



N° 1918

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 novembre 2023.

## RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES,  
EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, ADOPTÉ PAR LE SÉNAT,  
*de **financement de la sécurité sociale pour 2024**,*

PAR MME STÉPHANIE RIST

Rapporteuse générale, rapporteure pour les recettes, l'équilibre général et la branche maladie, Députée

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour la branche autonomie, Députée

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour la branche famille, Député

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour la branche vieillesse, Député

M. FRANÇOIS RUFFIN

Rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, Député

---

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale</i> : 1 <sup>ère</sup> lecture :	<b>1682, 1785, 1784, 1804</b> et T.A. <b>176</b> .
Commission mixte paritaire :	<b>1897</b>
Nouvelle lecture :	<b>1875</b>
<i>Sénat</i> : 1 <sup>ère</sup> lecture :	<b>77, 84, 80</b> et T.A. <b>22</b> (2023-2024).
Commission mixte paritaire :	<b>136</b> et <b>137</b> (2023-2024).



## SOMMAIRE

	Pages
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	11
<b>COMMENTAIRE DES ARTICLES</b> .....	15
<i>Article liminaire</i> : Prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2023 et 2024.....	15
<b>PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023</b> .....	16
<i>Article 1<sup>er</sup></i> : Rectification des tableaux d'équilibre pour 2023.....	16
<i>Article 2</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs.....	18
<i>Article 4</i> : Rectification du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023.....	19
<i>Article 4 bis (nouveau)</i> : Diminution du taux applicable à la première part de la contribution sur les ventes en gros.....	20
<b>DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024</b> .....	22
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b> .....	22
Chapitre I <sup>er</sup> – Renforcer les actions de lutter contre la fraude aux cotisations.....	22
<i>Article 5</i> : Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier.....	22
<i>Article 6</i> : Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs.....	24
<i>Article 6 bis (nouveau)</i> : Transmission à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des déclarations souscrites par les plateformes de mise en relation auprès de l'administration fiscale.....	25
<i>Article 7</i> : Annuler la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude.....	27

<i>Article 7 ter</i> : Sanctionner pénalement l'incitation publique à la fraude sociale et la mise à disposition d'instruments destinés à faciliter la fraude.....	28
<i>Article 7</i> quinquies : Information des ordres professionnels en cas de fraude d'un professionnel de santé .....	31
<i>Article 7</i> sexies ( <i>nouveau</i> ) : Maintien des pénalités et majorations de retard dues aux régimes agricoles liées à une infraction de travail dissimulé en cas de procédure collective.....	33
Chapitre II – Simplifier le recouvrement social et le financement de la sécurité sociale ...	34
<i>Article 8</i> : Simplification de l'organisation du recouvrement .....	34
<i>Article 8</i> bis A ( <i>nouveau</i> ) : Dispositif transitoire d'étalement du paiement des cotisations et contributions sociales par les entreprises ultramarines.....	37
<i>Article 9</i> : Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux.....	39
<i>Article 10</i> : Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État.....	43
<i>Article 10</i> bis A ( <i>nouveau</i> ) : Exonération des non-résidents de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France .....	45
<i>Article 10</i> bis : Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous conditions de revenus.....	46
<i>Article 10</i> ter : Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants .....	48
<i>Article 10</i> quinquies : Modification des bornes maximales de salaires ouvrant droit au bénéfice des « bandeau famille » et « bandeau maladie ».....	53
<i>Article 10</i> sexies A ( <i>nouveau</i> ) : Modification des règles de prise en compte des salariés mis à disposition par des groupements d'employeurs dans leur effectif.....	56
<i>Article 10</i> sexies B ( <i>nouveau</i> ) : Suppression de la restriction selon laquelle l'obligation pour l'employeur de prendre partiellement en charge le coût des services de location de vélos s'applique aux seuls services publics de location de vélos .....	58
<i>Article 10</i> sexies C ( <i>nouveau</i> ) : Pérennisation de la possibilité d'exonérer de cotisations et contributions sociales la prise en charge par l'employeur des frais d'abonnements aux transports publics de ses salariés jusqu'à 75 % de leur prix .....	60
<i>Article 10</i> sexies D ( <i>nouveau</i> ) : Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale .....	61
<i>Article 10</i> sexies E ( <i>nouveau</i> ) : Création d'une exonération exceptionnelle de cotisations sociales pour les entreprises du secteur vitivinicole.....	62
<i>Article 10</i> sexies F ( <i>nouveau</i> ) : Renforcement de l'exonération de cotisations patronales dite « Lodeom » applicable outre-mer pour les entreprises du secteur des bâtiments et travaux publics pour 2025 et 2026 .....	64
<i>Article 10</i> sexies G ( <i>nouveau</i> ) : Pérennisation du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi .....	66
<i>Article 10</i> sexies H ( <i>nouveau</i> ) : Extension du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives agricoles de fruits et légumes .....	68

<i>Article 10 sexies I (nouveau)</i> : Application du dispositif de réduction de cotisations sociales pour les employeurs mettant leurs agents publics sapeurs-pompiers volontaires à disposition des services départementaux d'incendie et de secours .....	69
<i>Article 10 nonies</i> : Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des personnes non-salariées agricoles résidant dans les départements et régions d'outre-mer.....	71
<i>Article 10 decies</i> : Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du Régime social des indépendants sur les difficultés rencontrées par les indépendants en outre-mer pour rembourser leurs dettes envers ce régime .....	72
<i>Article 10 undecies (nouveau)</i> : Réforme de la contribution sur les boissons non alcooliques comprenant des sucres ajoutés.....	73
<i>Article 10 duodecies (nouveau)</i> : Création d'une contribution perçue sur les produits alimentaires transformés contenant des sucres ajoutés .....	75
<i>Article 10 terdecies (nouveau)</i> : Unification des catégories fiscales pour le tabac à chauffer.....	77
<i>Article 10 quaterdecies (nouveau)</i> : Instauration d'une taxe sur les dépenses de publicité portant sur les jeux d'argent et de hasard .....	79
<b>Chapitre III – Améliorer la lisibilité de la régulation macroéconomique des produits de santé .....</b>	<b>81</b>
<i>Article 11</i> : Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé .....	81
<i>Article 11 bis A (nouveau)</i> : Rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie en cas de cessation de prise en charge d'un produit inscrit sur la liste en sus .....	84
<i>Article 11 ter</i> : Modification du taux applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux.....	86
<b>TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE .....</b>	<b>88</b>
<i>Article 13</i> : Tableaux d'équilibre pour 2024 .....	88
<i>Article 16</i> Approbation de l'annexe A .....	90
<b>TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024 .....</b>	<b>93</b>
<b>TITRE I<sup>ER</sup> – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES.....</b>	<b>93</b>
<b>Chapitre I<sup>er</sup> – Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins.....</b>	<b>93</b>
<i>Article 17</i> : Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins.....	93
<i>Article 17 bis (nouveau)</i> : Extension de l'obligation vaccinale contre les infections invasives à méningocoques à d'autres sérogroupes et suppression du rapport annuel du Gouvernement sur l'impact de l'extension vaccinale des nourrissons.....	95
<i>Article 20</i> : Évolution des rendez-vous prévention aux âges clefs de la vie .....	96
<i>Article 20 bis A (nouveau)</i> : Expérimentation du financement de programmes d'activité physique adaptée pour des patients atteints de cancer .....	98

