaire ;

– 500 titres délivrés par l'ARIPA ⁽¹⁾.

Il est donc prévu que les nouvelles modalités d'intermédiation seront applicables au 1^{er} mars 2022 pour toutes les décisions de divorce prononcées à partir de cette date et au 1^{er} janvier 2023 pour les autres décisions judiciaires et l'ensemble des autres titres.

*

* *

(1) Évaluation préalable.

Article 50

Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

Adopté par la commission sans modification

L'article 50 vise à améliorer l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides. Pour ce faire, il étend le périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux antiparasitaires vétérinaires, lesquels présentent des effets sur la santé qui sont analogues à ceux des pesticides.

Il assouplit et prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 le dispositif de rattrapage prévu par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020, permettant aux assurés de déposer des demandes d'indemnisation dans des délais dérogatoires au droit commun.

Enfin, il prévoit que les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles présentées par les salariés du secteur agricole en outre-mer, lesquels dépendent du régime général, pourront désormais être instruites sur la base des tableaux du régime agricole, lorsque ces derniers sont plus appropriés aux travaux exercés.

I. LE DROIT EXISTANT : DES PISTES ONT ÉTÉ IDENTIFIÉES POUR AMÉLIORER L'INDEMNISATION DES VICTIMES PROFESSIONNELLES DE PESTICIDES

A. LA CRÉATION DU FONDS D'INDEMNISATION EST UNE AVANCÉE MAJEURE

1. Le fonds a été créé pour remédier aux limites du régime AT-MP pour la réparation des victimes des produits phytopharmaceutiques

Avant la création du fonds d'indemnisation, les victimes professionnelles de pesticides étaient principalement prises en charge dans le cadre de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général et des régimes agricoles.

Cette indemnisation de droit commun pénalisait les travailleurs agricoles non-salariés et ne couvrait pas l'ensemble des personnes potentiellement exposées, à l'instar des non-salariés agricoles ayant pris leur retraite avant le 1^{er} avril 2002 ou des enfants dont la pathologie est directement liée à l'exposition professionnelle de l'un de leurs parents durant la période prénatale.

La reconnaissance d'une maladie en maladie professionnelle

Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, il existe deux voies alternatives pour qu'une maladie soit reconnue maladie professionnelle :

– lorsque la maladie est désigné par l'un des tableaux de maladies professionnelles ⁽¹⁾ et qu'elle a été contractée dans les conditions mentionnées dans ces tableaux (durée d'exposition au risque, type de travaux effectués, etc.), cette maladie est présumée d'origine professionnelle. Pour rappel, il existe deux listes de tableaux de maladies professionnelles, l'une pour le régime général et l'autre pour les régimes agricoles ;

– lorsque la maladie ne correspond pas au descriptif des tableaux de maladies professionnelles, il existe un système complémentaire de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie qui passe par des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Dans ce cas, il revient à la victime de prouver le lien de causalité entre la profession exercée et la maladie. Deux situations peuvent être distinguées :

- si la maladie est désignée dans un tableau de maladies professionnelles mais qu'elle ne remplit pas toutes les conditions de ce tableau (délai de prise en charge, durée d'exposition ou à activité listée), un lien direct avec le travail doit être établi ;
- si la maladie n'apparaît dans aucun tableau, un lien essentiel et direct doit être établi entre le travail habituel et la maladie. La maladie doit également avoir entraîné une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % ou le décès de l'assuré.

(1) Les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales et sont accessibles sur le site de l'institut national de recherche et de sécurité.

Afin de mieux indemniser les victimes de pesticides, l'article 70 de la LFSS 2020 a créé un fonds au sein de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Ses modalités de fonctionnement sont précisées aux articles L. 491-1 à L. 491-7 du code de la sécurité sociale.

La création du fonds vise à répondre à trois objectifs majeurs :

– faciliter la reconnaissance des maladies professionnelles liées aux pesticides en rendant la procédure plus simple, plus rapide et plus juste. L'instruction des demandes d'indemnisation est désormais centralisée au niveau du fonds, ce qui permet de mettre un terme aux difficultés liées aux délais d'instruction, tout en garantissant une stricte homogénéité des décisions sur l'ensemble du territoire ;

– indemniser plus équitablement les non-salariés agricoles grâce à un complément d'indemnisation, qui rapproche désormais leurs modalités d'indemnisation de celles des salariés. Pour ce faire, la base forfaitaire de calcul des indemnisations journalières et des rentes de ces personnes en cas d'incapacité permanente a été relevée ;

– indemniser, au titre de la solidarité nationale, les exploitants agricoles retraités avant 2002 et les enfants exposés pendant la période prénatale du fait de

l'activité professionnelle de leurs parents, lesquels n'étaient jusqu'ici pas éligibles aux réparations des régimes accidents du travail maladies professionnelles.

Les bénéficiaires du fonds d'indemnisation

L'article L. 491-1 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une indemnisation forfaitaire, à leur demande, en réparation des maladies causées par les pesticides des catégories de personnes suivantes :

– au titre des régimes d'assurance obligatoire contre les AT-MP :

* les salariés du régime général et du régime agricole ;

* les non-salariés agricoles ;

* les assurés relevant des régimes obligatoires des AT-MP dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ;

– au titre de la solidarité nationale :

* les non-salariés agricoles pour le versement d'un complément d'indemnisation ;

* les exploitants agricoles retraités et leurs ayants droit, bénéficiaires d'une pension de retraite agricole et qui relevaient d'un régime assurantiel facultatif avant la création du régime AT-MP agricole obligatoire au 1^{er} avril 2002. Il s'agit des retraités indépendants qui n'ont pas cotisé à l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des exploitants agricoles (Atexa) ;

* les enfants atteints d'une pathologie résultant directement de leur exposition prénatale du fait de l'exposition professionnelle de l'un ou l'autre de leurs parents à des pesticides.

Le fonds est financé principalement par les cotisations AT-MP ainsi que par les recettes générées par la taxe sur les produits phytopharmaceutiques.

2. Le fonds n'a été rendu pleinement opérationnel que très récemment

● Le décret d'application de l'article 70 de la LFSS 2020 a été publié le 27 novembre 2020 ⁽¹⁾. Il définit les modalités d'organisation et de fonctionnement du fonds d'indemnisation ainsi que les règles d'instruction des demandes et d'indemnisation des victimes.

Le rapporteur note que malgré la publication tardive de ce décret d'application, l'instruction des demandes déposées depuis le 1^{er} janvier 2020 a bien pu se faire, grâce à la mobilisation des services de la MSA. Ainsi, au 22 juin 2021, près de 380 demandes avaient été déposées auprès du fonds depuis sa création et 270 d'entre elles avaient déjà donné lieu à décision ⁽²⁾.

Le décret du 27 novembre 2020 prévoit que le fonds d'indemnisation est composé d'un conseil de gestion, d'un comité de reconnaissance des maladies professionnelles *ad hoc* chargé d'étudier les demandes des victimes qui ne peuvent

(1) Décret n° 2020-1463 du 27 novembre 2020 relatif à l'indemnisation des victimes de pesticides.

(2) Étude d'impact.

pas invoquer les tableaux de maladies professionnelles au titre de la pathologie dont elles souffrent ainsi que d'une commission d'indemnisation des enfants victimes d'une exposition prénatale aux pesticides.

Le texte précise les modalités de dépôt des demandes d'indemnisation. Ces demandes doivent être déposées auprès des caisses de sécurité sociale dont relèvent les personnes exposées du fait de leur activité professionnelle. Elles doivent être déposées directement auprès du fonds pour les enfants exposés durant la période prénatale.

Le décret définit également les règles de calcul des prestations, et notamment le complément d'indemnisation en faveur des non-salariés agricoles.

● Le fonds est désormais pleinement opérationnel et fait l'objet d'un taux de recours important. Le nombre de demandes de reconnaissances de maladies professionnelles liées aux pesticides, estimé autour de 70 par an avant la création du fonds, a atteint 380 entre le 1^{er} janvier 2020 et le 22 juin 2021 ⁽¹⁾.

B. LE CHAMP DU FONDS D'INDEMNISATION NE PREND PAS EN COMPTE LES PRODUITS ANTIPARASITAIRES

Les débats relatifs au périmètre du fonds d'indemnisation ne sont pas nouveaux. Lors de la création du fonds, un certain nombre d'acteurs avaient regretté que la définition des « pesticides » retenue par le texte ne soit pas suffisamment large, excluant, par exemple, les antiparasitaires vétérinaires.

● En effet, la définition des pesticides retenue pour indemniser les pathologies couvertes par le fonds est celle prévue par la directive du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 ⁽²⁾ et non celle, plus large, figurant dans les tableaux de maladies professionnelles n° 58 et n° 59 du régime agricole ⁽³⁾.

Pour rappel, la directive européenne considère comme étant des pesticides :

– d'une part les produits phytopharmaceutiques au sens du règlement (CE) n° 1107/2009 ⁽⁴⁾. Ces produits permettent de protéger les végétaux en détruisant ou éloignant les organismes nuisibles indésirables (y compris végétaux indésirables) ou en exerçant une action sur les processus vitaux des végétaux. Il s'agit, par exemple, des insecticides, des fongicides, des herbicides, des acaricides, des molluscicides ou des corvicides ;

(1) *Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS) annexé au présent projet de loi.*

(2) *Directive n° 2009/128/CE du 21 octobre 2009 instaurant un cadre d'action communautaire pour parvenir à une utilisation des pesticides compatible avec le développement durable.*

(3) *Ces tableaux visent « les produits à usages agricoles, les produits phytosanitaires ou phytopharmaceutiques destinés à l'entretien des espaces verts, ainsi que les biocides et les antiparasitaires vétérinaires, qu'ils soient autorisés ou non sur le territoire de la République française au moment de la demande ».*

(4) *Règlement (CE) n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques et abrogeant les directives 79/117/CEE et 91/414/CEE du Conseil.*

– d’autre part les produits biocides au sens du règlement (CE) n° 528/2012 ⁽¹⁾. Ces produits sont destinés à détruire, repousser ou rendre inoffensifs les organismes nuisibles, à en prévenir l’action ou à les combattre de toute autre manière par une action autre qu’une simple action physique ou mécanique. Il s’agit, par exemple des désinfectants, des produits de protection ou des peintures antisalissures sur les bateaux.

À noter que le chlordécone est bien inclus dans cette définition. Il fait partie, plus précisément, partie des produits phytopharmaceutiques mentionnés au sein du règlement n° 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 concernant la mise sur le marché des produits phytopharmaceutiques, auquel renvoie la directive 2009/128.

À l’inverse, les antiparasitaires vétérinaires ne sont pas considérés comme des « pesticides » par la réglementation européenne. Ils poursuivent en effet avant tout un objectif de traitement des animaux malades, distinct de celui des produits phytopharmaceutiques et des biocides. Ils sont définis par un règlement européen comme étant des « substances qui tuent les parasites ou empêchent leur développement, utilisées en vue de traiter ou de prévenir une infection, une infestation ou une maladie causée ou transmise par des parasites, y compris des substances ayant des propriétés répulsives » ⁽²⁾. Ils relèvent d’une réglementation spécifique, reposant notamment sur le règlement n° 726/2004 du 31 mars 2004 ⁽³⁾.

• En raison des divergences quant à la définition des pesticides à retenir pour le périmètre du fonds d’indemnisation, une disposition a été adoptée en LFSS 2020, prévoyant la remise d’un rapport « évaluant les conséquences quant au périmètre des personnes bénéficiaires du fonds de la définition des pesticides retenue par rapport à celle définie aux tableaux 58 et 59 du tableau des maladies professionnelles ».

Dans le cadre des travaux d’élaboration de ce rapport, qui n’a malheureusement pas été finalisé, le Gouvernement a identifié plusieurs difficultés posées par l’exclusion des antiparasitaires vétérinaires du périmètre du fonds d’indemnisation :

– un problème de lisibilité, tout d’abord. Alors que les antiparasitaires sont aujourd’hui exclus du périmètre du fonds, ils sont mentionnés dans les tableaux des maladies professionnelles dédiés aux pesticides du régime agricole ;

– un problème de cohérence, ensuite. Il apparaît en effet, après expertise de l’état actuel des connaissances scientifiques, que les médicaments antiparasitaires vétérinaires présentent des conséquences sur la santé analogues à celles des pesticides ;

(1) Règlement (UE) n° 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 concernant la mise à disposition sur le marché et l’utilisation des produits biocides.

(2) Règlement (UE) n° 2019/6 du Parlement européen et du Conseil du 11 décembre 2018 relatif aux médicaments vétérinaires et abrogeant la directive 2001/82/CE.

(3) 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.

– un problème d'équité, également. Alors que les travailleurs agricoles qui estiment avoir contracté une maladie professionnelle à la suite d'une exposition à des antiparasitaires peuvent aujourd'hui bénéficier d'une instruction de leur demande sur la base des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole, ce n'est pas le cas des salariés du régime général, qui sont obligés de passer par la procédure « hors tableaux », c'est-à-dire par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. La reconnaissance du caractère « professionnel » de leur maladie est donc plus difficile à obtenir. Quant aux exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002 et aux enfants exposés durant la période prénatale, ces derniers n'ont droit à aucune indemnisation en cas d'exposition aux seuls médicaments antiparasitaires vétérinaires ;

– un problème d'efficacité, enfin. Compte tenu de l'exclusion des antiparasitaires vétérinaires du périmètre du fonds, les demandes d'indemnisation des assurés du régime général ou agricole ayant été exposés aux antiparasitaires ne sont pas instruites par le fonds mais par les caisses dont relèvent les assurés. Ces derniers ne bénéficient donc ni de l'harmonisation de l'instruction des demandes permise par le fonds ni, s'agissant des exploitants agricoles, de l'amélioration de la réparation prévue dans le cadre du fonds.

C. LA SITUATION DÉFAVORABLE DES SALARIÉS AGRICOLES EN OUTRE-MER

Dans les outre-mer – Guadeloupe, Martinique, Guyane, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, La Réunion, Mayotte – les salariés travaillant dans le secteur agricole relèvent du régime général de sécurité sociale, en application du 1^o de l'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale.

Or, les tableaux du régime général n'intègrent pas toutes les pathologies liées aux pesticides prévues par les tableaux du régime agricole. Pour rappel, les deux tableaux du régime agricole qui concentrent la majorité des pathologies liées aux pesticides – à savoir les tableaux n^o 58 (maladie de Parkinson liée aux pesticides) et n^o 59 (hémopathies liées aux pesticides) – n'existent pas pour le régime général.

Par conséquent, les salariés travaillant dans le secteur agricole en outre-mer doivent obligatoirement, contrairement aux salariés agricoles en métropole et aux exploitants agricoles, passer par la voie complémentaire de reconnaissance dite « hors tableaux », qui est plus restrictive – dans la mesure où elle est conditionnée à l'existence d'une incapacité permanente, évaluée au moment de la demande, d'au moins 25 %. Cela pose un problème d'équité majeur, et ce d'autant plus que le tableau n^o 58 du régime agricole a récemment fait l'objet d'une révision, afin de faciliter l'indemnisation des assurés ⁽¹⁾.

(1) *Le décret n^o 2012-665 du 4 mai 2012 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles en agriculture annexés au livre VII du code rural et de la pêche maritime a créé le tableau n^o 58 relatif à la maladie de Parkinson provoquée par les pesticides pour faciliter la prise en charge des assurés agricoles concernés. Ce tableau a été modifié par le décret n^o 2020-1125 du 10 septembre 2020 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre VII du code rural et de la pêche maritime afin d'augmenter le délai de prise en charge de la maladie de Parkinson, qui est ainsi passé à sept ans contre un an auparavant. Suite à cette révision, les assurés agricoles atteints de la maladie de Parkinson avant 2012 et dont la demande de reconnaissance de maladie professionnelle avait fait l'objet d'une décision de refus ont la possibilité de déposer une nouvelle demande de reconnaissance de maladie professionnelle auprès du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.*

Les tableaux de maladies professionnelles dédiés aux pesticides dans le régime général et le régime agricole

Le régime agricole comporte deux tableaux dédiés aux pesticides (les tableaux n° 58 relatif à la maladie de Parkinson et n° 59 relatif aux hémopathies malignes).

Par ailleurs, treize tableaux portent sur des produits susceptibles d'entrer dans la composition des pesticides :

- n° 8 (sulfocarbonisme professionnel) ;
- n° 10 (affections provoquées par l'arsenic et ses composés minéraux) ;
- n° 11 (affections provoquées par les phosphates, pyrophosphates et thiophosphates d'alcoyle, d'aryle ou d'alcoylaryle et autres organo-phosphorés anticholinestérasiques, ainsi que par les phosphoramides anticholinestérasiques et les carbamates anticholinestérasiques) ;
- n° 12 (maladies causées par le mercure et ses composés) ;
- n° 13 (affections provoquées par les dérivés nitrés du phénol, le pentachlorophénol, les pentachlorophénates et les dérivés halogénés de l'hydroxybenzonnitrile) ;
- n° 13 *bis* (affections provoquées par des préparations associant pentachlorophénol (ou pentachlorophénates) avec du lindane) ;
- n° 19 (hémopathies provoquées par le benzène et tous les produits en renfermant) ;
- n° 19 *bis* (affections gastro-intestinales et neurologiques provoquées par le benzène, le toluène, les xylènes et tous les produits en renfermant) ;
- n° 21 (affections professionnelles provoquées par les dérivés halogénés suivants des hydrocarbures aliphatiques) ;
- n° 23 (intoxication professionnelle par le bromure de méthyle) ;
- n° 28 (affections provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) ;
- n° 28 *bis* (affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique et ses polymères) ;
- n° 48 (affections engendrées par les solvants organiques liquides à usage professionnel).

Certains des tableaux susmentionnés possèdent leur équivalent au régime général. Il en va ainsi des tableaux :

- n° 10 du régime agricole (équivalents au régime général : n° 20, n° 20 *bis* et n° 20 *ter*) ;
- n° 11 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 34) ;
- n° 13 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 14) ;
- n° 19 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 4) ;
- n° 19 *bis* du régime agricole (équivalent au régime général : n° 4 *bis*) ;
- n° 21 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 12) ;
- n° 23 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 26) ;
- n° 28 et n° 28 *bis* du régime agricole (équivalents au régime général : n° 43 et n° 43 *bis*) ;
- n° 48 du régime agricole (équivalent au régime général : n° 84).

Les tableaux n° 58 et n° 59 n'ont pas d'équivalent au régime général. À l'inverse, les tableaux n° 9 (dérivés halogénés des hydrocarbures aromatiques), n° 66 (rhinite et asthmes professionnels), n° 74 (furfural et alcool furfurylique) et n° 75 (sélénium et ses dérivés minéraux) du régime général, qui concernent des substances pouvant rentrer dans la composition de pesticides, n'ont pas d'équivalent au régime agricole. Le régime général comporte ainsi, au total, seize tableaux relatifs à des produits susceptibles d'entrer dans la composition des pesticides.

Source : données transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale.

D. UN DISPOSITIF DE RATTRAPAGE QUI SEMBLE TROP COURT

1. Les délais de droit commun pour déposer une demande d'indemnisation

Pour les victimes professionnelles, le délai de saisine du fonds est le même que celui prévu par leurs régimes d'affiliation pour les demandes de reconnaissance de maladie professionnelle. Il est donc de deux ans après la première constatation médicale de la maladie.

S'agissant des enfants, l'article L. 491-7 du code de la sécurité sociale prévoit que leur droit à indemnisation au titre du fonds se prescrit à dix ans à compter de la consolidation du dommage.

2. Un dispositif de rattrapage prévu jusqu'au 31 décembre 2021

Afin de faciliter l'accès au fonds, un dispositif dit de rattrapage a été mis en place par la LFSS 2020. Il est applicable pendant deux ans suivant la création du fonds. Ainsi, jusqu'au 31 décembre 2021 :

– les salariés du régime général et du régime agricole et les non-salariés du régime agricole peuvent saisir le fonds d'une demande d'indemnisation quand bien même le certificat médical faisant état du lien potentiel entre l'activité professionnelle et la maladie aurait été établi plus de deux ans auparavant. La seule condition posée est que le certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition aux pesticides leur ait été délivré après le 31 décembre 2009 ⁽¹⁾ ;

– les non-salariés agricoles ayant accédé à la retraite avant le 1^{er} avril 2002 peuvent déposer une demande d'indemnisation quelle que soit la date de délivrance du certificat médical d'imputabilité ;

– quant aux enfants, ils peuvent demander une indemnisation quelle que soit la date de consolidation de leur état de santé.

Face au retard dans la publication du décret d'application devant préciser le fonctionnement du fonds d'indemnisation, les sénateurs ont adopté en première lecture un article additionnel au PLFSS 2021 visant à étendre le dispositif de rattrapage jusqu'au 31 décembre 2022. Au cours des débats, le Gouvernement a proposé de reporter au PLFSS 2022 une éventuelle prolongation du délai de dépôt des dossiers, en tenant compte de l'impact de la campagne de communication nationale sur le sujet.

Force est de constater que l'ouverture tardive du site Internet et de la plateforme téléphonique permettant d'informer les victimes et de les accompagner

(1) Cette condition se justifie par le fait que les salariés du régime général et les travailleurs agricoles, hors exploitants agricoles retraités avant le 1^{er} avril 2002, ont déjà pu bénéficier d'une indemnisation dans les années 2010, y compris si leur certificat médical initial était antérieur, notamment au moment de la création des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole dédiés aux pesticides.

dans leurs démarches nécessite aujourd’hui une prolongation du dispositif de rattrapage.

II. LE DROIT PROPOSÉ : L’AMÉLIORATION DE L’INDEMNISATION DES VICTIMES PROFESSIONNELLES DE PESTICIDES

Le présent article prévoit trois dispositions permettant d’améliorer l’indemnisation des victimes professionnelles de pesticides. Ces dispositions s’appliqueront aux demandes de reconnaissance de maladies professionnelles déposées à compter de l’entrée en vigueur du présent projet de loi.

A. L’INCLUSION DES ANTIPARASITAIRES VÉTÉRINAIRES DANS LE PÉRIMÈTRE DU FONDS

Les 1° et 2° du **I** modifient l’article L. 491-1 du code de la sécurité sociale de manière à rendre possible l’indemnisation, par le fonds, des maladies causées par des antiparasitaires vétérinaires.

La nouvelle rédaction de l’article L. 491-1 ne fait plus référence à la définition des pesticides figurant dans la directive européenne de 2009 mais définit les pesticides comme regroupant :

– les produits phytopharmaceutiques relevant du règlement (CE) 1107/2009 du Parlement européen et du Conseil du 21 octobre 2009 ;

– les produits biocides relevant du règlement (UE) 528/2012 du Parlement européen et du Conseil du 22 mai 2012 ;

– les médicaments vétérinaires antiparasitaires au sens du 6° de l’article L. 5141-2 du code de la santé publique, à savoir « *tout produit antiparasitaire à usage vétérinaire, ainsi que les produits qui revendiquent une action antiparasitaire externe avec une action létale sur le parasite* ».

B. L’APPLICATION DES TABLEAUX DE MALADIES PROFESSIONNELLES DES SALARIÉS AGRICOLES À L’OUTRE-MER

Le 1° du **II** prévoit l’application des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole ⁽¹⁾ – et non plus du régime général – aux salariés employés dans le secteur agricole en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin lorsque ces salariés ont exercé les travaux énumérés dans ces tableaux.

Le 2° du **II** étend cette disposition à Mayotte.

(1) À savoir ceux figurant au titre V du livre VII du code rural et de la pêche maritime.

La portée de cette disposition est très large. Elle ne concerne pas uniquement les maladies causées par les pesticides et les antiparasitaires. Comme le rappelle l'étude d'impact, d'autres maladies ne sont inscrites que dans les tableaux du régime agricole, à l'instar de la leptospirose et de la maladie de Lyme.

Tant le fonds d'indemnisation des victimes de pesticides que les caisses chargées de la gestion des AT-MP en outre-mer (comme le prévoit le 3° du I du présent article) devront donc instruire les demandes de reconnaissance présentées par les salariés du secteur agricole en outre-mer sur la base des tableaux du régime agricole, lorsque ces tableaux sont plus appropriés aux travaux exercés.

Le rapporteur se félicite de cette disposition qui permet de remédier à une forte inégalité de traitement entre salariés agricoles, selon qu'ils résident en outre-mer ou en métropole. Il note qu'elle ne fait que sécuriser juridiquement une consigne d'ores et déjà donnée par le Gouvernement aux caisses concernées et au fonds d'indemnisation des victimes de pesticides.

C. L'ASSOUPLISSEMENT ET LA PROLONGATION DU DISPOSITIF DE RATTRAPAGE

Le III du présent article modifie l'article 70 de la LFSS 2020 de manière à prolonger d'un an, soit jusqu'au 31 décembre 2022, le dispositif de rattrapage. Il reporte, par conséquent, au 1^{er} janvier 2023 la date de bascule vers les délais de prescription de droit commun prévus par la loi.

Par ailleurs, le 1° du III permet aux salariés du régime général et aux travailleurs agricoles de déposer, jusqu'au 31 décembre 2022, une demande d'indemnisation dès lors que leur certificat médical initial a été établi avant le 31 décembre 2019, et ce y compris s'il a été établi avant le 1^{er} janvier 2010. Cette disposition permet d'améliorer la lisibilité du dispositif, les règles relatives aux délais de dépôt des demandes d'indemnisation étant désormais les mêmes pour toutes les victimes professionnelles de pesticides.

Le rapporteur se félicite de l'assouplissement et de la prolongation du dispositif de rattrapage. Il insiste sur la nécessité de promouvoir autant que possible l'accès au fonds d'indemnisation auprès des publics concernés, grâce aux différents relais que sont les organismes de sécurité sociale, les professionnels de santé ou les associations.

*

* *

Article 51

Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à permettre aux travailleurs indépendants non agricoles (artisans, commerçants, professions libérales, micro-entrepreneurs, artistes-auteurs) affectés par les fermetures administratives depuis le début de la crise sanitaire de valider, en 2020 et en 2021, un nombre de trimestres équivalent à la moyenne des trimestres validés sur les années 2017, 2018 et 2019. Le coût de cette mesure est estimé à plus de 90 millions d'euros.

I. DES DROITS À LA RETRAITE AFFECTÉS DANS DES PROPORTIONS DIFFÉRENTES PAR LES RESTRICTIONS SANITAIRES

A. UNE DIMINUTION DE DROITS À LA RETRAITE LIÉE À LA BAISSÉ D'ACTIVITÉ...

Les mesures prises par l'État pour faire face à la crise sanitaire, en particulier les fermetures administratives, ont entraîné une baisse inédite de l'activité des travailleurs indépendants dans divers secteurs : tourisme, hôtellerie, restauration, culture, événementiel, sport ou encore commerce de détail non alimentaire. Ces mesures ont généré une perte de revenus substantielle pour les travailleurs indépendants concernés et, par conséquent, une réduction de leurs droits à la retraite.

En effet, la validation de trimestres de retraite de base des travailleurs indépendants dépend de leurs revenus d'activité. De manière mécanique, une baisse du nombre de trimestres validés entraîne un recul de l'âge de départ à la retraite à taux plein.

B. ... DANS DES PROPORTIONS VARIABLES SELON LE STATUT DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

L'effet potentiel de la baisse d'activité sur les droits à la retraite de base, présenté dans l'étude d'impact, varie selon le statut des travailleurs indépendants.

- S'agissant des artisans, des commerçants et des professionnels libéraux dits « classiques », c'est-à-dire cotisant « au réel », la perte maximale est d'un trimestre de retraite de base. En effet, ils doivent s'acquitter de cotisations d'assurance vieillesse de base assises sur une assiette minimale, ce qui leur permet de valider au moins trois trimestres de retraite de base par an.

Il est rappelé que les cotisations des travailleurs indépendants ont été intégralement prises en charge en 2020 lorsque ceux-ci relevaient des secteurs

fortement touchés par la crise sanitaire, mentionnés ci-avant, et que leurs revenus ont connu une baisse importante ⁽¹⁾.

- S’agissant des micro-entrepreneurs, la perte maximale est de quatre trimestres de retraite de base : les cotisations sont calculées proportionnellement au chiffre d’affaires, sans être assises sur une assiette minimale.

Par ailleurs, les dispositifs d’aide aux micro-entrepreneurs prévus par le législateur ⁽²⁾ consistent non pas en une prise en charge des cotisations mais en une réduction d’assiette de cotisations, ce qui entraîne une réduction du montant de cotisations affecté au régime d’assurance vieillesse de base et donc une réduction automatique des droits à la retraite de base.

- S’agissant des artistes-auteurs, affiliés au régime général sur le fondement de l’article L. 382-1 du code de la sécurité sociale mais exerçant leur activité de manière indépendante, ils sont susceptibles d’avoir perdu jusqu’à quatre trimestres de retraite de base. En effet, leurs cotisations sont appelées sur la base de leurs traitements et salaires perçus sur l’année ou leur chiffre d’affaires annuel déclaré, selon la catégorie de l’artiste-auteur.

Il convient de noter que les revenus artistiques ne constituent pas en général les principaux revenus de la majorité des 220 000 artistes-auteurs : les effets des restrictions sanitaires sur cette catégorie de travailleurs devraient donc être limités ⁽³⁾. Selon l’étude d’impact, entre 50 000 et 60 000 artistes-auteurs pourraient éligibles aux mesures d’aides précitées. Toutefois, seuls 25 000 d’entre eux auraient connu une perte de revenus les rendant éligibles au présent dispositif.

II. UN DISPOSITIF VISANT À COMPENSER DE MANIÈRE JUSTE LA PERTE DE DROITS À LA RETRAITE

A. UN MÉCANISME FONDÉ SUR LA SITUATION PASSÉE DE CHAQUE TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Le présent article propose de valider gratuitement, au titre des années 2020 et 2021, une période d’assurance au régime d’assurance vieillesse de base de telle manière que les travailleurs indépendants et les artistes-auteurs puissent bénéficier sur ces deux années d’autant de trimestres de retraite de base que la moyenne des trimestres validés sur les années 2017, 2018 et 2019.

Ainsi ils se verront attribuer par la Caisse nationale d’assurance-vieillesse (CNAV) et les sections professionnelles de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) un nombre de

(1) Conformément à l’article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative et à l’article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Id.

(3) À l’instar des salariés, un artiste-auteur doit avoir perçu une rémunération équivalente à 150 heures SMIC sur une année pour valider un trimestre de retraite, et 600 heures SMIC pour en valider quatre.

trimestres de retraite de base correspondant à la différence entre la moyenne des trimestres validés au cours des années 2017 à 2019 au titre de l'activité éligible et le nombre de trimestres validés au titre de l'année 2020 ou au titre de l'année 2021 à raison des revenus, traitements, salaires ou chiffres d'affaires tirés de cette même activité (II). Des aménagements sont prévus dans le mode de calcul si l'activité a débuté en 2018 ou en 2019.

Ainsi, le dispositif permettra de valider au maximum :

– un trimestre pour les travailleurs indépendants « classiques », cotisant « au réel », dans la mesure où la cotisation d'assurance vieillesse est assise sur une assiette minimale qui leur permet déjà de valider trois trimestres par an ;

– quatre trimestres par an, soit huit trimestres sur la période visée (2020 et 2021), pour les micro-entrepreneurs et les artistes-auteurs, compte tenu de l'absence de cotisation assise sur une assiette minimale.

Un décret précisera les modalités de calcul.

B. UN DISPOSITIF CIBLÉ SUR LES SECTEURS D'ACTIVITÉ PÉNALISÉS PAR LA CRISE SANITAIRE

Le I de l'article définit les personnes concernées par cette mesure :

– les travailleurs indépendants visés par les articles L. 631-1⁽¹⁾ et L. 640-1⁽²⁾ du code de la sécurité sociale ainsi que les mandataires sociaux⁽³⁾ éligibles aux mesures d'aide prévues à l'article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative (LFR) pour 2020, aux III et IV de l'article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement pour la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 ou aux II à IV de l'article 25 de la loi n° 2021-953 du 19 juillet 2021 de finances rectificative pour 2021 (1°) ;

– les artistes-auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale⁽⁴⁾ lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 9 de la LFSS 2021 au titre de l'année 2020 ou lorsqu'ils remplissent les conditions définies au V de l'article 25 de la LFR 2021 précitée au titre de l'année 2021 (2°).

Il s'agit donc de personnes relevant des secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, de la culture, du transport aérien, de l'événementiel et du sport,

(1) *Travailleurs non-salariés non agricoles ainsi que leurs conjoints collaborateurs et leurs associés, loueurs de chambres d'hôtes, personnes exerçant une activité de location de locaux d'habitation meublés ou de biens meublés, etc.*

(2) *Notamment artistes ne relevant pas du régime des artistes-auteurs, guides-conférenciers, moniteurs de ski, guides et accompagnateurs de montagne.*

(3) *Mentionnés aux 11°, 12°, 13°, 22° et 23° de l'article L. 311-3.*

(4) *Artistes-auteurs d'œuvres littéraires et dramatiques, musicales et chorégraphiques, audiovisuelles et cinématographiques, graphiques et plastiques, photographiques.*

et des personnes relevant des secteurs d'activité dont l'activité dépend de celle de ces secteurs, qui ont subi une forte baisse de leur chiffre d'affaires.

Les dispositions du présent article s'appliqueront aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2022 (V).

C. UN COÛT ESTIMÉ À PLUS DE 90 MILLIONS D'EUROS

Le dispositif a fait l'objet d'une estimation fondée sur les chiffres figurant dans le tableau ci-après et l'hypothèse selon laquelle il serait divisé par deux entre l'exercice 2020 et l'exercice 2021. En l'absence de données consolidées à ce stade, notamment s'agissant des revenus des artistes-auteurs en 2020, il convient s'insister sur le caractère conventionnel de ce chiffrage.

Moyennent ces réserves, la présente mesure peut être évaluée à 93 millions d'euros au titre des années 2020 et 2021.

COÛT ESTIMÉ DU DISPOSITIF PAR RÉGIME DE RETRAITE

| Régime de retraite | Nombre de bénéficiaires estimés au titre de 2020 | Nombre de trimestres à financer estimés au titre de 2020 | Coût moyen d'un trimestre | Coût 2020 | Coût 2021 | Coût cumulé |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------|-----------------|--------------|-----------------|
| Travailleurs indépendants SSTI | 40 000 TI classiques + 120 000 micro-entrepreneurs | 200 000 | 270 € | 54 M€ | 27 M€ | 81 M€ |
| Professionnels libéraux CNAVPL | 2 100 professionnels libéraux au réel + 15 000 micro-entrepreneurs | 35 000 | 154 € | 5,50 M€ | 2,70 M€ | 8,20 M€ |
| Artistes-auteurs | 25 000 artistes auteurs | 25 000 | 106 € | 2,60 M€ | 1,30 M€ | 3,90 M€ |
| TOTAL | | | | 62,10 M€ | 31 M€ | 93,10 M€ |

Source : commission des affaires sociales à partir de l'étude d'impact (annexe 9 du PLFSS).

D. LA MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF

- Le dispositif sera mis en œuvre directement par les organismes de sécurité sociale gestionnaires de ces régimes, à savoir la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) pour les travailleurs indépendants relevant de la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI) et pour les artistes-auteurs et la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse des professions libérales (CIPAV) pour les professionnels libéraux et micro-entrepreneurs concernés par la mesure.

Dans cette optique, ils pourront procéder entre eux à des échanges de données à caractère personnel ou collecter auprès d'autres administrations des

informations utiles à l'identification des travailleurs indépendants éligibles au dispositif et relatives aux revenus ou aux chiffres d'affaires déclarés par ces travailleurs indépendants. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), précisera les catégories de données pouvant être utilisées ainsi que les garanties apportées aux personnes dans le traitement de leurs données et pour l'exercice de leurs droits **(III)**.

● Les dépenses associées au présent dispositif, c'est-à-dire aux cotisations de retraite de base qui n'ont pas été versées, seront prises en charge par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), selon des modalités fixées par décret **(IV)**. Sur le modèle de ce qui se fait déjà pour la prise en charge des périodes d'activité partielle des salariés ⁽¹⁾, le FSV versera une compensation financière aux régimes de retraite concernés, en fonction du nombre de trimestres effectivement attribués.

*

* *

(1) Les périodes d'activité partielle comprises entre le 1^{er} mars 2020 et le 31 décembre 2020 ont été prises en compte pour l'ouverture des droits à la retraite de base des assurés relevant de l'assurance retraite et du régime des salariés agricoles (article 11 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 prévoit que 2020). L'article 8 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a pérennisé la prise en compte des périodes d'activité partielle dans les droits à la retraite au-delà du 31 décembre 2020, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) assurant leur financement.

Article 52

Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à permettre à certains travailleurs indépendants qui n'ont pas pu ouvrir de droits à la retraite de racheter des trimestres de retraite de base. Il s'agit des travailleurs indépendants dont l'activité n'était pas reconnue (ostéopathes, chiropracteurs, naturopathes, etc.) ainsi que ceux exerçant ou ayant exercé à Mayotte depuis 2012. Le premier dispositif serait neutre pour les comptes de la branche vieillesse tandis que le rachat de trimestres par les travailleurs indépendants de Mayotte pourrait coûter entre 21,6 et 28,8 millions d'euros en fonction du nombre de trimestres rachetés par an.

I. CERTAINS TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS N'ONT PAS PU OUVRIR DE DROITS À LA RETRAITE

A. UNE SITUATION AFFECTANT LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS DONT L'ACTIVITÉ N'ÉTAIT PAS RECONNUE...

● Certains travailleurs indépendants ont connu des périodes sans affiliation à un régime de sécurité sociale obligatoire dans la mesure où leur activité était considérée par la loi comme irrégulière. Il s'agit principalement des ostéopathes, des chiropracteurs ou des naturopathes. Par conséquent, ces professionnels n'ont versé aucune cotisation ou contribution de sécurité sociale au titre de ces activités et ne se sont donc pas ouverts de droits à la retraite pendant une partie de ces années. Dans un arrêt n° 80-16 447 du 3 février 1982, la Cour de cassation avait en effet estimé qu'un organisme de retraite n'était pas fondé à réclamer des cotisations à une personne exerçant une activité qui n'était pas prévue dans les textes législatifs et réglementaires régissant cet organisme.

Désormais, conformément à l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, l'ensemble des travailleurs indépendants adhèrent à un régime de retraite de base. Cet article a clarifié le partage de l'affiliation entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) et la sécurité sociale des travailleurs indépendants (SSTI) : toute profession qui ne relève pas expressément de la CNAVPL relève depuis cette date de la SSTI.

● Malgré cette évolution législative, les travailleurs indépendants dont l'activité n'était pas reconnue auparavant connaissent une diminution sensible de leur pension. En effet, certains de ces travailleurs ne bénéficient pas d'une pension à taux plein même en liquidant leurs droits après quarante-deux années d'activité. Ainsi, on constate que ces actifs retardent leur départ en retraite pour pouvoir toucher une pension à taux plein. En 2020, l'âge moyen de départ à la retraite des ostéopathes et des chiropracteurs était respectivement de 69 ans et de 75 ans.

B. ... ET CEUX EXERÇANT À MAYOTTE DEPUIS 2012

● Depuis 2012, le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants exerçant leur activité à Mayotte est interrompu ⁽¹⁾. Ces travailleurs sont pourtant assujettis à une cotisation vieillesse en vertu de l'article 28-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte. Toutefois, les travailleurs indépendants n'étaient pas explicitement mentionnés.

Les taux de cotisations de sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants mahorais de 2019 à 2036 n'ont été fixés spécifiquement que par le décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 modifiant le décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et au taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte. Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) travaille encore à l'adaptation du système d'information pour que la caisse de sécurité sociale de Mayotte puisse procéder au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants à compter des cotisations dues au titre de 2022.