<i>Article 21</i> : Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux.....	99
<i>Article 22</i> : Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51.....	100
<i>Article 22 bis A (nouveau)</i> : Élargir la négociation conventionnelle de l'aide financière complémentaire pour cause de maternité ou paternité aux différentes professions de santé.....	101
<i>Article 22 bis</i> : Inscrire la prévention comme un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé .....	102
<i>Article 22 ter</i> : Autoriser les professionnels de santé des établissements scolaires à adresser des assurés sociaux au dispositif MonSoutienPsy.....	103
<i>Article 22 quater</i> : Financement forfaitaire du traitement du cancer par radiothérapie .....	104
<i>Article 23</i> : Réforme des financements médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé.....	105
<i>Article 23 bis (nouveau)</i> : Expérimenter une rémunération forfaitaire des établissements de santé pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge à domicile .....	108
<i>Article 25</i> : Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique.....	109
<i>Article 25 bis (nouveau)</i> : Limitation de la dispensation de dispositifs médicaux aux besoins effectifs du patient en termes de soins .....	110
<i>Article 25 ter</i> : Assouplissement du régime applicable aux substitutions de biosimilaires... ..	111
<i>Article 26</i> : Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé.....	112
<i>Article 26 bis A (nouveau)</i> : Clarifier le cadre d'application de la charte de la visite médicale dans le champ de la liste des produits et prestations .....	113
<i>Article 26 bis B (nouveau)</i> : Expérimentation d'une évolution des actes effectués par les manipulateurs en électroradiologie .....	114
<i>Article 26 quater</i> : Reporter à mars 2024 l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale .....	115
<i>Article 26 sexies</i> : Mettre en place un parcours de soins dédié aux dépressions post-partum.....	116
Chapitre II – Garantir la soutenabilité de notre modèle social.....	117
<i>Article 27 A (nouveau)</i> : Avis préalable des commissions des affaires sociales sur les projets de textes réglementaires modifiant le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire.....	117
<i>Article 27 B (nouveau)</i> : Sanction des rendez-vous médicaux non honorés par les patients....	118
<i>Article 27 C (nouveau)</i> : Renforcer les incitations des professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé et à la maîtrise des dépenses .....	119
<i>Article 27 D (nouveau)</i> : Améliorer la prise en compte de l'effet financier des conventions professionnelles.....	120

<i>Article 27</i> : Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés.....	122
<i>Article 27 bis</i> : Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse.....	123
<i>Article 28</i> : Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission.....	125
<i>Article 29</i> : Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux .....	127
<i>Article 29 bis</i> : Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance .....	129
<i>Article 30</i> : Inciter au recours aux transports partagés.....	130
<b>Chapitre III – Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants .....</b>	<b>132</b>
<i>Article 31</i> : Rénovation du modèle de financement de l'Établissement français du sang.....	132
<i>Article 32</i> : Préparations officinales spéciales en cas de pénuries .....	133
<i>Article 33</i> : Renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement.....	135
<i>Article 33 bis (nouveau)</i> : Recourir à un formulaire permettant de s'assurer de la pertinence des prescriptions de médicaments à fort enjeu .....	137
<i>Article 34</i> : Facilitation de l'ajout d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical.....	138
<i>Article 34 ter (nouveau)</i> : Date de remise du rapport annuel du Comité économique des produits de santé au Parlement .....	140
<i>Article 35</i> : Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants...	141
<i>Article 36</i> : Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures .....	143
<i>Article 36 bis</i> : Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical.....	145
<i>Article 36 ter (nouveau)</i> : Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français.....	149
<b>Chapitre IV – Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie.....</b>	<b>150</b>
<i>Article 37</i> : Réforme du modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les départements volontaires .....	150
<i>Article 37 bis</i> : Possibilité de renouveler son droit à l'allocation journalière de proche aidant pour chaque personne aidée au cours de la carrière.....	153
<i>Article 37 ter</i> : Prolongation de l'expérimentation du relaying à domicile des proches aidants.....	154
<i>Article 38</i> : Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant un écart de développement .....	155
<i>Article 38 bis A (nouveau)</i> : Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut juridique du service exerçant les missions d'une maison départementale des personnes handicapées.....	157
<i>Article 38 bis B (nouveau)</i> : Expérimentation de dispositifs d'accueil transitoires pour les jeunes adultes en situation de handicap.....	158

<i>Article 38 bis</i> : Prise en charge renforcée de certains produits et prestations afin de permettre le remboursement intégral des fauteuils roulants .....	159
<i>Article 38 ter (nouveau)</i> : Versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un complément financier de 150 millions d'euros aux départements au titre des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie.....	160
<b>Chapitre V – Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle</b> .....	161
<i>Article 39 bis</i> : Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante servies par l'Établissement national des invalides de la marine.....	161
<i>Article 39 ter A (nouveau)</i> : Prise en compte pour la retraite des périodes de grossesse ayant donné lieu à une inaptitude de la femme marin sous réserve de versement de cotisations .....	163
<i>Article 39 ter (nouveau)</i> : Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour détecter les personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation .....	164
<b>Chapitre VI – Poursuivre la transformation du système de retraites</b> .....	166
<i>Article 40</i> : Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon .....	166
<i>Article 40 bis A (nouveau)</i> : Extension de la surcote parentale aux fonctionnaires bénéficiant d'une majoration de durée d'assurance au titre du congé parental .....	168
<i>Article 40 bis B (nouveau)</i> : Interdiction du cumul de la surcote de droit commun et de la surcote parentale au titre de la même année pour les fonctionnaires .....	169
<i>Article 40 bis C (nouveau)</i> : Modalités de prise en compte des trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer ou de l'assurance vieillesse des aidants pour l'attribution des minima de pensions des polypensionnés.....	170
<i>Article 40 bis</i> : Adaptation du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable au régime de la fonction publique d'État.....	172
<i>Article 40 quater</i> : Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés et les mandataires sociaux .....	173
<i>Article 40 sexies</i> : Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de la prime de feu des sapeurs-pompiers professionnels.....	175
<i>Article 40 septies (nouveau)</i> : Affectation au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle d'une mission de prévention de l'exposition aux agents chimiques dangereux.....	176
<i>Article 40 octies (nouveau)</i> : Extension aux délégués des collectivités membres d'un établissement public de coopération intercommunale de la possibilité de cotiser sur leurs indemnités de fonction.....	178
<i>Article 40 nonies (nouveau)</i> : Fixation par décret du taux d'incapacité permanente ouvrant droit au bénéfice d'une pension d'orphelin sans condition d'âge.....	180
<i>Article 40 decies (nouveau)</i> : Extension du bénéfice de la pension d'orphelin aux travailleurs indépendants, professionnels libéraux, non-salariés agricoles et ministres des cultes .....	181
<i>Article 40 undecies (nouveau)</i> : Rendre obligatoire au 1 <sup>er</sup> janvier 2027 le contrôle biométrique des certificats d'existence pour les retraités résidant à l'étranger .....	183



<i>Article 40 duodecies (nouveau)</i> : Communication entre les organismes de protection sociale et l'État des données relatives à la domiciliation des bénéficiaires de prestations sociales .....	184
<i>Article 40 terdecies (nouveau)</i> : Intégration des agents des conseils départementaux aux échanges d'informations entre les agents de l'État et des organismes de protection sociale à des fins de lutte contre la fraude .....	185
<b>TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b> .....	187
<i>Article 41</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.....	187
<i>Article 43</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2024.....	188
<i>Article 43 bis A (nouveau)</i> : Prévoir un retour au Parlement en cas d'écart constaté en cours d'exercice par rapport aux trajectoires de recettes ou de dépenses votées.....	189
<i>Article 43 bis</i> : Prolonger la suspension de l'obligation, pour le comité d'alerte, de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable à des dépenses en lien avec la crise sanitaire .....	190
<i>Article 44</i> : Dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et 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 liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité .....	191
<i>Article 45</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	192
<i>Article 46 ter</i> : Ajustement des réformes du complément de libre choix du mode de garde....	193
<i>Article 46 quater</i> : Demande de rapport sur la prestation partagée d'éducation de l'enfant et ses effets sur le recours au congé parental .....	195
<i>Article 46 quinquies (nouveau)</i> : Autoriser le cumul de l'allocation journalière de présence parentale avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour les parents résidant en Corse ou en outre-mer .....	196
<i>Article 48</i> : Objectif de dépenses de la branche autonomie.....	197
<b>COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	199
1. Réunion du mercredi 22 novembre 2023 à 17 heures.....	199
2. Réunion du mercredi 22 novembre 2023 à 21 heures 15.....	243



## AVANT-PROPOS

Le Gouvernement a engagé sa responsabilité, au titre de l'article 49, alinéa 3, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, le 30 octobre 2023. Alors que le projet initial comptait 50 articles, le texte transmis au Sénat en comptait 97, 47 articles additionnels ayant été adoptés et 4 articles ayant été supprimés.