Les cotisations n'ont donc pas été recouvrées entre 2012 et 2021 (à l'exception des cotisations des micro-entrepreneurs depuis avril 2020). Cette situation est susceptible de perdurer en fonction de l'avancée du chantier informatique. Par conséquent, les travailleurs indépendants mahorais n'ont pas pu ouvrir de droits à retraite pour la période allant de 2012 à 2021.

II. UN DISPOSITIF DE RACHAT DES TRIMESTRES DE BASE

A. UNE POSSIBILITÉ OUVERTE AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS DONT L'ACTIVITÉ N'ÉTAIT PAS RECONNUE...

1. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article ouvre la possibilité de racheter des trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants non agricoles dont l'activité relevait du régime de base des travailleurs indépendants et de l'assurance vieillesse de base des professions libérales, dès lors qu'ils n'ont pu procéder avant le 1^{er} janvier 2018 à leur affiliation auprès d'aucun régime de base obligatoire, sous réserve du versement de cotisations fixées dans des conditions définies par décret.

Un décret déterminera la liste des professions et les périodes concernées par les possibilités de rachat de trimestres, les conditions d'application du dispositif, notamment les barèmes et les modalités de versement des cotisations, les conditions

(1) Cette situation ne concerne pas les travailleurs indépendants relevant du régime vieillesse des professions libérales, affiliés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL).

de leur prise en compte dans le calcul de la pension ainsi que la nature des pièces justificatives des périodes d'activité en cause.

La demande de versement devra être effectuée devant la caisse dont dépend la profession. Un aménagement est toutefois prévu pour les assurés passés de la CNAVPL au régime général (SSTI) en 2018. Pour ces assurés, leur régime d'affiliation sera pris en compte et non pas le régime dont relève leur profession. La procédure de rachat de cotisations prévue dans la présente mesure serait ouverte du 1^{er} juillet 2022 au 31 décembre 2026.

L'étude d'impact précise que les organismes de retraite complémentaire des travailleurs indépendants et des professions libérales pourront, le cas échéant, décider d'étendre cette mesure de rachat aux régimes complémentaires dont ils ont la charge.

2. L'impact financier

Le versement pourra être effectué, sur une base volontaire, dans des conditions garantissant la neutralité actuarielle. Par conséquent, cette mesure n'affectera pas l'équilibre financier du régime de base des travailleurs indépendants (SSTI, géré par la CNAV) et du régime de base des professionnels libéraux (CNAVPL). Ainsi que le précise l'étude d'impact, *« les versements de l'assuré [devront] intégralement compenser la charge financière qu'entraîne pour le régime de retraite cette acquisition de droits supplémentaires. Il sera par ailleurs tenu compte de l'âge de l'assuré et de ses revenus, mis en regard des données sur l'espérance de vie applicable à une génération. »*

B. ... AINSI QU'À CEUX EXERÇANT À MAYOTTE

1. Le dispositif proposé

Le **II** du présent article vise à ouvrir la possibilité aux travailleurs indépendants non agricoles exerçant depuis le 1^{er} janvier 2012 à Mayotte d'effectuer un versement de cotisations pour valider des périodes d'assurance vieillesse de base. Ces rachats pourront s'effectuer pour les périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2012 et une date ne pouvant excéder le 31 décembre 2022. Les demandes de versement de cotisations devront être présentées entre le 1^{er} juillet 2022 et le 31 décembre 2026. Le dispositif sera ouvert aux personnes ayant déjà liquidé leur pension au titre de leur activité d'indépendant.

Un décret déterminera les conditions d'application du dispositif, notamment le montant des cotisations défini sur la base d'assiettes forfaitaires, les conditions de leur versement, les conditions de leur prise en compte dans le calcul de la pension, ainsi que la nature des pièces justifiant des périodes d'activité en cause.

Il est précisé dans l'étude d'impact que *« le barème de rachat, fixé par décret, permettra d'acquérir trois ou quatre trimestres de retraite de base par année*

non cotisée, puisque la cotisation minimale aurait permis de valider trois trimestres par an si les cotisations avaient été recouvrées ».

2. L'impact financier

Environ 9 000 personnes par an sont potentiellement concernées par cette mesure de rachat. L'impact financier est difficile à estimer car il n'existe pas de données disponibles dans la mesure où aucune retraite n'a été liquidée depuis 2012. Selon l'étude d'impact, l'impact financier serait probablement marginal au regard du niveau des retraites à Mayotte. La retraite moyenne servie au régime général pour les salariés du privé est de 282 euros ; elle est en moyenne de 617 euros pour un assuré ayant une durée d'assurance complète.

Dans l'hypothèse d'un taux de recours égal à 100 %, le montant total des cotisations versées pour racheter ces trimestres oscillerait entre 21,6 (rachat de trois trimestres par an) et 28,8 millions d'euros (rachat de quatre trimestres par an).

IMPACT FINANCIER POUR LES COTISANTS

| | Coût total pour le cotisant | Coût total du dispositif |
|--|-----------------------------|--------------------------|
| Pour 3 trimestres rachetés par an | 2 400 € (218 € par an) | 21,60 M€ |
| Pour 4 trimestres rachetés par an | 3 200 € (291 € par an) | 28,80 M€ |

Source : étude d'impact (annexe 9 du PLFSS).

*

* *

Article 53

Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à ouvrir le dispositif de retraite progressive aux salariés bénéficiaires d'une convention de forfait ainsi qu'aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés dont les mandataires sociaux.

I. UN DROIT À LA RETRAITE PROGRESSIVE LIMITÉ À CERTAINS SALARIÉS

A. UN DISPOSITIF DE TRANSITION ENTRE L'EMPLOI ET LA RETRAITE...

Créée par loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale, la retraite progressive permet à un salarié de percevoir une partie de sa pension de retraite tout en exerçant une ou plusieurs activités à temps partiel. La retraite progressive était initialement destinée aux personnes ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite afin de les encourager à prolonger leur activité. La loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites a abaissé l'âge d'accès à la retraite progressive pour rendre cette dernière plus attractive.

Ainsi, l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale fixe actuellement trois conditions pour que le travailleur puisse bénéficier de la retraite progressive :

– avoir atteint l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite, minoré de deux ans, c'est-à-dire en principe avoir au moins 60 ans ;

– justifier d'une durée d'assurance retraite d'au moins 150 trimestres, tous régimes de retraite obligatoires confondus ;

– être soit un salarié exerçant une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail, soit un travailleur indépendant justifiant d'une diminution de ses revenus professionnels.

S'agissant de cette dernière condition, l'article R. 351-41 précise que le salarié doit continuer à exercer une activité professionnelle à temps partiel d'une durée comprise entre 40 % et 80 % de la durée légale ou conventionnelle du travail.

Au 31 décembre 2020, 23 000 personnes bénéficiaient d'une retraite progressive au titre du régime général – hors sécurité sociale des indépendants – selon la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV). Le montant mensuel moyen d'une retraite progressive versée par le régime général s'élevait alors à 400 euros.

B. ... À L'ORIGINE D'UNE RUPTURE D'ÉGALITÉ DEVANT LA LOI

Dans deux arrêts du 3 novembre 2016 ⁽¹⁾ de sa deuxième chambre civile, la Cour de cassation a jugé que les salariés dont la durée de travail est fixée par un forfait annuel en jours ne peuvent bénéficier de la retraite progressive, faute d'avoir la qualité de salariés à temps partiel.

Dans une décision n° 2020-885 QPC du 26 février 2021, *Nadine F.*, le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution les mots « *qui exerce une activité à temps partiel au sens de l'article L. 3123-1 du code du travail ou* » figurant au premier alinéa de l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. En effet, les dispositions contestées établissaient une différence de traitement entre les salariés à temps partiel et les salariés en convention de forfait exerçant une activité réduite, c'est-à-dire travaillant un nombre de jours inférieur au plafond légal ou conventionnel, sans rapport avec l'objet de la loi.

Dans la mesure où l'abrogation immédiate des dispositions jugées inconstitutionnelles aurait eu pour effet de priver les salariés travaillant à temps partiel du bénéfice de la retraite progressive, le Conseil constitutionnel a reporté cette abrogation au 1^{er} janvier 2022 afin de laisser le temps au législateur d'adapter la loi et ainsi la mettre en conformité avec la Constitution.

Tel est donc l'objet du présent article.

II. UN DISPOSITIF COMPLÉTÉ ET CLARIFIÉ

A. UN DROIT ÉTENDU AUX SALARIÉS EN CONVENTION DE FORFAIT ET À CERTAINS TRAVAILLEURS NON-SALARIÉS

Cet article élargit le droit à la retraite progressive. Le 1^o du I modifie à cet effet l'article L. 351-15 du code de la sécurité sociale. Le droit à la retraite progressive est étendu aux travailleurs non-salariés, notamment aux mandataires sociaux mais aussi à d'autres catégories d'assurés (vendeurs à domicile, vendeurs-colporteurs de presse, etc.) relevant du régime général des salariés (article L. 311-3).

Il est également précisé que la retraite progressive est ouverte aux seuls assurés exerçant à titre exclusif une activité à temps partiel ou à temps réduit, sauf dans les cas des assurés exerçant soit plusieurs activités à temps partiel, soit plusieurs activités à temps réduit.

La nouvelle rédaction de l'article L. 351-15 mentionne également une condition de durée d'activité, comprise entre deux limites qui sera fixée par décret

(1) Civ. 2^e, 3 novembre 2016, n° 15-26.275 et n° 15-26.276.

en Conseil d'État pour bénéficier du dispositif. Cette condition de durée devrait être similaire à celle applicable aux salariés à temps partiel, c'est-à-dire correspondre à une activité comprise entre 40 % et 80 % de la durée de référence assimilable à du temps plein, légalement fixée à 218 jours pour les salariés en convention de forfait en jours.

Le **II (1° et 2°)** transpose ces changements dans le code rural et de la pêche maritime (articles L. 732-29 et L. 742-3).

La présente mesure, qui entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2022 (**III**), devrait monter en charge progressivement, même si son coût devrait rester maîtrisé au regard du nombre limité de ses bénéficiaires potentiels ⁽¹⁾. Selon l'étude d'impact, il passerait de 2,8 millions d'euros en 2022 à 11,5 millions d'euros en 2025 pour les retraites de base.

B. UN DISPOSITIF LÉGISLATIF CLARIFIÉ

Le présent article procède également à un toilettage juridique du dispositif. Il clarifie et harmonise, pour les salariés et les non-salariés, les cas de suspension et les cas de suppression définitive de la retraite progressive (**2° du I**).

Le **3° du I** transpose les dispositions applicables aux travailleurs indépendants dans le livre VI du code de la sécurité sociale et modifie à cet effet l'article L. 634-3-1.

*

* *

(1) D'après l'étude d'impact, au premier trimestre 2021, seuls 14,5 % des salariés des entreprises de dix salariés ou plus du secteur privé non agricole relevaient du forfait annuel en jours tandis qu'en 2018, 15 % des salariés de 60 ans ou plus au forfait annuel en jours ont travaillé moins de 180 jours.

TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

Dotations 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

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe, pour 2022, la dotation des branches maladie et autonomie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,1 milliard d'euros et 90 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 168,3 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 135 millions d'euros.

I. LA PARTICIPATION DES BRANCHES MALADIE ET AUTONOMIE AU FINANCEMENT DU FONDS POUR LA MODERNISATION ET L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ

Les **I** et **II** du présent article fixent les montants de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche autonomie au financement du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), venu remplacer le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) en 2021.

Le **I** fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds à hauteur de 1 015 millions d'euros en 2022, en légère baisse par rapport à la dotation de 1 035 millions d'euros pour 2021 telle que rectifiée par l'article 9 du présent projet de loi.

Le **II** fixe à 90 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie au FMIS en 2022, au même niveau que celui constaté en 2021.

II. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et désormais la branche autonomie, contribue à certaines actions du Fonds d'intervention régional (FIR), qui finance des initiatives et des expérimentations des établissements et services validées par les agences régionales de santé (ARS).

Le **III** du présent article propose de fixer la dotation de la branche autonomie au financement des ARS au titre de leurs actions concernant les prises

en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées à 168,3 millions d'euros en 2022, en hausse de 19 % par rapport à 2020. La dotation de la CNSA aux ARS au titre de ces mêmes missions s'élevait en effet à 141,44 millions d'euros en loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

III. LA PARTICIPATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DE L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX

L'ONIAM est un établissement public administratif de l'État qui indemnise, au titre de la solidarité nationale, les victimes d'accidents médicaux non fautifs ou d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires, de la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), par le virus de l'hépatite C (VHC), par le benfluorex et les médicaments dérivés du valproate de sodium. Les missions de l'ONIAM sont financées par l'assurance maladie, par l'État ainsi que par des recettes propres. Les montants de la dotation allouée par les régimes obligatoires d'assurance maladie varient sensiblement d'une année sur l'autre en fonction des réserves de l'ONIAM.

Le **IV** du présent article propose de fixer la dotation allouée par les régimes obligatoires d'assurance maladie à 135 millions d'euros pour 2022, en hausse de 5 millions d'euros par rapport à 2021. Cette hausse anticipe un risque supérieur d'infections nosocomiales lié à la forte fréquentation des établissements de santé depuis le début de la crise sanitaire. Le fonds de roulement de l'établissement serait fixé en 2022 à 51 millions d'euros, niveau prudentiel correspondant à près de trois mois de dépenses d'indemnisation et permettant de prévenir tout aléa sur la constatation des dépenses d'indemnisation pour l'année à venir.

*

* *

Article 55

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 229,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 228,1 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Pour l'année 2022, l'article 57 fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (ci-après appelée « branche maladie ») :

– pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 229,6 milliards d'euros, en hausse de 4,8 % par rapport à l'objectif de dépenses fixé en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 (219,1 milliards d'euros) ;

– pour le régime général de la sécurité sociale, à 228,1 milliards d'euros, en hausse de 4,8 % par rapport à l'objectif de dépenses fixé en LFSS 2021 (217,6 milliards d'euros).

Le présent commentaire d'article se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche.

Le périmètre des dépenses du régime général et des régimes obligatoires de base

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ⁽¹⁾ a entraîné un vaste mouvement d'intégration financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, le régime général compensant le solde des autres régimes. Cela conduit à rapprocher le périmètre des dépenses du régime général et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

La différence entre les deux périmètres, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros, comprend les prestations ne relevant pas des « frais de santé » portées par les autres régimes existants. Il s'agit en pratique des prestations en espèces (notamment les indemnités journalières) et des dépenses d'action sociale.

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

I. UN OBJECTIF DE DÉPENSES DE 2021 LARGEMENT DÉPASSÉ

Les dépenses de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale seraient, en 2021, supérieures de 13,1 milliards d'euros à l'objectif fixé en LFSS 2021 ⁽¹⁾. Les effets de la crise sanitaire sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) 2021, détaillés dans le commentaire de l'article 8, expliquent la forte hausse des dépenses de la branche.

(1) « Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 et 2021 », rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020.

L'objectif de dépenses de la branche et l'ONDAM

Les deux objectifs ne se recoupent pas : l'ONDAM intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire), les dotations de la branche autonomie aux établissements et services médico-sociaux, mais ne prend pas en compte certaines prestations à la charge de l'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité (indemnités journalières) ou des prestations invalidité-décès.

Les dépenses de la branche maladie en 2021 ont ainsi diminué de 3,4 %, en raison des transferts de dépenses de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de la création de la branche autonomie – du fait de la création de la branche autonomie, le périmètre de dépenses de la branche maladie s'est réduit de 25,9 milliards d'euros – alors que l'ONDAM augmentait dans le même temps de 7,4 %.

Alors qu'en 2020, le déficit de la branche maladie du régime général s'effondre à un niveau inédit (29,8 milliards d'euros), le solde se redresserait légèrement mais demeurerait à un niveau élevé en 2021, à hauteur de 29,4 milliards d'euros.

II. UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN 2022 EN BAISSSE DE 0,9 % PAR RAPPORT AUX DÉPENSES RÉALISÉES EN 2021, EN L'ABSENCE DE MESURES NOUVELLES

En 2022, l'objectif de dépenses de la branche maladie pour le régime général de la sécurité sociale est en hausse de 4,8 % (10,5 milliards d'euros) par rapport à l'objectif de dépenses fixé à l'article 96 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

En revanche, il baisserait de 0,9 % par rapport à l'objectif de dépenses de 2021 révisé dans le rapport à la Commission des comptes. Cette baisse correspond, en l'absence de mesures nouvelles, à l'évolution tendancielle des dépenses, incluant les dépenses liées au Ségur de la santé et celles déjà engagées ou provisionnées dans le cadre de la crise.

Ces projections tendanciellees comprennent comme pour 2021 une provision au titre des mesures exceptionnelles de lutte contre l'épidémie à hauteur de 4,9 milliards d'euros. Cette provision est destinée à couvrir à titre principal les conséquences des décisions déjà prises comme l'achat de vaccins (2,6 milliards d'euros de contrats déjà signés) et la poursuite de la campagne de vaccination (0,7 milliard d'euros), ainsi que de nouvelles mesures rendues nécessaires en matière de tests de dépistage (1,6 milliard d'euros).

Les dépenses du Ségur de la santé sont quant à elles estimées à 9,3 milliards d'euros pour la branche maladie.

Aucune mesure nouvelle n'étant prévue ni en recettes ni en dépenses, l'évolution prévue par le présent PLFSS correspond au tendancier des dépenses tel que décrit par le rapport à la Commission des comptes.

CHARGES NETTES DE LA CNAM EN 2021 ET 2022 (HORS MESURES NOUVELLES)

(en millions d'euros)

| | 2021 | 2022 (tendancier) | Évolution (%) |
|---|----------------|-------------------|---------------|
| Charges nettes | 230 719 | 228 580 | - 0,9 |
| Prestations sociales nettes | 208 759 | 208 159 | - 0,3 |
| Prestations ONDAM nettes « maladie-maternité » | 196 808 | 195 727 | - 0,5 |
| Prestations légales « maladie » nettes | 191 768 | 190 785 | - 0,5 |
| Soins de ville | 99 024 | 97 027 | - 2,0 |
| - prestations en nature | 88 981 | 87 328 | - 1,9 |
| - indemnités journalières | 10 043 | 9 699 | - 3,4 |
| Prestations exécutées en établissements | 92 744 | 93 758 | 1,1 |
| Prestations légales « maternité » nettes | 4 156 | 4 225 | 1,7 |
| Soins des Français à l'étranger | 885 | 717 | - 18,9 |
| Prestations hors ONDAM nettes « maladie-maternité » | 11 951 | 12 433 | 4 |
| IJ maternité | 3 034 | 3 103 | 2,3 |
| IJ paternité | 404 | 611 | |
| Prestations invalidité | 6 709 | 6 900 | 2,8 |
| Soins des étrangers en France | 845 | 874 | 3,5 |
| Action sociale et actions de prévention | 535 | 520 | - 2,9 |
| Autres prestations nettes | 424 | 425 | 0,1 |
| Transferts nets | 15 175 | 13 697 | - 9,7 |
| Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques | 704 | 698 | - 0,9 |
| Prise en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM) | 1 129 | 1 169 | 3,5 |
| Financement de fonds et organismes du champ de l'ONDAM | 11 183 | 9 589 | - 14,3 |
| Dépassement forfait CMU-C et soins urgents | 10 | 18 | 0 |
| Charges de gestion courante | 6 759 | 6 701 | - 0,9 |
| Autres charges nettes | 27 | 23 | - 13,5 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

III. À PARTIR DE 2022, LE TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE SE STABILISERAIT

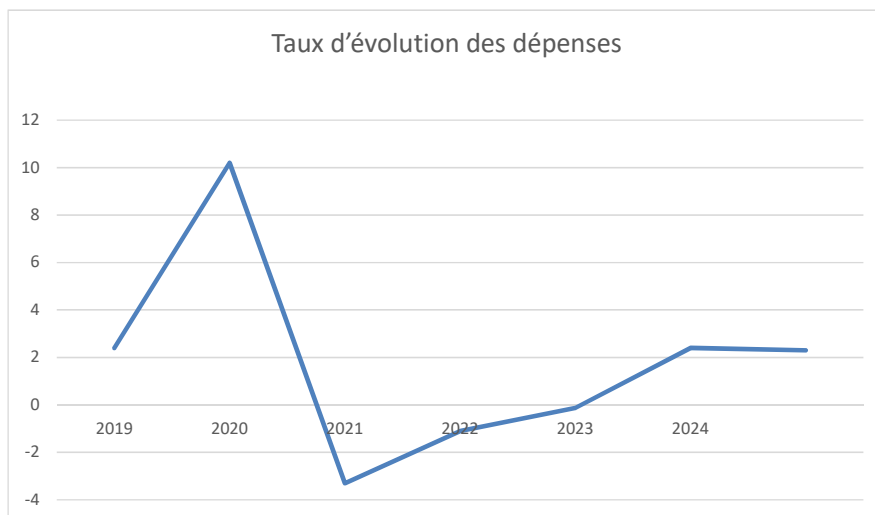
Les dépenses de la branche maladie du régime général diminueraient à partir de 2022, en raison de la diminution des dépenses liées à la covid-19. À partir de 2022, les dépenses retrouvent un rythme presque équivalent à celui prévalant avant la crise sanitaire, tirées par les prestations figurant dans le périmètre de

l'ONDAM ⁽¹⁾ (pour rappel, l'ONDAM augmenterait de 2,4 % entre 2022 et 2023 et de 2,3 % entre 2023 et 2024).