Le Sénat a adopté 31 articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et un article du projet de loi a été supprimé par les deux assemblées. Le Sénat a ajouté 50 articles additionnels, a rétabli 3 articles, en a supprimé 7 et en a modifié 55.

Le tableau suivant détaille les articles adoptés conformes par le Sénat <sup>(1)</sup>.

### ARTICLES ADOPTÉS CONFORMES PAR LE SÉNAT

Numéro des articles	
<b>PREMIÈRE PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2023</b>	
3	Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie et de la branche autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé
<b>DEUXIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2024</b>	
<b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE</b>	
<i>7 bis</i>	Étendre le bénéfice de l'exonération de taxe sur les salaires aux établissements publics de coopération environnementale
<i>7 quater</i>	Aligner le régime social de gratification des lycées professionnels sur celui des stagiaires de formation professionnelle
<i>8 bis</i>	Limiter les conséquences résultant de l'adhésion à un assujetti unique en matière de TVA sur le montant dû de taxe sur les salaires

---

(1) Ces articles ne sont plus en discussion et ne sont donc pas commentés dans le cadre du présent rapport. On pourra toutefois, au-delà du tableau qui les énumère, retrouver davantage d'informations sur leur contenu dans le rapport de première lecture de la commission des affaires sociales du Sénat.

<b>Numéro des articles</b>	
<b>10 quater</b>	Inscription du titre d'emploi simplifié agricole simplifié dans l'environnement de la déclaration sociale nominative
<b>10 sexies</b>	Précision des dispositions encadrant le nouveau régime social des indemnités de rupture conventionnelle et des indemnités de mise à la retraite d'office par l'employeur
<b>10 septies</b>	Affiliation des commissaires aux comptes aux régimes d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales
<b>10 octies</b>	Prolongation et extension de l'expérimentation de la modulation en temps réel des cotisations des travailleurs indépendants
<b>11 bis</b>	Suppression de dispositions dérogatoires favorisant les médicaments dérivés du sang issus d'un prélèvement « éthique »
<b>11 quater</b>	Prolongation du droit d'option des pédicures-podologues pour l'affiliation à la sécurité sociale des travailleurs indépendants
<b>TITRE II</b> <b>CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	
<b>12</b>	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4
<b>14</b>	Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse
<b>15</b>	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes
<b>TROISIÈME PARTIE</b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024</b>	
<b>TITRE I<sup>ER</sup></b> <b>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES</b>	
<b>CHAPITRE I<sup>ER</sup> – POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ POUR RENFORCER LA PRÉVENTION ET L'ACCÈS AUX SOINS</b>	
<b>18</b>	Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription
<b>19</b>	Lutter contre la précarité menstruelle
<b>20 bis</b>	Permettre au régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle de relever le plafond du budget consacré à la prévention
<b>20 ter</b>	Mise en place d'un programme de dépistage du cytomégalovirus chez la femme enceinte
<b>24</b>	Régulation permanence des soins dentaires et modalités de fixation des rémunérations de la permanence des soins effectuée par les sages-femmes et auxiliaires médicaux

<b>Numéro des articles</b>	
<b>26 bis</b>	Permettre aux SAS de mettre en place des solutions spécifiques en psychiatrie et en pédiatrie
<b>26 ter</b>	Correction d'une erreur rédactionnelle dans l'article 33 de la LFSS pour 2023
<b>26 quinquies</b>	Transposer les dispositions des articles L. 162-32 à L. 162-32-4 du code de la sécurité sociale à Mayotte
<b>CHAPITRE II – GARANTIR LA SOUTENABILITÉ DE NOTRE MODÈLE SOCIAL</b>	
<b>29 ter</b>	Simplification de la prise en charge des dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance
<b>CHAPITRE III – GARANTIR ET SÉCURISER L'ACCÈS DES FRANÇAIS AUX MÉDICAMENTS DU QUOTIDIEN ET AUX PRODUITS DE SANTÉ INNOVANTS</b>	
<b>34 bis</b>	Précisions sur le recueil des données de performances des médicaments de thérapie innovante
<b>CHAPITRE III – RENFORCER LES POLITIQUES DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE</b>	
<b>37 quater</b>	Mise en œuvre du mécanisme de remboursement des prestations sociales entre États pour l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap
<b>CHAPITRE V – MODERNISER L'INDEMNISATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE</b>	
<b>39</b>	Rénover les modalités d'indemnisation du déficit fonctionnel permanent <i>(article supprimé)</i>
<b>CHAPITRE VI – POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE RETRAITES</b>	
<b>40 ter</b>	Prise en compte des services actifs accomplis par un fonctionnaire avant sa titularisation pour l'ouverture du droit à un départ en retraite anticipée
<b>40 quinquies</b>	Rétablissement du conditionnement de la bonification du cinquième à vingt-sept années de services accomplis en qualité d'agent de police
<b>TITRE II</b> <b>DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES</b>	
<b>42</b>	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
<b>46</b>	Objectif de dépense de la branche vieillesse
<b>46 bis</b>	Rendre plus flexible le congé paternité pour les exploitants agricoles
<b>47</b>	Objectif de dépenses de la branche famille
<b>49</b>	Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Source : commission des affaires sociales.

Après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 21 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, les 115 articles restant en discussion.



## COMMENTAIRE DES ARTICLES

### *Article liminaire*

### **Prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2023 et 2024**

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

Sort au Sénat : rétabli.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

#### **1. Les dispositions rejetées par l'Assemblée nationale en première lecture**

● Le présent article établit les prévisions de recettes, de dépenses et de solde des administrations de sécurité sociale pour l'exercice en cours et l'année à venir. Il constitue l'une des novations introduites par la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale. À la différence, en particulier, des tableaux d'équilibre pour les exercices 2023 et 2024, son périmètre ne se limite pas aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et inclut l'ensemble des administrations de sécurité sociale (Asso). Son inclusion dans la loi de financement de l'année revêt un caractère obligatoire aux termes de l'article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale.

En 2023, les recettes des Asso atteindraient 26,6 % du produit intérieur brut (PIB), tandis que leurs dépenses s'élèveraient à 25,9 % du PIB – soit un solde excédentaire à hauteur de 0,7 % du PIB. En 2024, la part des recettes des Asso dans le PIB se maintiendrait au même niveau, tandis que la part des dépenses augmenterait de 0,1 point. L'excédent de ce sous-ensemble des administrations publiques diminuerait ainsi légèrement pour atteindre 0,6 % du PIB.

● L'Assemblée nationale n'a pas adopté le présent article. En effet, elle a adopté, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, plusieurs amendements identiques tendant à supprimer l'article liminaire, proposés par M. Jérôme Guedj et les membres du groupe Socialistes et apparentés, par M. Sébastien Peytavie et les membres du groupe Écologiste - NUPES, par M. Pierre Dharréville et les membres du groupe Gauche démocrate et républicaine - NUPES, par Mme Joëlle Mélin et les membres du groupe Rassemblement National, par M. Laurent Panifous et les membres du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires et par M. Damien Maudet et les membres du groupe La France insoumise - NUPES.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- Le Sénat a adopté un amendement de la commission, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, tendant à rétablir le présent article dans sa rédaction initiale.

## 3. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale propose à la commission d'adopter le présent article sans modification. Elle rappelle qu'il s'agit d'une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. Dès lors, l'absence d'adoption du présent article comporterait un risque quant à la conformité de l'ensemble du projet de loi à la Constitution.

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

## *Article 1<sup>er</sup>*

### **Rectification des tableaux d'équilibre pour 2023**

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

Sort au Sénat : rétabli.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

- Conformément aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale, le présent article vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2023. L'année 2023 serait marquée par une nette amélioration des comptes sociaux : le déficit des régimes de base et du FSV atteindrait 8,8 milliards d'euros contre 19,7 milliards d'euros en 2022.