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|-------|
| Dépenses | 211,5 | 216,6 | 238,8 | 230,7 | 228,1 | 227,8 | 233,3 | 238,7 |
| Évolution (%) | | 2,4 | 10,2 | - 3,3 | - 1,1 | - 0,13 | 2,4 | 2,3 |



Source : commission des affaires sociales à partir des données de l'annexe 4 du PLFSS.

*
* *

(1) D'après le tableau d'équilibre financier pour 2022 figurant à l'annexe 4 du projet de loi.

Article 56

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 236,3 milliards d'euros pour 2022, en diminution de 0,6 % par rapport à 2021 (et en augmentation de 3,8 % hors crise sanitaire), et précise sa déclinaison en sous-objectifs.

Le présent article fixe l'ONDAM pour 2022 à un niveau inédit en loi de financement de la sécurité sociale : 236,3 milliards d'euros.

L'ONDAM 2022 est, à périmètre constant, en baisse de 0,6 % par rapport à l'ONDAM 2021 rectifié, du fait de la très importante sur-exécution de l'ONDAM en 2021, liée aux dépenses exceptionnelles dues à la crise sanitaire (*cf.* commentaire de l'article 8).

ÉVOLUTION DE L'ONDAM ENTRE 2021 ET 2022

(en milliards d'euros)

| | ONDAM 2021 rectifié avec le périmètre utilisé pour construire l'ONDAM 2022 (2) | ONDAM 2022 proposé en PLFSS 2022 (1) | Taux d'évolution (1)/(2) |
|--|---|---|-------------------------------------|
| Dépenses de soins de ville | 104,5 | 102,1 | - 2,3 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 93,5 | 95,3 | 1,9 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux | 26,6 | 27,5 | 3,4 % |
| • Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées | 14 | 14,3 | 2,1 % |
| • Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées | 12,7 | 13,3 | 4,8 % |
| Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional | 6 | 5,9 | - 2,1 % |
| Autres prises en charge | 7,1 | 5,4 | - 24 % |
| Total | <u>237,7</u> | <u>236,3</u> | - 0,6 % |

Source : PLFSS 2022.

Chaque sous-objectif de l'ONDAM connaît une évolution différente.

Afin de comprendre les évolutions de l'ONDAM entre 2021 et 2022, il est essentiel de distinguer les effets dus aux changements de périmètre (I), à la croissance « naturelle » des dépenses (II) et à la crise sanitaire (III).

I. DES CHANGEMENTS DE PÉRIMÈTRE MOINS IMPORTANTS QUE L'ANNÉE DERNIÈRE

L'annexe 7 précise que dans sa globalité, le niveau de l'ONDAM est affecté à hauteur de 0,6 milliard d'euros par les transferts et changements de périmètre.

A. UNE ÉVOLUTION DU CINQUIÈME SOUS-OBJECTIF

● L'ONDAM se décompose actuellement en six sous-objectifs : les soins de ville, les établissements de santé, les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées, les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées, les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) et les « autres prises en charge ».

Avec la création de la branche autonomie, devenue une branche à part entière, il n'est plus question depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 de « contribution de l'assurance maladie aux dépenses » en établissements et services médico-sociaux mais bien de « dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux » pour personnes âgées et handicapées.

● Afin de prendre en compte les propositions du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'intitulé du cinquième sous-objectif de l'ONDAM est modifié pour 2022, et devrait être intitulé « dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement », afin de mieux identifier les dépenses d'investissement. Le périmètre du FIR n'est en revanche pas modifié.

Ce sous-objectif regroupe désormais les dépenses au titre des dispositifs nationaux de soutien à l'investissement au sein du cinquième sous-objectif.

En revanche, seront désormais retracées dans ce sous-objectif les dépenses relatives au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), y compris la contribution de la branche autonomie à ce dernier, auparavant intégrées dans le deuxième sous-objectif. La logique désormais transversale et incluant les établissements médico-sociaux du FMIS justifie à elle seule ce transfert, qui représente 1 milliard d'euros.

Le cinquième sous-objectif intègre désormais également les dépenses d'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux au titre des plans d'aide à l'investissement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Ce transfert représente 0,6 milliard d'euros.

Enfin, certaines dépenses relatives aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) seront transférées depuis le deuxième sous-objectif « établissements de santé » pour être intégrées au sein du FIR (pour un montant de 0,4 milliard d'euros) dans ce cinquième sous-objectif.

Au total, l'élargissement du cinquième sous-objectif correspondrait donc à 1,9 milliard d'euros en 2022.

B. LES TRANSFERTS AFFECTANT MARGINALEMENT LE NIVEAU DE L'ONDAM

Le conventionnement des établissements médico-sociaux pour adultes en Belgique prévu par la LFSS 2020 a pour effet d'entraîner un transfert de périmètre (0,2 milliard d'euros) entre le sixième sous-objectif de l'ONDAM, au titre des soins des Français à l'étranger, vers le quatrième sous-objectif de l'ONDAM au titre du financement des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

II. EN TENDANCIEL, L'ONDAM 2022 EST EN BAISSÉ DE 0,7 %

A. UN NOUVEAU MODE DE CALCUL DU TENDANCIEL

Suite à des critiques formulées notamment par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2021 propose une nouvelle méthode pour calculer l'évolution tendancielle de l'ONDAM.

Pour le sous-objectif « établissements de santé », cette estimation tient désormais compte du nouveau protocole pluriannuel de financement des établissements, signé entre les fédérations hospitalières et l'assurance maladie en février 2020, qui prévoit une hausse des dépenses du sous-objectif de 2,4 % par an entre 2020 et 2022. Le tendanciel tient également compte des mesures du Ségur de la santé (revalorisations salariales, soutien à l'investissement...) dont le coût a déjà été intégré à la trajectoire présentée lors de la dernière LFSS.

Surtout, en ce qui concerne les soins de ville, le rapport propose d'estimer dès le tendanciel l'effet des actions de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville. Ainsi, les programmes d'efficience menés par l'assurance maladie (maîtrise médicalisée, lutte contre la fraude) sont désormais directement pris en compte dans l'évolution tendancielle du sous-objectif « soins de ville », conduisant à diminuer le niveau celle-ci d'environ 0,85 point par rapport à l'ancienne méthode, et celui de l'ensemble de l'ONDAM d'environ 0,4 point.

B. AVANT MESURES NOUVELLES, DES DÉPENSES EN BAISSÉ DE 0,7 %

Avant mesures nouvelles, les dépenses dans le champ de l'ONDAM baisseraient de 0,7 % en 2022.

Cette prévision intègre 1,7 milliard de dépenses supplémentaires au titre du Ségur de la santé.

Elle intègre également une provision au titre de la crise sanitaire, à hauteur de 4,9 milliards d'euros. Cette provision devrait permettre de couvrir :

– les achats de vaccins déjà conclus (2,6 milliards d’euros correspondants aux contrats déjà signés) ;

– la poursuite de la campagne de vaccination (0,7 milliard d’euros) ;

– de nouvelles mesures rendues nécessaires en matière de tests de dépistage (1,6 milliard d’euros).

Pour mémoire, alors que 4,3 milliards d’euros avaient été provisionnés pour la crise sanitaire dans l’ONDAM 2021, 14,8 milliards d’euros ont finalement été dépensés à ce titre.

III. HORS CRISE SANITAIRE, LES DÉPENSES AUGMENTENT DE 3,8 % PAR RAPPORT À 2021, SANS AUCUNE ÉCONOMIE RÉALISÉE SUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

En 2021, le contexte a conduit le Gouvernement à évaluer l’évolution des dépenses avant mesures nouvelles d’économies mais également hors crise sanitaire et Ségur de la santé. Pour 2022, l’ONDAM est également présenté hors crise sanitaire.

ÉVOLUTION DE L’ONDAM ENTRE 2021 ET 2022 HORS CRISE SANITAIRE

| | ONDAM 2021 rectifié avec le périmètre utilisé pour construire l’ONDAM 2022 (2) | ONDAM 2022 proposé en PLFSS 2022 (1) | Taux d’évolution (1)/(2) |
|--|---|--|-----------------------------|
| Dépenses de soins de ville | 96,9 | 100,2 | 3,3 % |
| Dépenses relatives aux établissements de santé | 91,2 | 94,9 | 4,1 % |
| Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux | 26,4 | 27,5 | 4,2 % |
| • Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées | 13,7 | 14,3 | 4,4 % |
| • Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées | 12,7 | 13,3 | 4,7 % |
| Dépenses relatives au Fonds d’intervention régional | 5,7 | 5,9 | 3,2 % |
| Autres prises en charge | 2,8 | 2,8 | 2,8 % |
| Total | <u>223</u> | <u>231,4</u> | + 3,8 % |

● Hors crise sanitaire, l’ONDAM passerait, à périmètre constant, de 223 milliards d’euros en 2021 à 231,4 milliards d’euros en 2022.

Hors dépenses liées à la crise, les dépenses des soins de ville augmenteraient ainsi de 3,3 % (alors qu’elles augmenteraient tendanciellement de 3,5 %) afin de tenir compte notamment des mesures de revalorisations conventionnelles engagées en faveur des professionnels de santé. Ainsi, l’ONDAM 2022 intègre notamment le

financement des mesures prévues dans l'avenant n° 9 à la convention médicale signée avec l'assurance maladie en juillet 2021 (initialement provisionné au sein de l'ONDAM 2021), et qui entrera en vigueur en janvier 2022. 1,2 % d'économies sont prévues sur la maîtrise tarifaire et la régulation, issues des protocoles signés entre l'assurance maladie et les différentes professions.

Les dépenses des sous-objectifs « établissements de santé » et « établissements médico-sociaux » sont quant à elles tirées à la hausse par la poursuite de la mise en œuvre des engagements du Ségur de la santé.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, le sous-objectif « établissements de santé » est ainsi en hausse de 4,1 %, soit 3,7 milliards d'euros. En dehors des dépenses liées au Ségur de la santé, le PLFSS 2022 prévoit une augmentation historique des ressources courantes des établissements de santé, dont la progression s'établit à 2,7 %, contre 2,3 % en moyenne sur la dernière décennie, soit une évolution tendancielle supérieure à celle prévue dans le protocole de financement pluriannuel (+ 2,4 %).

De manière exceptionnelle, le sous-objectif « établissements de santé » est construit en n'intégrant aucun impératif d'économies : ils bénéficieront directement du fruit des actions d'efficience qu'ils continueront à mener.

Le sixième sous-objectif « autres prises en charge » augmente légèrement du fait l'augmentation du recours aux soins des Français à l'étranger (considérablement ralenti du fait de la crise sanitaire les années précédentes) ainsi que du financement de nouvelles missions confiées aux opérateurs et fonds financés par les dépenses d'assurance maladie (notamment du fait de la mise en œuvre de la loi relative à la bioéthique).

Enfin, l'annexe 7 retrace exceptionnellement les dépenses relatives aux dépenses de produits de santé. La construction de l'ONDAM 2022 repose ainsi sur une hausse sous-jacente des dépenses de produits de santé de 2,7 % pour 2022, dans la continuité des engagements pris par le Gouvernement lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé, qui prévoit une hausse moyenne de ces dépenses de 2,4 % par an entre 2022 et 2024.

*

* *

Article 57

Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les montants, pour l'année 2022, des contributions de la branche AT-MP du régime général 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 ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.

A. LES DOTATIONS AUX FONDS DESTINÉS À L'INDEMNISATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Les **I et II** du présent article fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante.

1. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public national à caractère administratif, assure la réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit.

Ses recettes sont essentiellement constituées de dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et de l'État, auxquelles s'ajoute le produit des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, ainsi que les reprises sur provisions. En 2022, la dotation de l'État ⁽¹⁾ est maintenue à 8 millions d'euros dans le projet de loi de finances (avant mise en réserve de crédits) et les autres produits du fonds devraient s'élever à 80,2 millions d'euros, contre 84 millions d'euros en 2021.

La dotation de la branche AT-MP du régime général au FIVA est, quant à elle, fixée par le **I** du présent article à 220 millions d'euros en 2022, soit un montant identique à celui consenti en LFSS 2021. Pour rappel, la dotation au FIVA avait diminué de 40 millions d'euros entre la LFSS 2020 et la LFSS 2021. Cette diminution s'expliquait principalement par le montant élevé du fonds de roulement du FIVA, lequel avait eu beaucoup de difficultés à prendre en charge les demandes d'indemnisation en 2020, compte tenu des circonstances exceptionnelles (grèves des transports en janvier 2020 et confinement lié à la crise sanitaire).

(1) Le financement de l'État est retracé sur une action spécifique du programme 183 Protection maladie de la mission Santé qui est très minoritaire dans ce programme dont le reste de la dépense est intégralement consacré à l'aide médicale de l'État.

Les dépenses du fonds, qui ont fortement diminué en 2020 et 2021 sous l'effet de la crise, devraient retrouver, en 2022, leur niveau d'avant crise sanitaire. L'an prochain, le nombre de demandes est estimé à 20 400 et le montant total des dépenses à 369,6 millions d'euros, dont 310 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation.

Le maintien à 220 millions d'euros de la dotation de la branche AT-MP malgré la hausse anticipée des dépenses prises en charge par le fonds induira donc une division par deux du montant du fonds de roulement. Ce dernier devrait s'élever à 53,41 millions d'euros en 2022 ⁽¹⁾. Le rapporteur estime que ce niveau, équivalent à deux mois de charges d'indemnisation, sera suffisant pour assurer le service des prestations en 2022 mais il sera très attentif à ce que le montant du fonds de roulement ne baisse pas davantage dans les années à venir.

LES COMPTES DU FIVA

| | <i>en millions d'euros</i> | | | | | |
|---------------------------------|----------------------------|------------|------------|--------------|--------------|-------------|
| | 2019 | 2020 | 2021 (p) | % | 2022 (t) | % |
| CHARGES | 351 | 310 | 334 | 7,6 | 370 | 10,8 |
| Dépenses d'indemnisation | 302 | 234 | 275 | 17,6 | 310 | 12,7 |
| Provisions | 41 | 67 | 49 | -27,0 | 49 | 0,0 |
| Charges exceptionnelles | 0 | 0 | 0 | - | 0 | - |
| Autres charges | 9 | 9 | 10 | 5,6 | 11 | 11,5 |
| PRODUITS | 361 | 351 | 312 | -11,2 | 308 | -1,2 |
| Subvention Assurance Maladie | 260 | 260 | 220 | -15,4 | 220 | 0,0 |
| Subvention Etat | 8 | 8 | 8 | 0,0 | 8 | 0,0 |
| Reprises sur provisions | 56 | 59 | 54 | -8,9 | 49 | -9,3 |
| Autres produits | 37 | 24 | 30 | 25,7 | 31 | 4,7 |
| Résultat | 10 | 41 | -22 | - | -62 | - |
| Investissements | 1 | 1 | 0 | - | 0 | 62,4 |
| Variation du fonds de roulement | -6 | 48 | -27 | -156,9 | -63 | |
| Fonds de roulement N | 95 | 143 | 116 | -19,1 | 53,41 | -50% |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2021 (avec la correction du montant de fonds de roulement).

2. Le Fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) finance l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), leurs cotisations d'assurance volontaire au titre des régimes de retraite de base et complémentaire et les dépenses supplémentaires supportées par les régimes de retraite de base au titre du maintien à 60 ans de l'âge de départ en retraite des travailleurs de l'amiante.

Le fonds est financé quasi-exclusivement par une contribution de la branche AT-MP du régime général et accessoirement d'une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, fixée par arrêté.

(1) Le montant estimé à 82 millions d'euros pour le fonds de roulement du FIVA, qui figure dans le rapport à la Commission des comptes de septembre 2021, est erroné. Une correction sera apportée dans le rapport définitif.

Le **II** du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au FCAATA à 327 millions d'euros, en baisse de 30 % par rapport à la dotation fixée, en 2021 (468 millions d'euros).

Cette baisse s'explique surtout par une surestimation, l'année dernière, des dépenses qui seraient prises en charge par le fonds en 2021. Estimé à 452 millions d'euros, le montant des dépenses s'élèverait, en fait, à 415 millions d'euros, ce qui permet au FCAATA de dégager un résultat et un résultat cumulé prévisionnels excédentaires en 2021 (à hauteur respectivement de 53 millions d'euros et de 49 millions d'euros). La direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur que cette surestimation de dépenses s'expliquait avant tout par une diminution plus importante que prévue du nombre de bénéficiaires de l'ACAATA (9 109 en 2021, 7 991 en 2022).

Une dotation de 327 millions d'euros devrait permettre, en 2022, l'équilibrage du résultat cumulé du fonds ⁽¹⁾, dans un contexte de baisse tendancielle des dépenses. L'an prochain, le total des charges est évalué à 377 millions d'euros, en diminution de 9,4 % par rapport à la prévision d'exécution de 2021 (415 millions d'euros).

B. UN TRANSFERT À LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL AU TITRE DE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES EN LÉGÈRE HAUSSE

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

(1) Ce fonds n'a pas vocation à être excédentaire. Aussi, lorsque le fonds dégage un excédent ou un excédent cumulé en année N, le PLFSS de l'année N+1 recalibre la dotation de sorte que le résultat cumulé soit ramené à l'équilibre.

Les explications à la sous-déclaration des AT-MP

La sous-déclaration nuit à la connaissance des risques professionnels et donc à leur prévention. Ce sont surtout les maladies professionnelles qui sont sous-déclarées puisqu'à la différence des accidents du travail, dont la déclaration doit être effectuée par l'employeur, c'est au salarié qu'il revient de demander la reconnaissance d'une affection en maladie professionnelle. Les facteurs expliquant ce phénomène de sous-déclaration sont liés :

- aux victimes : les salariés ne connaissent pas toujours l'origine professionnelle de leur affection ou décident de ne pas entamer les démarches pour la faire reconnaître comme maladie professionnelle (certains craignent de perdre leur emploi ou jugent la procédure de déclaration trop complexe) ;
- aux employeurs : quelques phénomènes de dissimulation (non-déclaration d'accidents, pressions sur les salariés, actions en direction des médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée) persistent encore ;
- aux acteurs du système de soins : les médecins semblent encore parfois insuffisamment formés et informés sur les questions de santé au travail.

1. Le montant de la sous-déclaration des AT-MP a fait l'objet d'une récente réévaluation par la Cour des comptes

Le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport établi par une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale). Ce rapport doit être élaboré tous les trois ans et évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

La transmission de ce rapport devait intervenir au 1^{er} juillet 2020 mais en raison de la crise sanitaire, la LFSS l'a reportée au 1^{er} juillet 2021. Les travaux qui auraient permis d'élaborer ce rapport n'avaient, en effet, pas pu se tenir.