L'article 1<sup>er</sup> rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), les prévisions de recettes mises en réserve par le FSV ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades). La seule modification apportée aux prévisions mentionnées à l'article 8 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 concerne l'objectif d'amortissement de la dette sociale,



dont le montant s'élèverait à 18,3 milliards d'euros au lieu de 17,7 milliards d'euros.

● L'Assemblée nationale n'a pas adopté le présent article en première lecture, plusieurs amendements identiques tendant à le supprimer ayant été adoptés. Ces amendements avaient été déposés par M. Jérôme Guedj et les membres du groupe Socialistes et apparentés, M. Sébastien Peytavie et les membres du groupe Écologiste - NUPES, M. Yannick Monnet et les membres du groupe Gauche démocrate et républicaine - NUPES, Mme Joëlle Mélin et les membres du groupe Rassemblement National ainsi que M. Hadrien Clouet et les membres du groupe La France insoumise - NUPES.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté un amendement de la commission, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, tendant à rétablir le présent article dans la rédaction du projet de loi déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale propose à la commission d'adopter le présent article sans modification.

Elle rappelle qu'il s'agit – au même titre que l'article liminaire – d'une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. Elle souligne, de surcroît, que le tableau d'équilibre rétabli par le Sénat témoigne de la poursuite du redressement des comptes sociaux au sortir de la crise sanitaire – le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du FSV étant réduit de plus de moitié entre 2022 et 2023.

\*

\* \*

## Article 2

### **Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction initiale.

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

● Cet article rectifie l'objectif national d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2023, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent. L'Ondam rectifié pour 2023 est fixé à 247,6 milliards d'euros.

● L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements de suppression de l'article déposés par M. Jérôme Guedj et ses collègues du groupe Socialistes et apparentés, par M. Sébastien Peytavie (groupe Écologiste - NUPES), par M. Pierre Dharréville et ses collègues du groupe Gauche démocrate et républicaine - NUPES, par Mme Joëlle Mélin et ses collègues du groupe Rassemblement National ainsi que par M. Frédéric Mathieu et ses collègues du groupe La France insoumise - NUPES.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté, avec un avis défavorable du Gouvernement, deux amendements identiques de la rapporteure générale et de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, visant à rétablir le présent article tout en majorant cependant, au titre de l'année 2023, le sous-objectif relatif aux établissements de santé à hauteur de 200 millions d'euros pour permettre de mieux couvrir les surcoûts liés à l'inflation. Il réduit à due concurrence les crédits du sixième sous-objectif pour assurer la recevabilité financière de l'amendement.

#### **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de rétablir la rédaction initiale de cet article afin de préserver la répartition entre les sous-objectifs prévue initialement par le Gouvernement.

\*

\* \*

#### Article 4

### **Rectification du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la version adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article vise à rectifier le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde applicable aux médicaments remboursables – « montant M » – pour l'année 2023. Afin de tenir compte d'une hausse multifactorielle des dépenses de médicaments et en contrepartie d'engagements de l'industrie à conduire des efforts importants de baisse de prix, avec un objectif de 850 millions d'euros d'économie pour l'année 2024, le seuil, initialement fixé à 24,6 milliards d'euros, serait relevé de 300 millions d'euros à 24,9 milliards d'euros.

Compte tenu des hypothèses d'abattement lié aux objectifs de baisse de prix, qui s'imputent sur le montant de la contribution, cette mesure devrait minorer les recettes de l'assurance maladie de 120 millions d'euros pour 2023.

● Le Gouvernement a maintenu cet article dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, sans modification.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté, malgré un avis défavorable du Gouvernement, un amendement de la commission visant à augmenter le « montant Z », c'est-à-dire le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour l'année 2023 de 2,21 milliards d'euros à 2,35 milliards d'euros. L'objectif affiché par les auteurs est d'éviter le déclenchement de la clause de sauvegarde pour des montants importants, notamment dans un contexte de contraction du chiffre d'affaires des entreprises concernées.

#### **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale propose de rétablir l'article 4 dans sa rédaction initiale. La fixation du montant Z pour l'année 2023 a été définie en fonction des ambitions industrielles du Gouvernement mais également en fonction d'engagements de baisse de prix des dispositifs médicaux par les industriels. Comme cela a été rappelé par le ministre délégué chargé des comptes publics en séance publique au Sénat, il n'apparaît pas souhaitable de remettre en cause l'équilibre résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Par ailleurs, l'article 11 *ter*, adopté à l'initiative de nos collègues Yannick Neuder, Thibault Bazin, Stéphane Viry, Josiane Corneloup et Frédéric Valletoux, diminue le taux de la contribution due par les entreprises du secteur en cas de dépassement du montant Z de 100 % à 90 %. Cette mesure, qui s'appliquera à compter de la contribution due au titre de l'année 2024, constitue déjà un pas en direction des industriels du secteur des dispositifs médicaux.

\*

\* \*

#### *Article 4 bis (nouveau)*

### **Diminution du taux applicable à la première part de la contribution sur les ventes en gros**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 4 *bis* résulte de l'adoption d'amendements identiques de M. Laurent Burgoa (groupe Les Républicains), de M. Bruno Belin (groupe Les Républicains) et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste ainsi que de M. Michel Canévet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste. Ils ont recueilli un avis favorable de la commission mais défavorable du Gouvernement.

Cet article vise à diminuer le taux de la contribution sur les ventes en gros (CVEG) de 1,5 % à 1 %. Une version similaire avait été adoptée par le Sénat en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 avant d'être supprimée en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

● La contribution sur les ventes en gros porte sur le chiffre d'affaires remboursable réalisé par les entreprises pharmaceutiques auprès des pharmacies d'officine. Elle est non seulement due par les grossistes-répartiteurs mais également par les entreprises exploitantes de médicaments remboursables au titre des ventes directes qu'elles réalisent auprès des pharmacies.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 l'a étendue aux entreprises bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle ainsi qu'à celles assurant la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques <sup>(1)</sup>.

L'assiette de la CVEG est constituée de trois parts <sup>(2)</sup> :

---

(1) Article 42 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

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

– la première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile, auquel s'applique un taux d'1,5 % ;

– la deuxième part correspond à la variation du chiffre d'affaires par rapport à celui de l'année précédente, à laquelle s'applique un taux de 2,25 % ;

– la troisième part est constituée de la fraction du chiffre d'affaires hors taxes réalisée par l'entreprise correspondant à la différence entre le prix fabricant hors taxes <sup>(1)</sup> d'une part, et les prix de vente hors taxes aux officines d'autre part, à laquelle s'applique un taux de 20 %.

● La diminution prévue par l'article 4 *bis* concerne plus précisément la première des trois parts de l'assiette de la CVEG, c'est-à-dire celle constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile. L'article ne modifie pas les autres taux.

Le II de l'article 4 *bis* prévoit que le nouveau taux entre en vigueur dès l'exercice 2023.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● Par cohérence avec sa position lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, la rapporteure générale propose de supprimer cet article. La justification apportée par les auteurs de l'amendement résidait dans le besoin de soutenir les grossistes-répartiteurs – qui ne peuvent répercuter l'inflation sur leurs marges, qui sont réglementées – par une baisse de la fiscalité qui leur est applicable.

Outre le fait que la baisse de taux proposée ne concerne pas exclusivement les grossistes-répartiteurs bien qu'elle ne porte que sur la première part de l'assiette de la CVEG, force est de constater que les grossistes-répartiteurs ont déjà bénéficié d'importantes mesures de soutien ces dernières années. Le taux applicable à la première part de l'assiette de la CVEG a ainsi été abaissé de 1,75 % à 1,5 % par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 <sup>(2)</sup> pour un montant estimé à 35 millions d'euros. Les marges réglementées ont quant à elles été augmentées à 6,93 % du prix fabricant hors taxes en février 2021 <sup>(3)</sup>, ce qui représente un gain de 30 millions d'euros pour les entreprises du secteur. Enfin, l'instauration d'un forfait de 0,63 euro par boîte pour la distribution des médicaments sensibles à la température – « forfait froid » – permet de dégager 30 millions d'euros supplémentaires pour les grossistes-répartiteurs.