La commission a bien rendu son rapport en juin 2021, proposant une nouvelle estimation de la sous-déclaration, estimée entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros. La hausse par rapport au montant estimé en 2017 (entre 0,8 et 1,5 milliard d'euros) est liée pour l'essentiel à la mise à jour des données épidémiologiques, plus nombreuses et plus récentes et, dans une moindre mesure, par l'actualisation des coûts moyens.

**CONTRIBUTION À LA HAUSSE DE LA SOUS-DÉCLARATION ESTIMÉE ENTRE LES
RAPPORTS DE 2017 ET 2021**

| | |
|---|-------|
| Actualisation des études épidémiologiques | 64 % |
| Actualisation des études et de la méthode d'estimation | 20 % |
| Actualisation des effectifs reconnus et des coûts de prise en charge | 17 % |
| Écart entre la fourchette basse du montant de sous-déclaration entre la commission de 2017 (0,8 milliard d'euros) et celle de 2021 (1,2 milliard d'euros) | 100 % |

Source : rapport de la commission « L. 176-2 », 2021.

Par rapport à 2017, les coûts de prise en charge par pathologie sont en hausse. En moyenne, la progression des coûts par personne et par pathologie (12 %) est proche de celle des dépenses de santé relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) (11 %). La commission a retenu une prévalence globale au sein de la population supérieure à celle retenue en 2017 pour un certain nombre de pathologies, à l'instar des troubles musculo-squelettiques, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), de l'asthme, de la surdité ou des dermatoses.

**COÛT ESTIMÉ DE LA SOUS-DÉCLARATION DANS LES TROIS DERNIERS RAPPORTS DE LA
COMMISSION, PAR PATHOLOGIE**

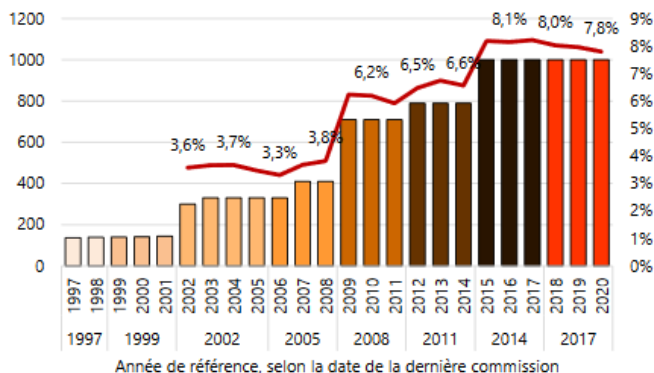
| | Date | Effectifs, en milliers | | Coûts, en M€ | |
|-----------|------|------------------------|-------|--------------|-------|
| | | Bas | Haut | Bas | Haut |
| TMS | 2021 | 33 | 85 | 250 | 641 |
| | 2017 | 31 | 36 | 162 | 213 |
| | 2014 | 20 | 20 | 79 | 106 |
| Cancers | 2021 | 51 | 80 | 384 | 612 |
| | 2017 | 48 | 122 | 319 | 830 |
| | 2014 | 39 | 101 | 280 | 729 |
| Autres MP | 2021 | 246 | 398 | 486 | 749 |
| | 2017 | 137 | 212 | 238 | 378 |
| | 2014 | 134 | 209 | 238 | 390 |
| AT | 2021 | 750 | 750 | 110 | 110 |
| | 2017 | 338 | 385 | 93 | 106 |
| | 2014 | 92 | 92 | 99 | 99 |
| Ensemble | 2021 | 1 080 | 1 314 | 1 230 | 2 112 |
| | 2017 | 554 | 755 | 812 | 1 527 |
| | 2014 | 286 | 422 | 696 | 1 324 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I (septembre 2021).

2. Le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie est fixé à 1,1 milliard d'euros

Le **III** du présent article fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 1,1 milliard d'euros, en hausse de 100 millions d'euros par rapport au montant voté ces sept dernières années. Cette hausse vise à prendre en compte l'estimation actualisée du montant de sous-déclaration.

MONTANT DU TRANSFERT ET PART DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I (septembre 2021).

S'il augmente, le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie pour 2022 reste inférieur à la borne basse de la fourchette estimée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration (1,2 milliard d'euros). Le rapporteur note que ce n'est pas la première fois qu'une telle situation se produit. Pour mémoire, entre 2003 et 2006, le transfert de la branche AT-MP à la branche maladie avait également été fixé en deçà de la borne basse de la fourchette estimée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration ⁽¹⁾.

Le Gouvernement indique d'ailleurs, dans l'exposé des motifs du présent article, que l'objectif est d'augmenter progressivement le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie dans les années à venir « pour atteindre la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 1,2 Md€ ».

Le rapporteur est favorable à une hausse progressive de ce transfert. Il rappelle que son montant emporte des conséquences importantes pour les entreprises. Plus il est élevé, plus le taux net de la cotisation AT-MP auquel elles sont assujetties l'est également. Le transfert annuel de la branche AT-MP à la branche maladie est en effet financé par une majoration du taux brut auquel chaque entreprise est assujettie en fonction de la sinistralité de son secteur d'activité ainsi que, le cas échéant, de sa propre sinistralité.

(1) De 2003 à 2006, le transfert avait été fixé à 330 millions d'euros alors que la borne basse estimée par la commission réunie en 2002 s'élevait à 368 millions d'euros et que la borne basse estimée par la commission réunie en 2005 s'élevait à 356 millions d'euros.

La hausse de 100 millions d'euros de la contribution de la branche AT-MP au titre de la sous-déclaration aura donc un impact sur les contributions payées par les entreprises. Le rapporteur note qu'il n'est toutefois pas possible d'évaluer précisément l'effet sur le taux net des cotisations, les autres composantes de ce taux, et en particulier le taux brut lié à la sinistralité, n'étant pas connues à ce stade.

Le rapporteur souhaite insister sur l'importance, pour la branche AT-MP, de conserver suffisamment de moyens pour développer les actions de prévention au sein des entreprises. À ce sujet, un certain nombre de recommandations formulées par la commission en charge de l'évaluation de la sous-déclaration gagneraient à être mises en œuvre rapidement. Le rapporteur insiste tout particulièrement sur la nécessaire actualisation des tableaux de maladies professionnelles, afin de permettre une meilleure reconnaissance des pathologies plurifactorielles ainsi que sur le renforcement de la formation, initiale comme continue, des professionnels de santé, sur les sujets AT-MP.

C. UNE DOTATION RÉÉVALUÉE DE LA BRANCHE AT-MP AU TITRE DE LA PÉNIBILITÉ

La loi de financement détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ⁽¹⁾ issu de la loi de 2010 sur les retraites ⁽²⁾ et celles engendrées par le compte professionnel de prévention (C2P). Ces dispositifs sont financés par la branche AT-MP au moyen d'une majoration du taux de cotisation commune à toutes les entreprises, à savoir la majoration forfaitaire « M4 ».

Le compte professionnel de prévention (C2P)

Un salarié exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, bénéficie d'un **compte professionnel de prévention (C2P)** sur lequel il peut accumuler des points qui permettent d'obtenir une formation pour accéder à des postes moins ou pas exposés à la pénibilité, de bénéficier d'un temps partiel sans perte de salaire ou de partir plus tôt à la retraite en validant des trimestres de majoration de durée d'assurance vieillesse. Le financement du C2P se traduit par :

- un **surcroît de dépenses d'actions de prévention** à la charge de la branche AT-MP, les salariés exposés à la pénibilité acquérant des points qu'ils peuvent utiliser pour se former ou travailler à temps partiel sans perte de rémunération ;
- ainsi que par un **surcroît de transfert à la CNAV**, au titre de l'utilisation de points pour départ anticipé en retraite.

(1) Avec le recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans, la réforme des retraites de 2010 prévoit de maintenir une retraite à taux plein dès 60 ans pour les salariés atteints d'une incapacité permanente d'au moins 10 % reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles d'une maladie professionnelle.

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

Le **IV** fixe la contribution de la branche AT-MP du régime général au titre des deux dispositifs de pénibilité (123,6 millions d’euros contre 176 millions d’euros en 2021) comme suit :

– 93,6 millions d’euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (65 millions d’euros en 2021) ;

– 30 millions d’euros au titre du C2P (111 millions d’euros en 2021).

Le **IV** fixe la contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles au titre des deux dispositifs de pénibilité (8,7 millions d’euros contre 10,6 millions d’euros en 2021) comme suit :

– 8,2 millions d’euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (8 millions d’euros en 2021) ;

– 0,5 million d’euros au titre du C2P (2 millions d’euros en 2021).

La baisse des dépenses prévisionnelles entre 2021 et 2022 au titre de la pénibilité résulte donc uniquement d’une baisse des dépenses prévisionnelles du compte professionnel de prévention.

1. La baisse des dépenses prévisionnelles du compte professionnel de prévention

La baisse des dépenses prévisionnelles au titre du C2P s’explique par une montée en charge du dispositif plus lente que prévu initialement.

À noter néanmoins qu’à fin 2020, 1 700 000 comptes ont été ouverts depuis le début du dispositif et 11 464 demandes d’utilisation de points ont été effectuées, dont 7 766 pour une majoration de durée d’assurance, 2 334 pour un temps partiel sans perte de rémunération et 1 364 pour une formation professionnelle ⁽¹⁾.

2. La hausse des dépenses prévisionnelles au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente

La hausse des dépenses prévisionnelles au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente s’expliquerait avant tout par une meilleure information délivrée aux assurés quant à l’existence de ce dispositif, ce dont le rapporteur se félicite. En effet, depuis juillet 2021, une information sur le dispositif figure dans le courrier de notification d’attribution initiale ou de révision des rentes AT-MP.

*

* *

(1) Données transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale.

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2022, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,7 milliards d'euros pour le seul régime général.

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour l'année 2021 :

– le 1^o fixe cet objectif à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base, soit un montant identique à celui fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021.

– le 2^o fixe cet objectif à 12,7 milliards d'euros pour le régime général (+ 4 % par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS 2021).

Le présent commentaire se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche.

Un objectif de dépenses se recoupant partiellement avec l'ONDAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte un certain nombre d'autres prestations, à savoir :

- les rentes servies aux victimes d'un accident du travail ou souffrant de maladies professionnelles en cas d'incapacité permanente ;
- les prestations aux victimes de l'amiante ;
- les actions de prévention du compte personnel de prévention.

La branche assure également des transferts, dont :

- un versement à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) destiné à couvrir le coût de la sous-déclaration des AT-MP ;
- des dotations d'équilibre des branches AT-MP du régime des salariés agricoles, du régime des mines et du régime des marins ;
- la prise en charge du surcroît de dépenses, pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de pensions lié aux départs anticipés au titre de l'amiante et de la pénibilité.

I. UNE BRANCHE EXCEPTIONNELLEMENT DÉFICITAIRE EN 2020 MAIS QUI REDEVIENDRAIT EXCÉDENTAIRE EN 2021

A. UNE BRANCHE FRAGILISÉE PAR LA CRISE SANITAIRE EN 2020

Après avoir été en déficit entre 2009 et 2012, la branche AT-MP du régime général a été continuellement excédentaire de 2013 à 2019. Toutefois la crise sanitaire a stoppé la tendance à la hausse du solde et la branche a connu un déficit de 200 millions d'euros en 2020.

Ce déficit s'explique en grande partie par la forte contraction des recettes de la branche (– 8,8 %) due à la crise sanitaire. Les cotisations sociales ont diminué de 8,3 % et la progression des provisions au titre du non-recouvrement a pesé sur les produits de la branche.

Quant aux dépenses, elles ont fortement ralenti en 2020 (+ 0,3 % après + 1,6 % en 2019), sans pour autant que ce ralentissement permette de compenser la baisse des produits de la branche. Les prestations en nature au titre des soins de ville se sont fortement contractées et les indemnités journalières ont fortement ralenti, le nombre d'accidents d'origine professionnelle s'étant réduit sous l'effet de la baisse d'activité et du télétravail.

ÉVOLUTION DES CHARGES ET DES PRODUITS NETS DE LA CNAM-AT ENTRE 2019 ET 2020

(en millions d'euros)

| | 2019 | 2020 | % |
|---|--------|--------|--------|
| Charges nettes | 12 239 | 12 274 | 0,3 |
| Prestations sociales nettes | 9 456 | 9 471 | 0,2 |
| Prestations légales du champ ONDAM | 4 489 | 4 595 | 2,3 |
| Prestation légales hors champ ONDAM | 4 754 | 4 641 | – 2,4 |
| Autres prestations | 212 | 235 | 10,8 |
| Transferts versés | 1 915 | 1 885 | – 1,5 |
| Charges de gestion courantes | 843 | 902 | 6,9 |
| Autres charges nettes | 26 | 16 | – 35,4 |
| Produits nets | 13 214 | 12 052 | – 8,8 |
| Cotisations, impôts et produits affectés nets | 12 737 | 11 679 | – 8,3 |
| Autres produits nets | 477 | 373 | – 21,8 |
| Résultat net | 975 | – 222 | |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2021, tome 1)

B. UN RETOUR À L'ÉQUILIBRE ATTENDU EN 2021

La branche AT-MP redeviendrait excédentaire en 2021 (600 millions d'euros) grâce à une hausse de ses produits qui ferait plus que compenser l'augmentation de ses dépenses.

- *Des produits en hausse de 8,8 %*

La reprise économique permettrait à la fois une forte croissance de la masse salariale (+ 6,2 %) et une hausse du taux moyen de cotisation, lequel avait chuté pendant la crise. Celle-ci a, en effet, entraîné une baisse d'activité significative dans des secteurs qui connaissent un nombre d'accidents du travail important (comme le BTP) et qui sont donc soumis à des taux de cotisation plus élevés que la moyenne.

- *Des dépenses en hausse de 2,1 %*

Trois types de dépenses connaîtraient une hausse importante :

– les prestations relevant du champ de l'ONDAM seraient très dynamiques (+ 5,9 %) tirées par les indemnités journalières et, dans une moindre mesure, par la montée en charge des dépenses du Ségur de la santé ;

– les dépenses de prévention progresseraient de 900 millions d'euros en raison des aides exceptionnelles en faveur des entreprises pour lutter contre la covid-19 ;

– les charges de gestion courante progresseraient de 4,5 %, en raison des coûts supplémentaires liés au recensement des « cas contacts » Covid.

À noter que d'autres dépenses seraient, à l'inverse, stables (à l'instar des rentes pour incapacité permanente), ou en baisse (notamment toutes les prestations en lien avec l'amiante).

C. LE SOLDE DE LA BRANCHE POURSUIVRAIT SON AMÉLIORATION EN 2022

En 2022, l'excédent de la branche s'établirait à 1,4 milliard d'euros, en raison notamment d'une forte dynamique des produits (+ 7,1 %), tirés par la croissance de la masse salariale du privé. Les cotisations dépasseraient ainsi leur niveau d'avant crise.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL (2005-2022)



Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2021, tome 1).

II. EN 2022, UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN HAUSSE PAR RAPPORT AUX DÉPENSES CONSTATÉES EN 2021

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour l'année 2022. Le 1^o fixe cet objectif à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base. Le 2^o fixe cet objectif à 12,7 milliards d'euros pour le régime général.

Ces objectifs de dépenses sont identiques à ceux votés en LFSS 2021. À noter néanmoins qu'ils sont en hausse par rapport aux objectifs rectifiés de dépenses pour 2021 (13,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,5 milliards d'euros pour le régime général ⁽¹⁾).

Comme indiqué ci-avant, le présent commentaire se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche.

L'objectif de dépenses de 12,7 milliards d'euros pour le régime général correspond à la prévision de dépenses structurelles (hors mesures nouvelles) calculée par le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale (12,6 milliards d'euros) à laquelle s'ajoute la hausse du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (+ 100 millions d'euros).

À noter que l'amélioration de l'indemnisation des victimes de pesticides, prévue à l'article 50, n'engendra qu'une dépense de 0,2 million d'euros pour le régime général.

(1) Tels que figurant à l'annexe B du présent projet de loi.

ÉVOLUTION DES CHARGES NETTES DE LA CNAM AT-MP

(en millions d'euros)

| | 2021 (p) | 2022 (p) | Évolution (%) |
|--|----------|----------|---------------|
| Charges nettes | 12 531 | 12 614 | 0,7 |
| Prestations sociales nettes | 9 780 | 9 875 | 1 |
| Prestations ONDAM nettes | 4 868 | 5 066 | 4,1 |
| • Prestations exécutées en ville dont | 4 419 | 4 607 | 4,3 |
| - prestations en nature | 499 | 491 | -1,6 |
| - indemnités journalières | 3 920 | 4 116 | 5 |
| • Prestations exécutées en établissements | 449 | 459 | 2,2 |
| • Soins des Français à l'étranger | 0 | 0 | |
| Prestations hors ONDAM nettes | 4 912 | 4 810 | - 2,1 |
| • Prestations d'incapacité permanente | 4 273 | 4 311 | 0,9 |
| • Allocations anticipées d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) | 230 | 209 | - 9,1 |
| • Actions de prévention du compte personnel de prévention | 87 | 84 | - 3,4 |
| • Autres prestations (dont actions de prévention du FNPAT) | 323 | 205 | - 36,5 |
| Transferts nets | 1 795 | 1 775 | - 1,1 |
| Transferts avec d'autres régimes de base | 1 493 | 1 477 | - 1,1 |
| Transfert avec des fonds | 252 | 252 | 0 |
| Transfert avec les complémentaires | 51 | 46 | - 9,8 |
| Charges de gestion courante | 942 | 947 | 0,5 |
| Autres charges nettes | 14 | 17 | 21,4 |

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2021, tome 1).

⁽¹⁾ 2,4 % avec les arrondis.

A. DES DÉPENSES STRUCTURELLES EN LÉGÈRE HAUSSE

Avant mesures nouvelles du PLFSS, les prestations relevant du champ de l'ONDAM seraient en hausse de 4,1 %, portées par le dynamisme des indemnités journalières et par le financement des mesures relevant du Ségur de la santé imputables à la branche AT-MP (30 millions d'euros en 2021 et 2022), en particulier celles portant sur la rémunération des personnels à l'hôpital public.

À l'inverse, les prestations hors ONDAM nettes seraient en légère baisse, surtout en raison de la diminution tendancielle des prestations en lien avec l'amiante (- 9,5 %). Seules les rentes pour incapacité permanente seraient en légère hausse (+ 0,9 %), en lien avec le redémarrage de l'activité économique, qui devrait tirer à la hausse la revalorisation des prestations légales.

B. LES MESURES NOUVELLES PRÉVUES PAR LE PLFSS 2022

1. L'augmentation du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (article 57)

Le III de l'article 57 du présent projet de loi fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 1,1 milliard d'euros, en hausse de 100 millions d'euros par rapport au montant voté ces sept dernières années. Cette hausse vise à prendre en compte l'estimation actualisée du montant de sous-déclaration et a un impact direct sur les dépenses de la branche AT-MP.

2. L'amélioration de l'indemnisation des victimes de pesticides (article 50)

L'impact financier, sur le régime général, de l'amélioration de l'indemnisation des victimes de pesticides est moindre. Il est estimé à moins de 0,2 million d'euros par an et résulte de la troisième mesure prévue par l'article 50 du présent projet de loi, à savoir l'application des tableaux de maladies professionnelles du régime agricole aux salariés agricoles en outre-mer, lesquels sont affiliés au régime général ⁽¹⁾. L'hypothèse retenue est que la mesure engendre une reconnaissance d'une à deux maladies professionnelles en plus chaque année pour les salariés agricoles en outre-mer.

Les deux autres mesures prévues par l'article 50 ne devraient pas avoir de conséquence sur les dépenses du régime général :

– l'élargissement du fonds aux médicaments vétérinaires antiparasitaires engendrera une hausse des dépenses (estimée à 0,5 million d'euros en 2022, 0,8 million d'euros en 2023 et 1,1 million d'euros en 2024), mais celle-ci sera principalement supportée par le régime AT-MP des exploitants agricoles, pour l'indemnisation de droit commun de ces derniers, et, dans une plus large mesure, par une fraction de la taxe sur les produits phytopharmaceutiques. Cette mesure n'aura donc qu'un effet très limité sur les dépenses du régime général ;

– de même, la prolongation et l'assouplissement du dispositif de rattrapage ne devrait pas engendrer une hausse des dépenses du régime général, si l'on part de l'hypothèse que les demandes formées dans le cadre du dispositif de rattrapage concerneront, comme tel est le cas aujourd'hui ⁽²⁾, principalement des non-salariés agricoles ou des salariés du régime agricole.

(1) Voir le commentaire de l'article 50 du présent projet de loi.

(2) Entre la création du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides au 1^{er} janvier 2020 et le 31 mai 2021, vingt-deux demandes ont été formées dans le cadre du dispositif de rattrapage. 70 % de ces demandes concernaient des non-salariés agricoles, les 30 % d'autres demandes ayant été déposées par des salariés du régime agricole.

III. À PARTIR DE 2023, LE TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA BRANCHE SE STABILISERAIT À 1,6 %

La hausse prévue des dépenses de la branche AT-MP en 2023 (+ 2,4 %) est le résultat de plusieurs facteurs. Si les prestations relevant du champ de l'ONDAM devraient ralentir en raison de la disparition des dépenses liées à la gestion de la crise sanitaire, la hausse du transfert au titre de la sous-déclaration (100 millions d'euros) et le regain d'inflation (+1,5 % de revalorisation des rentes) tireraient à la hausse les dépenses attendues.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

| | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|-------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Dépenses (milliards d'euros) | 12 | 12,2 | 12,3 | 12,5 | 12,7 | 13 | 13 | 13,2 |
| Évolution (%) | | 1,7 | 0,8 | 1,6 | 1,6 | 2,4 | 0 | 1,5 |

Source : Annexe B du PLFSS 2022.

*

* *

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2022, tel qu'il résulte des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 256,6 milliards d'euros en 2022, en hausse de 2 %. La branche vieillesse du régime général voit son objectif de dépenses fixé à 147,8 milliards d'euros.

I. UN DÉFICIT STABLE EN 2021 MAIS EN REPLI EN 2022

En déséquilibre chronique depuis une vingtaine d'années, malgré une parenthèse entre 2016 et 2018, les comptes du régime général, géré par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), se sont fortement dégradés en 2020 du fait de la baisse des recettes engendrées par la contraction de l'activité économique dans le contexte de la crise sanitaire.

A. UN DÉFICIT QUI PERDURE EN 2021 EN RAISON DE LA CRISE SANITAIRE...

● L'année 2020 a été marquée par une forte dégradation du déficit de la branche vieillesse, conséquence de la crise sanitaire. Le déficit a atteint 3,7 milliards d'euros pour le régime général et 4,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS).

Cette dégradation s'explique, à titre principal, par le dynamisme des dépenses et par la stabilité du niveau de recettes affectées à la CNAV :

– la hausse des dépenses a ralenti en 2020 (+ 1,8 % contre + 2,6 % en 2019). Le dynamisme des prestations sociales (+ 2,7 %), qui ont connu une revalorisation plus importante qu'en 2019 (+ 0,8 % contre + 0,3 %), a été contrebalancé par une diminution du transfert de compensation démographique à la charge de la CNAV (– 16,2 %) liée à une dégradation relative de la capacité contributive du régime général au regard des autres régimes d'assurance vieillesse ⁽¹⁾ ;

– les recettes du régime général sont restées à un niveau stable l'an dernier (+ 0,1 %). Ce résultat est plutôt surprenant au regard du repli de l'activité économique qui a entraîné un repli de 6 % des cotisations sociales brutes. Il s'explique par le transfert à la CNAV de la soule de la branche des industries

(1) Les transferts de compensation démographique consistent, pour le régime général, à effectuer un transfert aux régimes déficitaires du fait du basculement progressif d'une partie de la population auparavant rattachée à un régime spécial vers le régime général. Cette évolution dans la répartition de la démographie française entraîne un déséquilibre dans le ratio actifs/retraités pour certains régimes, qui nécessite de fait une compensation de la part du régime général.

électriques et gazières (IEG) du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), pour un montant de 5 milliards d’euros ⁽¹⁾. Sans ce transfert, les produits de la CNAV auraient diminué de 3,5 %.

• En 2021, la branche vieillesse verrait son déficit perdurer. Hors mesures nouvelles du PLFSS 2022, le solde attendu pour le régime général resterait stable à – 3,7 milliards d’euros selon le rapport à la Commission des comptes de septembre 2021. Les dépenses de la branche (+ 2,9 %) progresseraient quasiment au même rythme que les recettes (+ 3,0 %) dans le contexte de la reprise économique.

Le présent PLFSS prévoit une mesure qui devrait avoir un impact très marginal sur les comptes de la branche, à savoir l’assouplissement du cumul emploi-retraite pour les professionnels de santé mobilisés pendant la crise sanitaire.

LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2020 ET 2021 D’APRES LE PLFSS 2022

(en milliards d’euros)

| | Recettes | Dépenses | Solde |
|-----------------------|----------|----------|-------|
| ROBSS | | | |
| 2020 | 241,2 | 246,1 | – 4,9 |
| 2021 (rect.) | 246,4 | 250,4 | – 4,0 |
| Régime général | | | |
| 2020 | 135,9 | 139,6 | – 3,7 |
| 2021 (rect.) | 140 | 143,7 | – 3,7 |

Source : PLFSS 2022.

B. ... MAIS QUI DIMINUERAIT EN 2022 (HORS MESURES NOUVELLES) GRÂCE À LA REPRISE ÉCONOMIQUE

En l’absence de nouvelles mesures prévues par le PLFSS, le déficit de la branche vieillesse du régime général diminuerait de 1 milliard d’euros (– 2,7 milliards d’euros, après – 3,7 milliards d’euros en 2021).

• La progression des dépenses, qui atteindraient 147,8 milliards d’euros, demeurerait à un niveau équivalent à celui de 2021 (+ 2,8 %). Elle s’expliquerait principalement par la progression des pensions qui, sous l’effet de l’inflation, seraient revalorisées à hauteur de 1,1 %, contre 0,4 % en 2021. Le transfert de compensation démographique progresserait légèrement (+ 1,7 %).

En dépit des rythmes de croissance propres à chaque régime, dépendant directement des structures démographiques et des règles applicables, la tendance à

(1) L’article 4 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie prévoit le versement par le Fonds de réserve pour les retraites de la solte du régime des industries électriques et gazières (IEG) à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour le compte de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV).

la hausse des prestations devrait être largement vérifiée. Les régimes marqués par un ralentissement, voire une diminution tendancielle, des prestations versées – tel que le régime minier ou celui des exploitants agricoles – ne constituent qu’une exception liée au vieillissement de la population de retraités et au nombre de décès constatés.

Enfin, de manière plus structurelle, la progression des dépenses s’explique aussi par un « effet noria » : l’arrivée de retraités ayant des carrières plus complètes et associées à des salaires plus élevés se traduit par une croissance continue de la moyenne des prestations servies.

- Malgré une hausse des dépenses, la réduction du déficit de la branche vieillesse du régime général serait imputable à la hausse des recettes, qui atteindraient 145,1 milliards d’euros (+ 3,6 %). Cette tendance serait liée au dynamisme des cotisations sociales (+ 6,2 %) en lien avec la progression de la masse salariale du secteur privé.

II. DES DÉPENSES TOUJOURS DYNAMIQUES EN 2022

- Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l’année 2022.

Le 1° fixe l’objectif de dépenses de l’ensemble des régimes obligatoires de base en matière d’assurance vieillesse à 256,6 milliards d’euros en 2022. Cet objectif est en augmentation de 2 % par rapport à l’objectif de 2021 tel que rectifié à l’article 7 du projet de loi.

Le 2° fixe cet objectif à 147,8 milliards d’euros pour le seul régime général, contre 143,7 milliards d’euros pour 2021 selon l’article 9 du présent PLFSS.

- Comme l’an dernier, le présent projet de loi ne contient aucune mesure de maîtrise des dépenses de retraite malgré leur dynamisme. Il contient en revanche deux mesures ayant un impact financier très marginal sur les comptes de la branche en 2022.

Les effets de ces mesures nouvelles sont décrits dans le tableau ci-dessous :

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAV EN 2022

(en milliards d'euros)

| Mesures nouvelles ⁽¹⁾ | Recettes | Dépenses | Solde |
|--|----------|----------|-------|
| Commission des comptes - septembre 2021 | 145,1 | 147,8 | - 2,7 |
| Sécurisation des droits à la retraite des travailleurs indépendants non agricoles (transfert du FSV à la CNAV) | 0,1 | | 0,2 |
| Harmonisation de la contribution des employeurs publics à la complémentaire | 0,08 | | |
| Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et aux mandataires sociaux | | 0,003 | |
| LFSS 2022 | 145,3 | 147,8 | - 2,5 |

Source : tableau d'équilibre financier de l'annexe 4 et annexe B du PLFSS 2022.

● Selon le tableau de prévision pluriannuel de l'annexe B du PLFSS 2022, le déficit du régime général se creuserait pour atteindre progressivement 7,6 milliards d'euros en 2025. Ces prévisions sont nettement plus optimistes que celles du dernier PLFSS puisqu'il était alors prévu un déficit supérieur à 7 milliards d'euros chaque année jusqu'en 2025.

Les dépenses progresseraient à un rythme de l'ordre de 3 % à 4 % : elles continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait d'une plus forte inflation liée à la reprise économique.

PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA CNAV

(en milliards d'euros)

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------|---------|---------|---------|---------|
| Dépenses | 147,8 | 153,4 | 159,2 | 165,1 |
| <i>Évolution</i> | + 2,9 % | + 3,8 % | + 3,8 % | + 3,7 % |
| Solde | - 2,5 | - 4,2 | - 5,8 | - 7,6 |

Source : Annexe B du PLFSS 2022

*

* *

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter aux commentaires des articles afférents.

Article 60

Objectifs de dépense de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 49,7 milliards d'euros.

I. LA BRANCHE FAMILLE EST AUJOURD'HUI ENGAGÉE DANS UNE TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE

A. UN EXERCICE 2021 EN EXCÉDENT APRÈS UN DÉFICIT DE 2020 LIÉ À LA CRISE SANITAIRE

• Après un retour à l'équilibre dès 2018, la branche famille est redevenue déficitaire en 2020, avec un solde de – 1,8 milliard d'euros. Ce déficit, lié à la crise sanitaire et à la baisse significative de l'activité économique qui s'en est suivie, s'explique principalement par la baisse des recettes par rapport à 2019, de – 3,2 milliards d'euros (– 6,3 %), pour un montant total de recettes de 48,2 milliards d'euros. Cette baisse des recettes tient notamment à la diminution sensible des cotisations sociales (– 4,6 %) et de la CSG « activité » (– 6,1 %). Les dépenses, quant à elles, sont restées stables, avec une légère hausse de 0,1 milliard d'euros par rapport à 2019 (+ 0,2 %), pour un total de 50,0 milliards d'euros.

• Sous l'effet de la reprise économique, l'exercice 2021 est de nouveau excédentaire, avec un solde qui s'établirait à + 1,2 milliard d'euros. Les chiffres qui suivent tiennent compte de la restriction du périmètre pour la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) en 2021, qui transfère à la branche autonomie le financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), en contrepartie de l'affectation d'une fraction de taxe sur les salaires à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)⁽¹⁾. Cette AEEH reste versée par les caisses d'allocations familiales (CAF).

Du côté des dépenses, celles-ci s'établissent à 49,4 milliards d'euros en 2021, soit une baisse de 1,2 % par rapport à 2020. Cette évolution tient à :

– la baisse globale des prestations légales (29,9 milliards d'euros, soit – 3,8 %). Parmi elles, les prestations d'entretien diminuent (18,9 milliards d'euros, soit – 2,6 %). Il s'agit de l'effet « mécanique » lié à la base de l'année 2020, augmentée sous l'effet de la revalorisation exceptionnelle de 100 euros de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) afin de soutenir les ménages les plus modestes face à la crise sanitaire, pour un coût de 500 millions d'euros. À l'inverse, le

(1) Cette affectation, qui n'a pas été directement compensée à la branche autonomie, s'explique par l'existence préalable d'un « tuyau » de transferts de recettes entre la branche famille et la branche maladie. Il a donc été préféré, en LFSS 2021, un transfert de la branche famille à la branche maladie, lui-même complété par le transfert plus global d'une fraction de CSG de la branche maladie à la nouvelle branche autonomie.

montant de la prestation d'accueil du jeune enfant PAJE rebondit (10,7 milliards d'euros, soit + 4,5 %, contre - 6,7 % en 2020), sous l'effet combiné d'un quasi-retour à la normale du recours à des modes de garde payants – assistantes maternelles, établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) et gardes à domicile – et de l'avancement du versement de la prime de naissance du deuxième mois après la naissance au septième mois de grossesse, résultant de l'article 75 de la LFSS 2021, pour un coût de trésorerie de 200 millions d'euros ;

– la hausse des transferts versés aux autres branches (10,5 milliards d'euros, soit + 2,3 %, après une quasi-stabilité en 2020), dont notamment la branche maladie, en raison de l'allongement du congé de paternité à compter du 1^{er} juillet 2021, voté en LFSS 2021 ⁽¹⁾.

L'allongement du congé de paternité

L'article 73 de la LFSS 2021 a sensiblement modifié le congé paternité, d'une part en l'allongeant de onze à vingt-cinq jours, et d'autre part en prévoyant que ce congé devra être obligatoirement pris les quatre premiers jours, les autres jours pouvant être fractionnés en deux périodes et pris dans les six mois suivant la naissance de l'enfant. Ce congé de paternité fait suite aux trois jours de congé de naissance accordés par l'employeur. Ce régime s'applique aux naissances à partir du 1^{er} juillet 2021.

Versé par la CNAM, le congé de paternité est financé par la branche famille. Les dépenses afférentes s'élèvent à 258 millions d'euros pour 2020, et sont estimées à 451 millions d'euros en 2021, puis à 680 millions d'euros en 2022.

Du côté des recettes, celles-ci s'établissent à 50,5 milliards d'euros, soit une hausse significative de 5,0 % par rapport à 2020, principalement portée par :

– une hausse des cotisations sociales (30,7 milliards d'euros, soit + 6,3 %, contre - 4,6 % en 2020). Cette hausse s'explique, comme pour la CSG (voir *infra*), par le rebond de la masse salariale du secteur privé en 2021 (+ 6,2 %, contre - 5,7 % en 2020). Elle tient également aux reports d'appels de cotisations de 2020 à 2021 pour les travailleurs indépendants ;

– une hausse des recettes de la CSG (12,3 milliards d'euros, soit + 5,9 %, contre - 3,0 % en 2019), essentiellement sur les revenus d'activité.

La baisse du montant des impôts et taxes, quant à elle (5,9 milliards d'euros, - 12,3 %) s'explique par le transfert d'une partie de la taxe sur les salaires à la CNAM afin de financer l'AEEH (voir *supra*). Hors transferts, ces impôts et taxes progressent de 8,4 %.

Enfin, les charges liées au non-recouvrement baissent de 600 millions d'euros par rapport à 2020, même si leur niveau reste élevé par rapport aux années d'avant-crise.

(1) Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

B. L'EXCÉDENT SE MAINTIENT SPONTANÉMENT POUR 2022

Avant mesure nouvelle, la branche famille serait en excédent de 2,7 milliards d'euros en 2022, soit une hausse du solde de 1,5 milliard d'euros par rapport à 2021. Cette hausse s'explique par une hausse des dépenses moins dynamique que celle des recettes.

- S'agissant des dépenses, celles-ci seraient de 49,7 milliards d'euros, soit une hausse de 0,7 % par rapport à 2021

- cette hausse est essentiellement portée par la hausse des transferts (10,8 milliards d'euros, soit + 3,0 %, pour 0,6 point sur 0,7), due à l'allongement du congé de paternité dès le 1^{er} juillet 2021 ;

- les prestations d'entretien augmenteraient (19,1 milliards d'euros, soit + 0,9 %), alors que le montant de la PAJE diminuerait (10,5 milliards d'euros, soit – 1,9 %), en raison là encore de l'effet « base » lié à l'anticipation du versement de la prime de naissance.

- S'agissant des recettes, celles-ci seraient de 52,4 milliards d'euros, soit une hausse sensible de 3,6 % par rapport à 2021 :

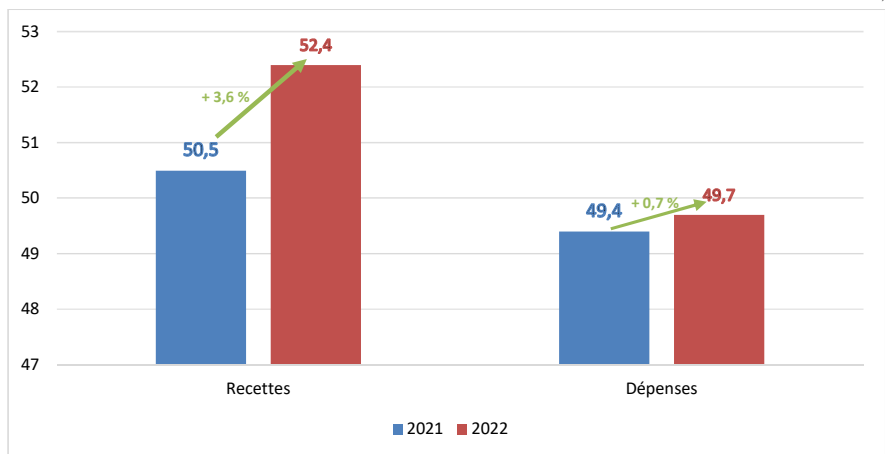
- les cotisations sociales augmenteraient de 5,2 % (32,3 milliards d'euros). Cette augmentation, sensiblement inférieure à celle de la masse salariale (+ 6,6 %), tiendrait notamment à l'effet de régularisation des cotisations versées par les travailleurs indépendants après les mesures de reports d'appels à cotisation pour l'année 2021 ;

- les recettes de CSG augmenteraient également (12,7 milliards d'euros, soit + 3,1 %), en raison de la hausse de la masse salariale pour la part « activité » et de la revalorisation des pensions, indexées sur l'inflation, pour la part « remplacement » ;

- enfin, les impôts et taxes seraient en baisse de 5,8 milliards d'euros, soit une diminution de 1,9 %.

ÉVOLUTION SPONTANÉE DES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE ENTRE 2021 ET 2022

en milliards d'euros)



Source : direction de la sécurité sociale.

II. L'OBJECTIF DE DÉPENSES POUR 2022 POURSUIT LA TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE DESSINÉE DÈS 2021

• L'article 62 du PLFSS 2022 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2022 à 49,7 milliards d'euros, à l'identique du niveau spontané d'augmentation des dépenses prévu par dans rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre 2021 ⁽¹⁾.

La différence de solde retenu dans l'annexe B du PLFSS 2022 (1,7 milliard d'euros) par rapport à celui présenté à la Commission des comptes (2,7 milliards d'euros) s'explique par une mesure nouvelle en recettes, à savoir le transfert à la branche maladie d'une fraction de la taxe sur les salaires afin de compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants, pour un montant de 1 milliard d'euros.