\*

\* \*

---

(1) Auquel on ajoute la marge maximale mentionnée au second alinéa de l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale et duquel on déduit les remises maximales autorisées à l'article L. 138-9 du même code.

(2) Article 5 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(3) Arrêté du 14 septembre 2020 modifiant l'arrêté du 4 août 1987 relatif aux prix et aux marges des médicaments remboursables et des vaccins et des allergènes préparés spécialement pour un individu.

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

### **TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE**

#### **CHAPITRE I<sup>ER</sup> Renforcer les actions de lutter contre la fraude aux cotisations**

##### *Article 5*

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

● Le présent article vise à lutter contre les pratiques frauduleuses dans la mise en œuvre de l'avance immédiate de crédit d'impôt pour l'emploi d'un salarié à domicile. À cette fin, il prévoit notamment de sécuriser les conditions d'accès au service d'avance immédiate, de supprimer le mécanisme de déclaration des sommes directement versées par les particuliers aux prestataires et de préciser et renforcer les moyens d'action des organismes de recouvrement en matière de sanction, de suspension et d'exclusion du service.

En outre, tirant les conséquences des expérimentations menées en vue de l'extension du dispositif aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH), le présent article vise à adapter le calendrier de déploiement du service d'avance immédiate pour les bénéficiaires de ces prestations, ainsi que pour les activités de garde d'enfant de moins de 6 ans. Ainsi, l'intégration des activités de garde d'enfants de moins de 6 ans interviendrait le 1<sup>er</sup> juillet 2026 au plus tard. De manière analogue, le cadre expérimental en vigueur pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH serait maintenu jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2027 au plus tard.

Par ailleurs, pour conforter les moyens d'action des organismes de recouvrement en matière de lutte contre la fraude, le présent article prévoit de clarifier les prérogatives des agents de ces organismes en matière de requalification

des faits et des actes des personnes contrôlées. Enfin, dans le but de rendre plus effective la sanction des abus de droit en matière sociale, il vise à réformer la procédure de sanction de ces faits.

- Vingt-deux amendements de la rapporteure générale, d'ordre rédactionnel, ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté deux amendements de précision et neuf amendements rédactionnels de la commission.

- Le Sénat a adopté trois amendements de la commission, avec avis favorable du Gouvernement :

- le premier vise à permettre aux Urssaf de déroger à leur obligation de paiement des prestations déclarées par un particulier employeur en cas d'exclusion du dispositif ou de suspension de la possibilité de l'utiliser, comme le texte le prévoit déjà pour les prestations déclarées par un prestataire de services. Cependant, cette dérogation ne s'appliquerait pas en cas de défaut de paiement des sommes dues par l'employeur ;

- le deuxième tend à rendre applicable l'obligation de conservation des pièces justificatives des versements directs réalisés par un particulier employeur au profit de son salarié non plus seulement au particulier employeur, mais également au salarié et, le cas échéant, au mandataire. Par ailleurs, cette obligation s'appliquerait non plus seulement dans les cas où le versement serait réalisé par le biais de titres spéciaux de paiement, mais dans tous les cas de versement direct ;

- le troisième vise à permettre l'exclusion du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt non seulement de l'employeur ou du mandataire, mais également du salarié qui ne respecterait pas les conditions générales d'utilisation du dispositif.

- Le Sénat a également adopté un amendement de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis défavorable de la commission et un avis favorable du Gouvernement. Cet amendement précise le contenu du décret pris en Conseil d'État relatif à la pénalité applicable en cas d'abus de droit, conformément à l'article L. 243-7-2 du code de la sécurité sociale. Il prévoit que ce décret détermine, outre les conditions de mise en œuvre de cette pénalité, les garanties accordées aux cotisants.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose à la commission d'adopter cet article sans modification. En effet, les dispositions adoptées par le Sénat tendent à conforter la portée de la mesure de sécurisation du dispositif d'avance immédiate.

### *Article 6*

## **Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs**

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

Sort au Sénat : supprimé.

Avis de la commission : rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article vise à instaurer un dispositif de précompte des cotisations et contributions sociales des micro-entrepreneurs exerçant leur activité professionnelle au moyen d'une plateforme numérique. Il tend à lutter contre la sous-déclaration des chiffres d'affaires qui atteint, parmi ces professionnels, des niveaux supérieurs à la moyenne des micro-entrepreneurs et, à plus forte raison, de l'ensemble des travailleurs indépendants. Le manque à gagner pour les finances sociales est estimé à 175 millions d'euros en 2022. En outre, ce phénomène limite l'accès des travailleurs concernés à certaines prestations contributives en minorant l'ouverture de droits sociaux à leur profit.

Cette mesure – qui figurait dans le plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques présenté par le Gouvernement en mai dernier – entraînerait une amélioration du taux de collecte pour une incidence financière de l'ordre de 200 millions d'euros par an à partir de 2027.

● Deux amendements rédactionnels de la rapporteure générale ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté un amendement de Mme Monique Lubin et de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain visant à supprimer le présent article, contre l'avis de la commission et du Gouvernement.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale propose à la commission de rétablir le présent article, moyennant plusieurs modifications rédactionnelles.

Elle rappelle que le dispositif de précompte des cotisations et contributions sociales des utilisateurs des plateformes, prévu par le présent article, bénéficierait à ces utilisateurs – pour qui l'absence de paiement des cotisations sociales limite l'accès aux prestations contributives, notamment en matière de droits à la retraite – ainsi qu'aux finances sociales, dans la mesure où le montant des cotisations



éluées est estimé à 175 millions d’euros par an pour les micro-entrepreneurs des plateformes

\*

\* \*

*Article 6 bis (nouveau)*

**Transmission à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des déclarations souscrites par les plateformes de mise en relation auprès de l’administration fiscale**

Origine de l’article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le présent article est issu de deux amendements identiques de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Nathalie Goulet et plusieurs membres du groupe Union centriste, adoptés contre l’avis du Gouvernement.

● Le 1<sup>o</sup> prévoit la transmission à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) de déclarations que les plateformes de mise en relation souscrivent auprès l’administration fiscale chaque année, ces déclarations étant déjà communiquées à l’Urssaf Caisse nationale et à la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

Aux termes de l’article 1649 *ter* A du code général des impôts, les opérateurs des plateformes de mise en relation souscrivent auprès de l’administration fiscale une déclaration relative aux opérations réalisées par des vendeurs et prestataires par son intermédiaire. Celle-ci comporte en particulier :

– les éléments d’identification de chaque vendeur ou prestataire qui, résident de France, d’un autre État membre de l’Union européenne ou d’un État ou territoire ayant conclu avec la France une convention permettant l’échange automatique des informations sur les transactions effectuées par l’intermédiaire de plateformes, a réalisé des opérations de vente d’un bien, de fourniture d’un service par des personnes physiques, de location d’un mode de transport ou de location d’un bien immobilier ;

– le montant total de la contrepartie perçue par chaque vendeur ou prestataire au cours de chaque trimestre et le nombre d’opérations pour lesquelles elle a été perçue, ainsi que tous frais, commissions ou taxes retenus ou prélevés par l’opérateur de plateforme au cours de chaque trimestre ;

– lorsqu’ils sont disponibles, l’identifiant du compte financier sur lequel la contrepartie est versée ainsi que les éléments d’identification du titulaire de ce compte, s’il diffère du vendeur ou prestataire à déclarer.

Cette disposition du code général des impôts résulte de la transposition de la directive 2021/514/UE du 22 mars 2021 modifiant la directive 2011/16/UE relative à la coopération administrative dans le domaine fiscal (« directive DAC 7 »), opérée par l’article 134 de la loi n° 2022-1726 du 30 décembre 2022 de finances pour 2023.

Aux termes du second alinéa de l’article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale, la déclaration souscrite par les plateformes est transmise à l’Urssaf Caisse nationale et à la Cnaf. Ainsi, le présent article étend cette transmission à la CCMSA.