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA BRANCHE FAMILLE EN 2022

(en milliards d'euros)

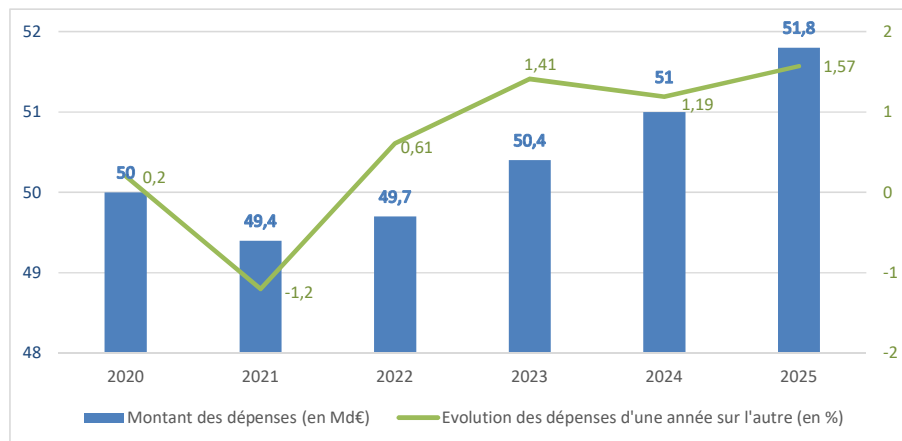
| Mesures nouvelles ⁽²⁾ | Recettes | Dépenses | Solde |
|---|--------------|-------------|--------------|
| CCSS septembre 2021 | 52,4 | 49,7 | + 2,7 |
| Transfert d'une fraction de la taxe sur les salaires à la CNAM pour compenser le coût lié aux indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants | - 1,0 | | - 1,0 |
| LFSS 2022 | - 1,0 | 0 | - 1,0 |
| Total | 51,4 | 49,7 | + 1,7 |

Source : direction de la sécurité sociale.

(1) « Les comptes de la sécurité sociale », septembre 2021.

(2) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter au commentaire des articles afférents.

TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE



Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS 2022.

Si les dépenses de la branche famille sont engagées dans une trajectoire de croissance jusqu'en 2025 (dernière échéance couverte par l'annexe B du PLFSS 2022), cela ne se traduit pas par une baisse du solde, voire une situation déficitaire à l'avenir. Au contraire, le solde de la branche famille a vocation à demeurer excédentaire d'ici à 2025. Les soldes augmentent d'une année sur l'autre, pour atteindre 5,4 milliards d'euros d'excédent en 2025. Cette situation budgétaire favorable pour la branche famille s'explique par une hausse des recettes plus dynamique que celle des dépenses (d'environ 2 % de plus entre 2021 et 2025), suivant le rythme de progression attendu de la masse salariale du secteur privé.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d'euros)

| Exercice | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|----------|-------|------|------|------|------|------|
| Solde | - 1,8 | 1,2 | 1,7 | 3,6 | 4,5 | 5,4 |

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe B du PLFSS 2022.

*

* *

Article 61

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe à 34,2 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la nouvelle branche dédiée au soutien à l'autonomie, un chiffre en hausse de 6,2 % par rapport à 2021 pour permettre le financement de nouvelles mesures pour les établissements et services médico-sociaux.

I. DES DÉPENSES TRÈS DYNAMIQUES DU FAIT DE LA CRISE SANITAIRE ⁽¹⁾

A. UNE FORTE PROGRESSION DES DÉPENSES EN 2020 ET 2021

● En 2020, le solde de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est devenu déficitaire (– 0,6 milliard d'euros contre + 0,1 milliard d'euros en 2019). Ce résultat s'explique essentiellement par des dépenses exceptionnelles et des recettes de cotisations moindres du fait de la crise sanitaire.

Les dépenses de la CNSA ont progressé de 13,5 % (29,4 milliards d'euros), essentiellement sous l'effet des dépenses exceptionnelles élevées des établissements médico-sociaux (+ 14,1 %) entrant dans le champ de l'objectif global de dépenses (OGD), qui ont dépassé de 2 milliards d'euros l'objectif initial (achat de matériels, prise en charge de tests, primes pour les personnels et indemnisation des heures supplémentaires, compensation des pertes de recettes des EHPAD, etc.). Les versements de la CNSA aux départements, qui recouvrent les concours au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) notamment, ont également été très dynamiques (+ 9,4 %).

Les recettes de la CNSA ont progressé dans une moindre mesure, à hauteur de 10,6 %, pour atteindre 28,7 milliards d'euros. Celles-ci ont été constituées en majeure partie de la dotation de l'assurance maladie au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social (+ 14,5 %), laquelle a été augmentée de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'objectif initial afin de compenser les dépenses supplémentaires d'OGD et limiter le déficit de la CNSA. Les recettes propres de la CNSA ont diminué de 5,4 %. Essentiellement assises sur les revenus d'activité du secteur privé, elles ont été affectées par la contraction de la masse salariale liée à la crise sanitaire.

● En 2021, la CNSA, qui est devenue gestionnaire de la branche autonomie, devrait voir son déficit se dégrader à nouveau. Hors nouvelles mesures contenues

(1) Le présent commentaire d'article porte uniquement sur la branche autonomie de la sécurité sociale. Celle-ci représente une partie de l'effort national de soutien à l'autonomie (ENSA) qui est détaillé à l'annexe 10 du PLFSS.

dans le PLFSS, il atteindrait 0,9 milliard d'euros selon le rapport à la Commission des comptes de septembre 2021.

Les dépenses seraient toujours très dynamiques (+ 9,4 %), atteignant 32,1 milliards d'euros. Les dépenses relevant de l'OGD médico-social (+ 3,5 %), qui représentent la très grande majorité des charges de la branche, seraient alimentées par des coûts conjoncturels (gestion de la crise sanitaire) et structurels (montée en charge des accords du Ségur de la santé). Les transferts aux départements ralentiraient (+ 1,4 %).

Les recettes s'établiraient à 31,2 milliards d'euros (+ 8,7 %) en tendanciel. Elles sont composées essentiellement des produits de la CSG depuis l'affectation, dans le cadre de la LFSS 2021, de 1,93 point de CSG sur les revenus d'activités, de remplacement et de capital. Grâce à la reprise économique, les produits de la CSG augmenteraient de 5,8 % et atteindraient 28,3 milliards d'euros. Par ailleurs, la contribution solidarité autonomie (CSA) progresserait de 5,0 % compte tenu de la hausse de la masse salariale du secteur privé (2,1 milliards d'euros). Enfin, la CNSA doit bénéficier d'un transfert de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) visant à financer les crédits d'investissement dans les établissements pour personnes âgées, programmés dans le cadre du Ségur de la santé (0,6 milliard d'euros).

Il convient de relever qu'une partie de la hausse des dépenses et des recettes de la CNSA (4,2 points) s'explique par l'élargissement de son périmètre à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), auparavant financée par la branche famille, qui a été compensé par un transfert de CSG.

B. DES DÉPENSES EN HAUSSE EN 2022 HORS MESURES NOUVELLES

En 2022, selon le rapport à la Commission des comptes de septembre 2021, les comptes de la cinquième branche seraient proches de l'équilibre avec un déficit de 500 millions d'euros en tendanciel, c'est-à-dire avant prise en compte des mesures nouvelles contenues dans le PLFSS.

Les dépenses continueraient de progresser à un rythme soutenu (+ 3,8 %), atteignant ainsi 33,4 milliards d'euros. Les dépenses d'OGD progresseraient de 2,2 % tandis que l'AEEH continuerait sa montée en charge à un rythme soutenu (+ 9,4 %). Les transferts aux départements augmenteraient nettement (+ 11,5 %) puisque la CNSA leur versera 200 millions d'euros au titre de la compensation de la nouvelle prestation de compensation du handicap « parentalité », mise en place par la LFSS 2021 au bénéfice des parents handicapés. La CNSA leur compensera aussi les coûts induits par les accords conventionnels salariaux de la branche des services de soins à domicile (100 millions d'euros).

Les recettes de la CNSA croîtraient de 5,0 %, soutenues en particulier par la forte hausse de la masse salariale du secteur privé, et atteindraient 32,8 milliards d'euros.

TABLEAU SYNTHÉTIQUE DES CHARGES ET PRODUITS DE LA CNSA ⁽¹⁾

(en milliards d'euros)

| | 2020 | 2021 (p) | 2022 (t) |
|--|--------------|--------------|--------------|
| CHARGES, dont : | 29,4 | 32,1 | 33,4 |
| Prestations sociales, dont : | 25,5 | 27,7 | 28,4 |
| Prestations OGD | 25,5 | 26,4 | 27,0 |
| OGD personnes âgées | 13,1 | 13,9 | 14,1 |
| OGD personnes handicapées | 12,4 | 12,4 | 12,9 |
| AEEH | - | 1,2 | 1,4 |
| Transferts, dont : | 3,8 | 4,3 | 4,8 |
| Concours versés aux départements (APA, PCH, MDPH, conférences des financeurs) | 3,4 | 3,4 | |
| PRODUITS ⁽²⁾, dont : | 28,7 | 31,2 | 32,8 |
| Cotisations et impôts, dont : | 4,8 | 30,7 | 32,3 |
| CSG brute | 2,1 | 28,3 | 29,3 |
| sur les revenus d'activité | 2,1 | 19,2 | 20,0 |
| sur les revenus de remplacement | 0 | 6,4 | 6,4 |
| sur les revenus du capital | 0 | 2,8 | 2,9 |
| CSA brute | 2,0 | 2,1 | 2,2 |
| CASA brute | 0,8 | 0,8 | 0,8 |
| Transferts, dont : | 24,0 | 0,6 | 0,6 |
| Dotation ONDAM | 24,0 | - | - |
| Financement des dotations aux établissements santé pour le soutien de l'investissement | - | 0,6 | 0,6 |
| SOLDE NET | - 0,6 | - 0,9 | - 0,5 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2021).

Lecture : Les chiffres pour 2021 sont provisoires et ceux pour 2022 correspondent au tendanciel, avant prise en compte des mesures du PLFSS 2022.

II. UNE PROGRESSION DES DÉPENSES TOUJOURS AUSSI SOUTENUE EN 2022

Le présent article fixe un objectif de dépenses de la branche autonomie pour l'année 2022 à hauteur de 34,2 milliards d'euros. Cet objectif est en hausse de

(1) Les arrondis réalisés dans le présent tableau peuvent expliquer, le cas échéant, de légers écarts dans les résultats des additions. Pour plus de précisions, le lecteur pourra se rapporter utilement au tableau détaillé du rapport à la Commission des comptes.

(2) L'écart entre les produits nets et le total des produits bruts est dû aux charges liées au non-recouvrement.

2 milliards d'euros (+ 6,2 %) par rapport à l'objectif de 2021 tel que rectifié à l'article 7 du projet de loi (32,2 milliards d'euros).

● L'augmentation des dépenses par rapport au tendanciel décrit précédemment s'explique par les nouvelles mesures contenues dans le PLFSS, retracées dans le tableau ci-dessous, en particulier l'extension des mesures de revalorisation salariale du Ségur de la santé aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap (accords « Laforcade ») et la refonte du financement des services d'aide à domicile avec en particulier la mise en place d'un tarif socle. Par ailleurs, la CNSA financera la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2022, dépense pour laquelle elle bénéficiera d'un transfert en provenance de la branche famille et qui sera donc sans impact sur son solde.

Pour 2022 l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social est fixé à 27,5 milliards d'euros, en hausse de 4,4 % après neutralisation des dépenses liées à la crise sanitaire (contre + 3,8 % pour l'ONDAM). Les sous-objectifs personnes âgées (PA) et personnes handicapées (PH) sont fixés respectivement à 14,3 milliards d'euros (+ 4,2 % après neutralisation des dépenses liées à la crise sanitaire) et 13,3 milliards d'euros (+ 4,7 %). Ainsi, 1,2 milliard d'euros de nouveaux financements seront consacrés au secteur médico-social en 2022, répartis de manière égale entre les secteurs PA et PH. Le déficit de la CNSA devrait se creuser et atteindre près de 1 milliard d'euros en 2022 malgré des recettes dynamiques (+ 3,9 %).

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNSA EN 2022

(en milliards d'euros)

| Mesures nouvelles ⁽¹⁾ | Recettes | Dépenses | Solde |
|--|-------------|-------------|--------------|
| Commission des comptes - septembre 2021 | 32,8 | 33,4 | - 0,5 |
| Réaffectation de taxe sur les salaires | 0,5 | | |
| Dépenses relevant de l'ONDAM médico-social, dont : | | 0,6 | |
| <i>Extension des revalorisations du Ségur de la santé au secteur médico-social</i> | | 0,42 | |
| <i>EHPAD centres de ressources territoriaux</i> | | 0,02 | - 0,4 |
| <i>Amélioration de la présence des soignants en EHPAD (médecins coordonnateurs et infirmières)</i> | | 0,05 | |
| Réforme du financement et de l'organisation des services à domicile | | 0,25 | |
| Système d'information unique pour la gestion de l'APA | | 0,01 | |
| Objectif de dépenses PLFSS 2022 | 33,3 | 34,2 | - 0,9 |

Source : Tableau d'équilibre financier de l'annexe 4 et annexe B du PLFSS.

● Selon l'annexe B du PLFSS 2022, la branche de soutien à l'autonomie présenterait un léger déficit jusqu'en 2023. À compter de 2024, en dépit de la progression de ses dépenses entre 2 % et 3 % chaque année, son solde deviendrait excédentaire grâce à l'affectation de 0,15 point supplémentaire de CSG actuellement consacré au remboursement de la dette sociale ⁽²⁾. En 2025, cet excédent pourrait atteindre 1,5 milliard d'euros.

La trajectoire des dépenses, en partie conventionnelle, repose sur une hypothèse de croissance de 2,6 % par an de l'objectif global de dépenses médico-social. Elle intègre les mesures nouvelles du PLFSS 2022 en faveur du financement des services d'aide à domicile (dépenses hors ONDAM) de même que la montée en charge du plan d'aide à l'investissement dans les établissements médico-sociaux, pour une dépense totale de 2,1 milliards d'euros entre 2021 et 2025.

(1) Pour la description de ces mesures, le lecteur pourra utilement se reporter aux commentaires d'article le cas échéant. Les chiffres présents dans le tableau peuvent présenter des écarts d'addition liés aux arrondis.

(2) Loi n° 2020-992 du 7 août relative à la dette sociale et à l'autonomie.

PRÉVISIONS DE DÉPENSES ET DE RECETTES DE LA BRANCHE AUTONOMIE

(en milliards d'euros)

| | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| Dépenses | 32,2 | 34,2 | 35 | 36 | 36,8 |
| <i>Évolution</i> | | 6,2 % | 2,3 % | 2,9 % | 2,2 % |
| Recettes | 31,8 | 33,3 | 34,2 | 37,6 | 38,5 |
| <i>Évolution</i> | | 4,7 % | 2,7 % | 9,9 % | 2,4 % |
| Solde | - 0,4 | - 0,9 | - 0,8 | 1,6 | 1,7 |

Source : Annexe B du PLFSS 2022.

*

* *

Article 62

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)**

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l’espèce, depuis 2009, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s’élever à 19,5 milliards d’euros en 2022, en baisse de 100 millions d’euros par rapport à l’objectif rectifié pour 2021 figurant dans le présent PLFSS.

I. APRÈS UNE DÉGRADATION EN 2020, UN DÉFICIT MAÎTRISÉ EN 2021

● Après un exercice 2019 marqué par la réduction de son déficit (– 1,6 milliard d’euros), la situation financière du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) s’est nettement dégradée en 2020, son déficit ayant atteint 2,5 milliards d’euros. Ce résultat s’explique par l’effet de ciseau généré par la crise sanitaire et économique : ses charges ont progressé (+ 1,9 %) sous l’effet de la hausse du chômage, de l’activité partielle et des arrêts de travail ouvrant des droits à retraite pris en charge par le fonds, tandis que ses produits se sont contractés (– 3,2 %).

Les missions du Fonds de solidarité vieillesse

Créé en 1993, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est un établissement public à caractère administratif dont la mission est d’assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de dispositifs relevant de la solidarité nationale. Le déficit chronique du FSV depuis 2010 résulte directement de la nature de sa mission, consistant à financer l’ensemble des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale, aussi bien côté recettes que côté dépenses.

S’agissant des cotisations, le FSV prend en charge le financement des cotisations ouvrant droit à la validation de trimestres d’assurance vieillesse au titre du chômage, des arrêts de travail, des stages, de la formation professionnelle, des périodes d’apprentissage, du service national et, depuis 2020, des périodes d’activité partielle. S’agissant des prestations, le FSV assure le financement du minimum vieillesse (il finançait également le minimum contributif jusqu’en 2019).

● En 2021, son déficit devrait rester stable (– 2,4 milliards d’euros) :

– ses dépenses seraient plus dynamiques (+ 2,4 %) qu’en 2020 compte tenu des prises en charge des cotisations (+ 3,1 %) surtout, en particulier celles au titre du chômage (+ 5,3 %) qui représente la majeure partie des charges du FSV (*cf.* tableau). En sens inverse et dans une moindre mesure, les prises en charge de cotisations relatives aux périodes d’activité partielle diminueraient de plus de moitié du fait de la baisse du recours à ce dispositif en 2021, passant de 255 à environ 100 millions d’euros. La baisse des arrêts de travail dérogatoires, qui

avaient atteint un pic en avril 2020 lors du premier confinement, expliquerait le recul des prises en charge de cotisations maladie, invalidité et AT-MP ;

– ses recettes connaîtraient un net rebond en 2021 (+ 3,2 %), qui s’expliquerait en particulier par la forte hausse attendue du rendement de la CSG capital (+ 8,5 %) qui serait portée par la reprise de l’activité économique.

Pour mémoire, la composition des recettes du FSV a été modifiée par la LFSS 2021 avec la création de la branche de soutien à l’autonomie. Si les produits du FSV sont toujours constitués intégralement de CSG sur les revenus du capital et de remplacement, 2,8 milliards d’euros de CSG capital ont été transférés du FSV à la CNSA, le FSV ayant reçu en contrepartie 2,6 milliards d’euros de CSG sur les revenus de remplacement. Cette opération, qui devait être neutre pour le FSV, lui serait finalement légèrement défavorable (– 0,2 milliard d’euros) compte tenu d’un rendement de CSG capital plus important qu’attendu en LFSS 2021.

CHARGES ET PRODUITS NETS DU FSV ⁽¹⁾

(en milliards d’euros)

| | 2020 | 2021 (p) | 2022 (t) |
|---|--------------|--------------|--------------|
| CHARGES NETTES, dont : | 19,1 | 19,6 | 19,4 |
| Transfert avec les régimes de base, dont : | 18,7 | 19,2 | 19,0 |
| Prises en charge de cotisations | 14,8 | 15,2 | 15,0 |
| Au titre du chômage | 12,2 | 12,9 | 12,7 |
| Au titre de la maladie | 2,1 | 2,1 | 2,1 |
| Au titre de la formation professionnelle | 0,2 | 0,2 | 0,2 |
| Au titre du service national | 0,03 | 0,03 | 0,03 |
| Au titre des périodes d’activité partielle | 0,3 | 0,1 | 0 |
| Prises en charge au titre des prestations (minimum vieillesse) | 3,9 | 4,0 | 4,0 |
| Transfert avec les régimes complémentaires (au titre du chômage) | 0,3 | 0,3 | 0,3 |
| PRODUITS NETS ⁽²⁾, dont : | 16,7 | 17,2 | 17,9 |
| CSG brute | 16,9 | 17,3 | 18,1 |
| Sur les revenus de remplacement | 5,1 | 7,8 | 8,1 |
| Sur les revenus du capital | 11,7 | 9,5 | 10,0 |
| SOLDE NET | - 2,5 | - 2,4 | - 1,5 |

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2021).

Lecture : Les chiffres pour 2021 sont provisoires et ceux pour 2022 correspondent au tendanciel, avant prise en compte des mesures du PLFSS 2022.

(1) Les arrondis réalisés dans le tableau peuvent expliquer, le cas échéant, de légers écarts dans les résultats des additions. Pour plus de précisions, le lecteur pourra utilement se rapporter au tableau détaillé du rapport à la Commission des comptes.

(2) L’écart entre les produits nets et le total des produits bruts est dû aux charges liées au non-recouvrement.

II. DES DÉPENSES STABLES EN 2022

● En 2022, hors mesures nouvelles prévues dans le PLFSS, le déficit du FSV, tel qu'il résulte du rapport de la commission des comptes de septembre dernier, se redresserait du fait de la poursuite du rebond économique pour s'établir à 1,5 milliard d'euros, soit une nette amélioration par rapport aux exercices 2020 et 2021. Il reviendrait ainsi à son niveau d'avant crise.

Les dépenses diminueraient légèrement (− 0,8 %) pour atteindre 19,4 milliards d'euros grâce à une réduction des prises en charge de cotisations au titre du chômage et e l'activité partielle. Les recettes continueraient quant à elles de croître fortement (+ 4,0 %) grâce à la CSG sur les revenus du patrimoine.

● Toutefois, aux termes du présent article ⁽¹⁾, les dépenses du FSV devraient être légèrement plus élevées et atteindre 19,5 milliards d'euros en 2022. Ce chiffre est légèrement inférieur à l'objectif de dépenses rectifié pour 2021 par l'article 7 du présent projet de loi (19,6 milliards d'euros). L'objectif pour 2022 intègre le coût de la mesure prévue à l'article 51 : celle-ci prévoit la prise en charge par le FSV de tout ou partie des cotisations de retraites de base des travailleurs indépendants affectés par les mesures de restriction sanitaire en 2020 et 2021, pour un coût estimé à 93 millions d'euros ⁽²⁾.

● Selon le tableau de prévision pluriannuel de l'annexe B du PLFSS 2022, le déficit du FSV se réduirait progressivement au cours des prochaines années (0,3 milliard d'euros en 2025) sous l'effet de la reprise de l'activité économique, malgré la progression de ses charges.

PRÉVISIONS DE DÉPENSES DU FSV

(En milliards d'euros)

| | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Dépenses | 19,5 | 19,5 | 19,7 | 20 |
| <i>Évolution</i> | − 0,5 % | 0,0 % | + 1,0 % | + 1,5 % |
| Recettes | 17,9 | 18,6 | 19,1 | 19,7 |
| Solde | − 1,6 | − 1,0 | − 0,6 | − 0,3 |

Source : Annexe B du PLFSS 2022

*

* *

(1) Cet article fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale. À l'identique des exercices précédents, depuis l'extinction du Fonds de financement des prestations sociales de non-salariés agricoles (FFIPSA) en 2009, seul le Fonds de solidarité vieillesse y voit ses dépenses définies.

(2) Voir le commentaire de l'article 51 pour plus de détails.

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES

(par ordre chronologique)

- **Association générale des institutions de retraite des cadres - Association des régimes de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO) – M. Didier Weckner**, président, **Mme Brigitte Pisa**, vice-présidente, et **M. François-Xavier Selleret**, directeur général
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR) – Mme Sandrine Lemery**, présidente du conseil de surveillance, et **M. Yves Chevalier**, membre du directoire
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – M. Frédéric Favié**, président du conseil d'administration
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) – M. Joris Delivré-Melhorn**, vice-président de la commission Santé, bien-être et bientraitance des personnes handicapées, **M. Vincent Assante**, vice-président de la commission Compensation du handicap et ressources, et **Mme Marion Aubry**, commission Compensation du handicap et ressources
- **M. Michel Laforcade**, chargé par le Premier ministre d'une mission sur la revalorisation des métiers du secteur social et médico-social
- **France Assos Santé (*) – M. Gérard Raymond**, président, **Mme Féréuze Aziza**, conseillère technique en charge l'assurance maladie, et **M. Yann Mazens**, conseiller technique en charge des produits et des technologies de la santé
- **Les Entreprises du médicament (LEEM) (*) – M. Frédéric Collet**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Éric Baseilhac**, directeur en charge de l'accès, l'économie et l'export, et **M. Laurent Gainza**, directeur en charge des affaires publiques
- **Union nationale des associations familiales (UNAF) (*) – Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires
- **Table ronde des fédérations hospitalières :**
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) – Mme Zaynab Riet**, déléguée générale, **M. Vincent Roques**, directeur de cabinet, **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle O.F.F.R.E.S., et **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégique

– **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP) (*)** – **M. Lamine Gharbi**, président, **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles

– **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (*)** – **M. Antoine Perrin**, directeur général

➤ **Santé publique France** – **Mme Geneviève Chêne**, directrice générale, et **Mme Marie-Anne Jacquet**, directrice générale adjointe

➤ **Audition commune** :

– **Conseil d’orientation des retraites (COR)** – **M. Pierre-Louis Bras**, président, et **M. Emmanuel Bretin**, secrétaire général

– **Comité de suivi des retraites (CSR)** – **M. Didier Blanchet**, président

➤ **Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES)** – **M. Jean-Louis Rey**, président du conseil d’administration

➤ **Table-ronde des syndicats de salariés** :

– **Confédération française démocratique du travail (CFDT) - section sécurité sociale-retraite-prévoyance** – **M. Xavier Becker**, secrétaire confédéral, et **M. Éric Pommageot**, secrétaire confédéral

– **Confédération française de l’encadrement et de la Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **M. Hubert Gorrion**, secteur Protection sociale, délégué national Maladie, et **Mme Anne Bernard**, cheffe de service protection sociale

– **Confédération générale du travail (CGT)** – **M. Manu Blanco**, membre de la direction confédérale, et **M. Pierre-Yves Chanu**, conseiller confédéral

– **Confédération générale du travail – Force ouvrière (FO) - secteur protection sociale** – **M. Serge Legagnoa**, secrétaire confédéral en charge du secteur protection sociale collective, **Mme Valérie Pontif**, assistante confédérale en charge de la branche autonomie, dépendance, complémentaires santé, **M. Guillaume Commenge**, assistant confédéral en charge de la branche maladie et financement de la sécurité sociale, et **M. Maxime Raullet**, assistant confédéral en charge de la branche santé au travail

➤ **Table-ronde des organisations professionnelles d'employeurs :**

– **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** (*) – **M. Sébastien Velez**, directeur de la protection sociale, **M. Adrien Chouguiat**, directeur de mission affaires publiques, et **Mme Nathalie Buet**, directrice adjointe de la protection sociale

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)** (*) – **M. Jean-Lou Blachier**, secrétaire confédéral, **Mme Sandrine Bourgogne**, secrétaire générale adjointe, **Mme Gwendoline Delamare-Deboutteville**, responsable des affaires sociales et de la formation, **M. Philippe Chognard**, responsable du pôle « conditions de travail », et **M. Adrien Dufour**, chargé de mission pour les affaires publiques et l'organisation

– **Union des entreprises de proximité (U2P)** (*) – **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **M. Christian Pineau**, chef du service relations du travail et protection sociale

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM)** – **M. Fabrice Gombert**, président, **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Julie Pougheon**, directrice de l'offre de soins, et **Mme Véronika Levendof**, responsable du département juridique

➤ **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)** (*) – **M. Éric Le Roy**, directeur général, **M. François-Régis Moulines**, directeur des affaires gouvernementales, et **Mme Lucile Blaise**, membre du conseil d'administration du Snitem et vice-présidente Europe de l'Ouest de la société Resmed

➤ **Table ronde des fédérations d'aide à domicile :**

– **Adédom (ex-ADESSA domicile)** – **M. Hugues Vidor**, directeur général

– **Aide à domicile en milieu rural (ADMR)** – **M. Thierry d'Aboville**, secrétaire général, et **M. Jérôme Perrin**, directeur développement et qualité

– **Fédération française des services à la personne et de proximité (FEDESAP)** (*) – **M. Frank Nataf**, vice-président et membre du conseil d'administration de la CNSA, et **M. Julien Jourdan**, directeur général

– **Fédération de l'aide à domicile (FNAAFP)** – **M. François Edouard**, vice-président, et **M. Benoît Menard**, secrétaire général

– **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)** – **M. Marc Dupont**, vice-président, et **M. Vincent Vincentelli**, responsable de la réglementation sectorielle

– **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** (*) – **M. Jérôme Voiturier**, directeur général

➤ **Table ronde avec les fédérations d'établissements (ou d'aide à domicile) :**

– **Fédération hospitalière de France (FHF)** – **M. Vincent Roques**, directeur de cabinet, **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégique, et **M. Benjamin Caniard** et **Mme Sandrine Courtois**, co-responsables du pôle Autonomie

– **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)** (*) – **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale, **Mme Pauline Meyniel**, responsable du pôle médico-social, et **Mme Diane-Sophie Laroche**, conseillère affaires publiques

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** (*) – **M. Antoine Perrin**, directeur général, et **M. Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'autonomie

– **Croix-Rouge française** (*) – **Mme Murielle Jamot**, directrice, et **M. Clément Morillon**, responsable du département affaires publiques

– **NEXEM (organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif)** (*) – **Mme Marie Aboussa**, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale, et **Mme Aurélie Sabatier**, chargée des relations institutionnelles

– **Fédération nationale avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)** – **Mme Clémence Lacour**, responsable des relations institutionnelles

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)** – **Mme Isabelle Sancerni**, présidente, et **M. Vincent Mazauric**, directeur

➤ **Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV)** – **M. Gérard Rivière**, président du conseil d'administration, et **M. Renaud Villard**, directeur

➤ **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Philippe Bouyoux**, président, **Mme Catherine Rumeau-Pichon**, vice-présidente en charge des dispositifs médicaux, et **M. Jean-Patrick Sales**, vice-président en charge des médicaments

➤ **Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM)** – **Mme Marie-Béatrice Levau**, présidente, **M. Michaël Christophe**, délégué aux affaires publiques sectorielles, **Mme Audrey Piton**, responsable nationale Autonomie, et **Mme Annabelle Jacquemin-Guillaume**, responsable des affaires publiques

➤ **Commission des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la CNAM** – **Mme Sylvie Dumilly**, présidente, et **MM. Ronald Schouller** et **Christian Expert**, vice-présidents

- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) ^(*)** – **M. François-Emmanuel Blanc**, directeur général, et **Mme Christine Jullien**, directrice de cabinet
- **Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale
- **Ministère des solidarités et de la santé - Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **Mme Virginie Lasserre**, directrice générale, **M. Anatole Puiseux**, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, **Mme Catherine Morin**, adjointe à l'autonomie des personnes âgées, **M. Jean-Robert Jourdan**, sous-directeur des professions sociales, de l'emploi et des territoires, et **Mme Nelly Jousset-Antiphon**, chef du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
- **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. Jean-Michel Rapinat**, conseiller en charge des politiques sociales, et **Mme Ann-Gaëlle Werner-Bernard**, conseillère en charge des relations avec le Parlement
- **Ministère des solidarités et de la santé - Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Franck Von Lenep**, directeur
- **URSSAF Caisse nationale** – **M. Jean-Eudes Tesson**, président, et **M. Yann-Gaël Amghar**, directeur général
- **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – **Mme Virginie Magnant**, directrice

^(*) *Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité de transparence pour la vie publique s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale*

**ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

| Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 | Dispositions en vigueur modifiées | |
|--|--|-------------------------|
| <i>Article</i> | <i>Codes et lois</i> | <i>Numéro d'article</i> |
| 4 | Code de la sécurité sociale | L. 138-2 |
| 5 | Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 50 |
| 6 | Code de la sécurité sociale | L. 131-8 |
| 6 | Code de l'action sociale et des familles | L. 14-10-4 |
| 9 | Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 95 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 133-4-11 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 213-1 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 225-1-1 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 225-1-5 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 613-9 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 640-2 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 641-8 |
| 10 | Code de la sécurité sociale | L. 642-5 |
| 10 | Code du travail | L. 5422-16 |
| 11 | Code de la sécurité sociale | L. 133-5-12 |

| | | |
|----|--|---|
| 11 | Code de la sécurité sociale | Titre de la section 4 du chapitre 3 <i>bis</i> du titre III du livre I ^{er} |
| 11 | Code de la sécurité sociale | L. 133-8-3 |
| 11 | Code de la sécurité sociale | Sous-section 2 de la section 4 du chapitre 3 <i>bis</i> du titre III du livre I ^{er} |
| 11 | Code de la sécurité sociale | Sous-section 3 de la section 4 du chapitre 3 bis du titre III du livre I |
| 11 | Code de la sécurité sociale | L. 133-5-6 |
| 11 | Code général des impôts | 1665 <i>bis</i> |
| 11 | Code général des impôts | 1665 <i>ter</i> |
| 11 | Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 | 20 |
| 12 | Code général des impôts | 83 |
| 12 | Code de la sécurité sociale | L. 242-1 |
| 12 | Code de la sécurité sociale | L. 137-15 |
| 12 | Code de la sécurité sociale | L. 137-16 |
| 13 | Code de la sécurité sociale | L. 243-15 |
| 13 | Code de la sécurité sociale | L. 131-6-2 |
| 13 | Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 | 15 |
| 13 | Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 | 65 |
| 14 | Code de commerce | L. 121-4 |
| 14 | Code de commerce | L. 121-8 |
| 14 | Code de commerce | L. 661-2 |

| | | |
|----|--|---|
| 14 | Code de commerce | L. 662-1 |
| 15 | Code de la sécurité sociale | L. 114-19 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-10 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-11 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-13 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-19-8 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-19-9 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-19-10 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 138-19-12 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 245-2 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 245-4 |
| 16 | Code de la sécurité sociale | L. 245-6 |
| 17 | Code de la sécurité sociale | L. 131-8 |
| 17 | Code rural et de la pêche maritime | L. 731-3 |
| 24 | Code de la sécurité sociale | L. 160-8 |
| 24 | Code de la sécurité sociale | Section 11 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [L. 162-48 à L. 162-57 – <i>nouveaux</i>] |
| 24 | Code de la sécurité sociale | L. 165-2 |
| 24 | Code de la sécurité sociale | L. 165-3-1 |
| 24 | Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 | 54 |
| 25 | Code de la sécurité sociale | L. 162-20-1 |
| 25 | Code de la sécurité sociale | L. 162-22-18 |
| 25 | Code de la sécurité sociale | L. 162-23-4 |
| 25 | Code la santé publique | L.6145-1 et L. 6145-4 |

| | | |
|----|--|---------------|
| 25 | Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 | 78 |
| 25 | Code de la sécurité sociale | L. 162-23-16 |
| 25 | Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 | 65 |
| 25 | Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 57 |
| 26 | Code de la sécurité sociale | L. 160-13 |
| 26 | Code de la sécurité sociale | L. 162-14-1 |
| 26 | Code de la sécurité sociale | L. 162-22-8-2 |
| 26 | Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 51 |
| 27 | Code de la santé publique | L. 1151-1 |
| 27 | Code de la santé publique | L. 6147-7 |
| 27 | Code de la sécurité sociale | L. 162-30-5 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3211-12 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3211-12-2 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3211-12-4 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3222-5-1 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3844-1 |
| 28 | Code de la santé publique | L. 3844-2 |
| 29 | Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 | 48 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-1-3 |

| | | |
|----|---|---|
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 314-2-1 <i>[nouveau]</i> |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 14-10-5 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 233-1 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-1-2 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-8-1 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-11-1 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-12 |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | Intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III |
| 30 | Code de l'action sociale et des familles | L. 347-1 |
| 30 | Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative de l'adaptation de la société au vieillissement | 49 |
| 31 | Code de l'action sociale et des familles | L. 313-12-3 <i>[nouveau]</i> |
| 31 | Code de l'action sociale et des familles | L. 314-32 |
| 32 | Code de l'action sociale et des familles | L. 14-10-1 |
| 32 | Code de l'action sociale et des familles | L. 232-21-5 <i>[nouveau]</i> |
| 33 | Code de la santé publique | L. 5121-12-1 |
| 33 | Code de la santé publique | L. 5123-2 |

| | | |
|----|-----------------------------|---------------------------|
| 33 | Code de la santé publique | L. 5126-6 |
| 33 | Code de la santé publique | L. 5422-3 |
| 33 | Code de la santé publique | L. 5422-18 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-1-23 [nouveau] |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-5 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-5-2 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-5-4 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-5-5 [nouveau] |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-22-7-3 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-23-4 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 162-23-6 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 165-1-1 |
| 33 | Code de la sécurité sociale | L. 165-1-6 |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 133-4 et L. 162-17-1-2 |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 162-18 |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 162-18-1 [nouveau] |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 162-22-7 |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 165-11 |
| 34 | Code de la sécurité sociale | L. 315-2 |
| 35 | Code de la santé publique | L. 5121-1 |
| 35 | Code de la santé publique | L. 5121-21 |
| 36 | Code de la santé publique | L. 162-18 |
| 37 | Code de la santé publique | L. 5125-23-2 [nouveau] |
| 37 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16 |
| 37 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-1 |

| | | |
|----|--|----------------------------------|
| 37 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-7 |
| 38 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-4 |
| 38 | Code de la sécurité sociale | L. 165-2 |
| 39 | Code de la sécurité sociale | L. 162-16-3-2 [<i>nouveau</i>] |
| 40 | Code de la santé publique | L. 4342-1 |
| 40 | Code de la santé publique | L. 4362-10 |
| 41 | Code de la sécurité sociale | L. 162-9 |
| 42 | Code de la santé publique | L. 6323-1-1 |
| 42 | Code de la santé publique | L. 6323-3 |
| 42 | Code de la sécurité sociale | L. 162-13-2 |
| 43 | Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé | 43 |
| 44 | Code de la sécurité sociale | L. 160-14 |
| 44 | Code de la sécurité sociale | L. 162-4-5 |
| 44 | Code de la sécurité sociale | L. 162-8-1 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 142-3 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 381-30 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 381-30-1 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 861-2 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 861-5 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 862-2 |
| 45 | Code de la sécurité sociale | L. 862-7 |
| 45 | Code rural et de la pêche maritime | L. 725-3-1 |
| 46 | Code de la sécurité sociale | L. 16-10-1 |

| | | |
|----|--|-------------------|
| 46 | Loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire | 11 |
| 47 | Code de la sécurité sociale | L. 161-8 |
| 47 | Code de la sécurité sociale | L. 311-5 |
| 47 | Code de la sécurité sociale | L. 622-1 |
| 47 | Code de la sécurité sociale | L. 646-5 [abrogé] |
| 47 | Code de la sécurité sociale | L. 663-1 |
| 47 | Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises | 18 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 723-3 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 723-11 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 732-4 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 732-8 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 732-12-1 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 751-1 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 752-5-2 |
| 48 | Code rural et de la pêche maritime | L. 752-7 |
| 48 | Code du travail | L. 5213-3-1 |
| 49 | Code civil | 373-2-2 |
| 49 | Code de la sécurité sociale | L. 581-4 |
| 49 | Code de la sécurité sociale | L. 582-1 |
| 49 | Code pénal | 227-3 |
| 49 | Code pénal | 227-4 |
| 49 | Code pénal | 711-1 |
| 50 | Code de la sécurité sociale | L. 491-1 |

| | | |
|----|--|------------|
| 50 | Code de la sécurité sociale | L. 752-4 |
| 50 | Code rural et de la pêche maritime | L. 781-43 |
| 50 | Code rural et de la pêche maritime | L. 781-48 |
| 50 | Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 | 70 |
| 53 | Code de la sécurité sociale | L. 351-15 |
| 53 | Code de la sécurité sociale | L. 351-16 |
| 53 | Code de la sécurité sociale | L. 634-3-1 |
| 53 | Code rural et de la pêche maritime | L. 732-29 |
| 53 | Code rural et de la pêche maritime | L. 742-3 |

ANNEXE N° 3 :
LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION

– Mercredi 6 octobre 2021 à 9 heures 30 : audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11262889_615d4daf7f0e9.commission-des-affaires-sociales--audition-de-m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-6-octobre-2021

– Lundi 11 octobre 2021 à 13 heures : audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, de Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, et de M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11291974_616416c83ba83.commission-des-affaires-sociales--audition-de-m-olivier-veran-de-mme-brigitte-bourguignon-et-de--11-octobre-2021

– Mercredi 13 octobre à 9 heures 30 : examen des articles du projet de loi (article 1^{er} à après l'article 12)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11306841_616687dabe4b1.commission-des-affaires-sociales--financement-de-la-securite-sociale-pour-2022-13-octobre-2021

– Mercredi 13 octobre à 15 heures : examen des articles du projet de loi (après l'article 12 [suite] à après l'article 38)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11315562_6166d5808d785.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2022-su-13-octobre-2021

– Mercredi 13 octobre à 21 heures 30 : examen des articles du projet de loi (article 39 à article 62)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11324443_616731b38a539.commission-des-affaires-sociales--examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pou-13-octobre-2021