- Par ailleurs, l’article L. 114-19-1 susmentionné prévoit la possibilité de mettre en œuvre une interconnexion entre, d’une part, les données ainsi obtenues par l’Urssaf Caisse nationale et la Cnaf et, d’autre part, les informations dont disposent les Caf et les Urssaf. Le 2° du présent article inclut les caisses de mutualité sociale agricole dans le champ d’application de cette disposition.

- En outre, l’article élargit les finalités qui peuvent donner lieu à cette interconnexion : alors que le deuxième alinéa de l’article L. 114-19-1 du code de la sécurité sociale dispose que celle-ci peut être mise en œuvre dans le cadre des missions de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé qui incombent aux Caf et aux Urssaf, le 2° en étend le champ d’application à l’ensemble des missions de lutte contre la fraude accomplies par ces organismes et par les caisses de MSA. Cet élargissement permettrait notamment aux Caf, aux Urssaf et aux caisses de MSA de mobiliser les données recueillies au moyen de cette interconnexion dans le cadre de leurs actions contre la fraude aux prestations dont ils assurent le service.

## **2. L’avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose à la commission de supprimer cet article, sous réserve de l’éclairage du Gouvernement sur les conditions de mise en œuvre de la transmission de données que cette disposition prévoit d’instituer.

\*

\* \*

*Article 7*

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

● Le présent article vise à permettre le remboursement, par les professionnels de santé auteurs d'actes frauduleux, des cotisations prises en charge à leur profit par l'assurance maladie dans le cadre des conventions conclues par cette dernière avec les représentants des praticiens et auxiliaires médicaux. Il constitue la traduction législative d'un engagement pris par le Gouvernement dans le cadre du plan de lutte contre les fraudes aux finances publiques présenté en mai dernier.

Cette disposition, qui concernerait uniquement les cotisations prises en charge au titre des revenus obtenus par fraude, porterait sur les revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024.

● Le Gouvernement n'a pas retenu d'amendement à cet article dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité dans les conditions prévues par l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels de la commission.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale propose à la commission d'adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

Article 7 ter

**Sanctionner pénalement l'incitation publique à la fraude sociale et la mise à disposition d'instruments destinés à faciliter la fraude**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

● Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement. Il crée un délit de mise à disposition d'instruments destinés à faciliter la fraude sociale, à préciser le champ d'application du délit d'incitation à la fraude sociale ainsi qu'à étendre les prérogatives des agents de l'État et des organismes de sécurité sociale pour enquêter sur ces infractions.

● En premier lieu, le présent article introduit un nouvel article L. 114-13 dans le code de la sécurité sociale. Il institue un délit réprimant la mise à disposition de moyens, services, actes ou instruments juridiques, comptables, financiers ou informatiques ayant pour but de permettre à un tiers de se soustraire frauduleusement à la déclaration et au paiement des cotisations et contributions sociales ou d'obtenir une prestation, un paiement ou un avantage indu d'un organisme.

Le nouvel article L. 114-13 susmentionné prévoit des peines de trois ans d'emprisonnement et de 250 000 euros d'amende, portées à cinq ans d'emprisonnement et 500 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en utilisant un service de communication au public en ligne. Les personnes morales dont la responsabilité pénale serait reconnue dans cette infraction encourraient en outre plusieurs peines criminelles et correctionnelles ainsi qu'une amende.

● Outre la création d'un délit de facilitation de la fraude sociale, le présent article modifie les dispositions se rapportant au délit d'incitation à la fraude sociale.

Créé par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale prévoit des peines de deux ans d'emprisonnement et 30 000 euros d'amende pour « *toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues* »<sup>(1)</sup>. En outre, la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de

---

(1) Dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, cet article prévoyait des peines de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende. Celles-ci ont été portées à leur quantum actuel par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

financement de la sécurité sociale pour 2015 a instauré une peine de six mois d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende à l'encontre de « *toute personne qui refuse délibérément de s'affilier ou qui persiste à ne pas engager les démarches en vue de son affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale, en méconnaissance des prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale* » (second alinéa de l'article L. 114-8 précité).

Le présent article modifie les éléments constitutifs de l'infraction d'incitation à la fraude sociale. Il prévoit d'abord que cette incitation doit être publique pour que l'infraction soit constituée. Par ailleurs, il étend le champ d'application du délit en y incluant l'incitation au refus de déclarer des cotisations et contributions sociales – et non plus seulement, comme le prévoit la rédaction en vigueur de l'article L. 114-8 susmentionné, l'incitation à refuser de les payer. Serait également constitutive de cette infraction l'incitation à obtenir de façon frauduleuse le versement d'une prestation, d'une allocation ou d'un avantage servis par un organisme de sécurité sociale. Enfin, le présent article prévoit que dans le cas où l'incitation est commise par voie de presse ou au moyen d'un service de communication au public en ligne, les règles applicables pour la détermination des personnes responsables sont celles prévues par les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières.

- Par ailleurs, les pouvoirs d'enquête des agents de l'État et des organismes de sécurité sociale pour rechercher et constater les délits respectivement créés et modifiés par le présent article, ainsi que le refus de s'affilier à un régime de sécurité sociale.

Aux termes de l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale, les agents de l'État ou des organismes de protection sociale sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en matière sociale. Le présent article complète la liste de ces fraudes en y incluant les faits constitutifs du délit d'incitation à la fraude sociale, du délit de facilitation de la fraude sociale et du refus de s'affilier à un régime de sécurité sociale.

Par ailleurs, les agents des organismes de protection sociale, des caisses de mutualité sociale agricole et de Pôle emploi chargés du contrôle pourraient rechercher et constater ces infractions, enquêter en ligne, à cet effet, sous pseudonyme et procéder à toute audition nécessaire dans ce cadre.

Enfin, les agents des Urssaf et des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) chargés du contrôle seraient également habilités à rechercher et à constater ces infractions.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, modifié par un sous-amendement rédactionnel de la commission, visant à :

– introduire une circonstance aggravante du délit de facilitation de la fraude sociale en cas d’action en bande organisée. Dans cette hypothèse, les peines seraient portées au même quantum qu’en cas de commission des faits constitutifs de l’infraction au moyen d’un service de communication au public en ligne, soit cinq ans d’emprisonnement et 500 000 euros d’amende ;

– inclure le délit de facilitation de la fraude sociale dans le champ d’application des dispositions applicables à l’enquête, à la poursuite, à l’instruction et au jugement des faits relevant de la criminalité et de la délinquance organisées. Ainsi, les moyens spécifiques à la lutte contre ces dernières pourraient être mobilisés concernant des faits constitutifs du délit instauré par le présent article. Ces moyens recouvrent notamment la mise en œuvre par les services judiciaires de techniques spéciales d’enquête et la saisine des juridictions pénales spécialisées ;

– prévoir une peine d’emprisonnement de trois ans et une amende de 250 000 euros punissant le fait d’organiser ou de tenter d’organiser, par voies de fait, menaces ou manœuvres concertées, le refus par les assujettis de se conformer à l’obligation de s’affilier à un organisme de sécurité sociale et aux prescriptions de la législation en matière de sécurité sociale ;

– abroger plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale visant à punir des faits inclus dans le champ d’application des infractions créées ou modifiées par le présent article.

- En outre, un amendement de la commission ayant reçu un avis favorable du Gouvernement a étendu le champ d’application du délit d’incitation à la fraude sociale, en supprimant la restriction suivant laquelle seule l’incitation publique serait sanctionnée.

- Enfin, le Sénat a également adopté deux amendements rédactionnels de la commission.

### **3. L’avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose à la commission d’adopter cet article dans une rédaction conforme à celle issue de l’examen du projet de loi de financement par le Sénat, moyennant plusieurs coordinations à opérer pour tirer les conséquences de l’abrogation d’articles du code de la sécurité sociale. En effet, les modifications apportées par le Sénat confortent la portée du dispositif proposé par le Gouvernement.

\*

\* \*

*Article 7 quinquies*

**Information des ordres professionnels en cas de fraude d'un professionnel de santé**

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

Sort au Sénat : supprimé.

Avis de la commission : rétablissement du texte adopté par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article est issu d'un amendement de la rapporteure générale, que le Gouvernement a retenu dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

● Aux termes de l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale, les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à cet ordre.

Ce signalement est réalisé auprès du conseil territorialement compétent de l'ordre au tableau duquel est inscrit le professionnel de santé concerné, soit respectivement :

- les conseils départementaux de l'ordre des médecins ;
- les conseils départementaux de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;
- les conseils départementaux de l'ordre des sages-femmes ;
- les conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens ;
- les conseils départementaux ou interdépartementaux de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- les conseils départementaux ou interdépartementaux de l'ordre des infirmiers ;
- les conseils régionaux ou inter-régionaux de l'ordre des pédicures-podologues.

En outre, le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-19 susmentionné prévoit que l'ordre destinataire du signalement doit rendre compte à l'organisme d'assurance maladie, dans un délai de trois mois, des suites qui y sont apportées. Le

conseil de l'ordre peut notamment saisir la chambre disciplinaire de première instance territorialement compétente, qui peut prononcer une sanction ordinale.

- Le présent article vise à préciser le champ d'application de cette disposition du code de la sécurité sociale pour y inclure expressément les faits à caractère frauduleux commis par des professionnels de santé. Il tend ainsi à conforter l'articulation entre les actions de lutte contre la fraude de ces derniers mises en œuvre par l'assurance maladie et les ordres professionnels. Il s'inscrit dans la continuité des dispositions de lois de financement antérieures – telles que l'article 102 de la loi n° 2022-1616 de financement de la sécurité sociale pour 2023 – tendant à mieux repérer et sanctionner les fraudes, erreurs ou abus commis par des professionnels de santé.

La modification proposée doit par ailleurs être rapprochée du dispositif institué par l'article 7 du présent projet de loi. Celui-ci prévoit l'annulation de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales d'un professionnel de santé auteur d'actes constitutifs de fraude. Il précise notamment que cette annulation peut intervenir lorsqu'une sanction ordinale est prononcée à l'encontre de ce professionnel. Ainsi, il importe de mettre en cohérence le champ d'application du signalement prévu par l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale avec celui de l'article 7 du projet de loi.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat**

- Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement de la commission tendant à supprimer le présent article.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose à la commission de rétablir le présent article.

En effet, l'argument avancé par la commission des affaires sociales du Sénat pour en justifier la suppression n'emporte pas la conviction. Celui-ci – qui figure notamment dans l'exposé des motifs de l'amendement de la commission – consiste à affirmer que la fraude des professionnels de santé étant par nature constitutive d'un manquement déontologique, la modification proposée revêtirait un caractère superfétatoire.

Or, en l'état du droit, aucune disposition de nature législative ne garantit l'inclusion des faits à caractère frauduleux dans la notion de manquement déontologique. Dès lors, l'objet du signalement prévu par l'article L. 162-1-19 du code de la sécurité sociale n'est pas défini de manière rigoureuse, ce qui limite sa portée.

Le rétablissement de l'article adopté par l'Assemblée nationale garantirait la transmission aux ordres professionnels, par l'assurance maladie, d'informations



concernant les faits constitutifs de fraude commis par des professionnels de santé. Ainsi, cette disposition contribuerait à soutenir et accompagner les ordres dans leur action en matière de lutte contre la fraude.

\*

\* \*

*Article 7 sexies (nouveau)*

**Maintien des pénalités et majorations de retard dues aux régimes agricoles liées à une infraction de travail dissimulé en cas de procédure collective**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : maintien.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le présent article est issu de deux amendements identiques de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

Il abroge l'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime, créé par la loi n° 5005-845 du 26 juillet 2005 de sauvegarde des entreprises. Il prévoit, en cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires, la remise des pénalités, des frais de poursuite, et des majorations de retard dues par le redevable à la date du jugement d'ouverture. Aux termes de l'article L. 725-9 du même code, cet article s'applique aux redevables du régime de protection sociale agricole.

Par ailleurs, le dernier alinéa de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale prévoit la remise de ces pénalités, frais et majorations à la date du jugement d'ouverture, sauf lorsque le redevable est condamné pour infraction de travail dissimulé. Ainsi, deux dispositifs de remise de plein droit coexistent, dont l'un s'applique aux seuls redevables du régime agricole, à l'exclusion des cotisants d'autres régimes. Il en résulte une différence de traitement : un cotisant affilié au régime agricole condamné pour travail dissimulé se voit appliquer une remise qui ne bénéficie pas aux redevables d'autres régimes.

● L'abrogation de l'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime prévue par le présent article tend ainsi à mettre fin à une différence de traitement entre les cotisants selon leur régime d'affiliation en unifiant le dispositif de remise applicable. Dorénavant, la remise susmentionnée ne bénéficierait plus aux cotisants condamnés pour travail dissimulé, quel que soit leur régime d'affiliation.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

• La rapporteure générale propose à la commission d'adopter le présent article sans modification.

\*

\* \*

### CHAPITRE II

## Simplifier le recouvrement social et le financement de la sécurité sociale

### *Article 8*

#### **Simplification de l'organisation du recouvrement**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat, avec modifications.

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

• Le présent article porte plusieurs mesures de simplification du recouvrement des cotisations et contributions sociales.

En premier lieu, il modifie les modalités d'organisation du recouvrement de certaines cotisations et contributions sociales. Il confirme l'annulation du transfert de compétence du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires des salariés affiliés à l'Agirc-Arrco et des cotisations des régimes gérés par la Caisse des dépôts et consignations aux Urssaf, adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 mais déclarée contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel pour des raisons procédurales. Il supprime également l'option permettant aux branches professionnelles de confier aux Urssaf la responsabilité du recouvrement des contributions additionnelles à la formation professionnelle et au dialogue social dont la mise en œuvre se heurte à d'importants écueils.

En second lieu, l'article comprend des dispositifs de rationalisation des circuits de déclaration sociale pour simplifier les formalités des entreprises étrangères, faciliter la mise en œuvre de l'extension du périmètre des cotisations à déclarer à travers la déclaration sociale nominative (DSN) sur les revenus autres et finaliser la mise en place du mécanisme de reversement sur sommes dues dans le régime agricole.

L'annulation du transfert de compétence du recouvrement des cotisations de retraites complémentaires et des cotisations des régimes gérés par la Caisse des

dépôts et consignations entraînerait une perte de recettes pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale de 76 millions d'euros en 2024 et de 115 millions d'euros par an à compter de 2025.

Si les autres mesures n'ont pas d'impact financier direct, elles participent à l'efficacité de la déclaration et du recouvrement. Elles peuvent donc déboucher sur des gains indirects qui ne font pas l'objet d'une estimation.

● Neuf amendements rédactionnels, trois amendements de précision, trois amendements de coordination et deux amendements de correction d'une erreur matérielle de la rapporteure générale ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels, trois amendements de correction d'une erreur matérielle et un amendement de précision déposés à l'initiative de la commission.

Trois amendements ont par ailleurs été adoptés qui apportent des modifications de fond.

Un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, vise à maintenir la compétence de la Caisse des dépôts et consignations pour le recouvrement de la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL).

Un amendement de Mme Frédérique Puissat et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, maintient la possibilité pour les branches professionnelles de confier aux Urssaf le recouvrement des contributions conventionnelles de dialogue social et de formation professionnelle tout en adaptant les modalités de ce transfert. Ce transfert s'effectuerait par une convention conclue entre les partenaires sociaux représentatifs, mandaté par un accord de branche, et l'Urssaf Caisse nationale ou la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole si le secteur relève de son champ de compétence.

Dans le souci d'assurer l'opérationnalité d'un tel transfert, la loi encadrerait le contenu de la convention ainsi que les caractéristiques de la contribution :

– la convention devrait prévoir un montant de collecte de la contribution au moins égal à un montant minimal fixé par arrêté ainsi que des frais de gestion versés au profit des organismes de recouvrement ;

– afin d'assurer la possibilité de son recouvrement *via* les circuits habituels, la contribution devrait obligatoirement être assise sur les mêmes revenus d'activité

que ceux constituant l'assiette de la contribution à la formation professionnelle <sup>(1)</sup> – pour la contribution conventionnelle à la formation professionnelle – ou l'assiette des cotisations <sup>(2)</sup> – pour la contribution conventionnelle au dialogue social.

Ce droit d'option est inscrit à l'article L. 2135-10 du code du travail s'agissant de la contribution conventionnelle au dialogue social et à l'article L. 6131-3 du même code s'agissant de la contribution conventionnelle à la formation professionnelle.

Un amendement de la commission, adopté avec un avis favorable du Gouvernement, permet à la caisse de sécurité sociale de Mayotte d'être destinataire de l'ensemble des données de la déclaration sociale nominative relative à ses affiliés, non seulement celles concernant leurs revenus de remplacement comme cela était prévu par le texte déposé par le Gouvernement, mais également celles concernant leurs salaires.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale salue les ajouts adoptés par le Sénat. Plus spécifiquement, les garanties prévues pour encadrer la possibilité donnée aux branches de transférer le recouvrement des contributions conventionnelles au dialogue social et à la formation professionnelle aux Urssaf semblent à même de permettre une mise en œuvre opérationnelle d'un tel transfert et répondre aux craintes exprimées par la rapporteure générale à l'occasion de la première lecture devant notre assemblée.

Dans le prolongement des dispositions de l'article 8 permettant d'assurer l'opérationnalité de l'application du mécanisme de reversement sur sommes dues applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2025 entre la Mutualité sociale agricole et les organismes pour le compte desquels elle recouvre des cotisations ou contributions, la rapporteure générale propose un amendement visant à sécuriser le mécanisme qui s'appliquera au titre des contributions au financement de la formation professionnelle et de l'apprentissage.

\*

\* \*

---

(1) Article L. 6331-1 du code du travail.

(2) Article L. 242-1 du code de la sécurité sociale.

*Article 8 bis A (nouveau)*

**Dispositif transitoire d'étalement du paiement des cotisations et contributions sociales par les entreprises ultramarines**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 8 bis A résulte de l'adoption par le Sénat d'amendements identiques déposés par Mme Annick Petrus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, par Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste, par M. Joshua Hochart et plusieurs de ses collègues, par Mme Catherine Conconne et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain ainsi que par M. Georges Patient et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants. Ces amendements avaient reçu un avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

L'article prévoit la mise en place d'un dispositif transitoire d'étalement du paiement des cotisations et contributions sociales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants établis dans les départements et régions d'outre-mer, ainsi que dans certaines collectivités d'outre-mer telles que Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon auprès de l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent.

● Les employeurs et travailleurs indépendants installés dans une de ces collectivités depuis au moins deux ans à la date du 31 décembre 2023 pourraient solliciter un sursis à poursuite pour le règlement de leurs cotisations et contributions sociales dues auprès des organismes de sécurité sociale dont ils relèvent, ainsi que pour le règlement des dettes non prescrites et des majorations de retard et pénalités afférentes.

Ce dispositif serait ouvert à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024 et jusqu'au 31 décembre 2025. L'organisme de sécurité sociale et le cotisant pourraient alors convenir d'un plan d'apurement de la dette sur une période comprise entre six et soixante mois.

Les employeurs et travailleurs indépendants ayant souscrit un plan d'apurement de la dette et respectant ses échéances ainsi que le paiement des cotisations en cours seraient considérés à jour de leurs obligations de paiement des cotisations sociales, ce qui leur permettrait d'être éligibles à la passation des contrats de la commande publique <sup>(1)</sup>.

---

(1) Article L. 2141-2 du code de la commande publique.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● Le dispositif proposé par l'article 8 *bis* A s'inspire des plans d'apurement de dette mis en place par le Gouvernement à l'occasion de la crise sanitaire, en application de l'article 65 de la deuxième loi de finances rectificative pour 2020 <sup>(1)</sup>, et applicables aux employeurs et aux travailleurs indépendants installés sur l'ensemble du territoire national <sup>(2)</sup>.

Ces plans peuvent prévoir un apurement des dettes sur une durée pouvant aller jusqu'à trois ans. Les départements et collectivités d'outre-mer bénéficient quant à eux d'une dérogation permettant de porter cette durée à cinq ans.

Comme l'a rappelé le ministre délégué chargé des comptes publics en séance publique au Sénat, ces plans d'apurement ont permis d'assouplir le paiement de 6 milliards d'euros de passif social accumulés par les employeurs et les travailleurs indépendants. Les cotisants ultramarins ont particulièrement bénéficié de ces mesures puisque près de 76 000 plans d'apurement étaient mis en œuvre au second semestre 2022.

Dans un objectif de normalisation post-crise sanitaire, ces dispositifs exceptionnels font l'objet d'une extinction progressive. Compte tenu des calendriers spécifiquement applicables aux cotisants ultramarins, la reprise des actions de mise en recouvrement des cotisations et contributions sociales s'effectue d'ores et déjà avec davantage de souplesse dans ces collectivités.

Par ailleurs, l'organisme de sécurité sociale dispose toujours de la possibilité d'adapter le plan d'apurement sur demande du cotisant. Le ministre délégué chargé des comptes publics a d'ailleurs précisé devant le Sénat que les organismes de sécurité sociale étaient incités à adopter une approche souple et compréhensive vis-à-vis des cotisants.

● Compte tenu de ces éléments, la rapporteure générale propose de supprimer cet article 8 *bis* A.

\*

\* \*

---

(1) Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

(2) Décret n° 2021-316 du 25 mars 2021 relatif aux dispositifs de plans d'apurement et de remises partielles des dettes de cotisations et contributions sociales constituées dans le cadre de la crise sanitaire.

*Article 9*

**Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale avec modifications.

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

• Le présent article tire les conséquences de la fermeture d'un certain nombre de régimes spéciaux décidée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 afin de simplifier le schéma de financement du système de retraite.

Les cinq régimes spéciaux fermés à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023 – régime des industries électriques et gazières (IEG), régime de la RATP, régime des clercs et employés de notaires, régime de la Banque de France et régime du Conseil économique, social et environnemental – seront intégrés financièrement au régime général, de même que les régimes dont la fermeture avait été actée antérieurement.

Cette intégration doit permettre de simplifier sensiblement la « tuyauterie » financière au sein du système de retraite. Le régime général deviendrait équilibreur en dernier ressort des régimes nouvellement intégrés et bénéficierait à ce titre d'une compensation financière par l'État, correspondant au montant des dotations d'équilibre qu'il verse à ces régimes. L'article 9 prévoit également le cadre conventionnel permettant au régime général et au régime de retraite complémentaire des salariés du privé de définir les modalités de contribution de ce dernier au financement des « éléments de solidarité financière au sein du système de retraite ». Dès 2025, et en l'absence de convention permettant de fixer la contribution du régime géré par l'Agirc-Arrco au titre du financement de la fermeture des régimes spéciaux, le Gouvernement serait habilité à fixer le montant de cette contribution par un « décret de carence ».

Enfin, l'article 9 tire les conséquences de la réforme des retraites sur deux autres sujets en :

– mettant à contribution la Banque de France, les IEG et la RATP au financement du compte professionnel de prévention (C2P) dont bénéficient leurs employés recrutés à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023 ;

– précisant les conditions du maintien de l'affiliation aux régimes des industries électriques et gazières et des clercs et employés de notaires pour les

assurés de ces régimes qui se retrouveraient temporairement en cessation ou suspension d'activité.

Ces mesures entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2025, à l'exception de celles concernant le maintien de l'affiliation aux régimes des IEG et des clercs et employés de notaires en cas de cessation temporaire d'activité, qui entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2024. Elles auraient un impact globalement neutre sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

- Cinq amendements rédactionnels, trois amendements de précision et un amendement de clarification de la rapporteure générale ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel ainsi qu'un amendement de correction d'une erreur matérielle et un amendement de coordination de la commission.

- Le Sénat a également adopté deux amendements malgré l'avis défavorable du Gouvernement :

- un amendement de la commission supprimant les dispositions prévoyant la possibilité pour les régimes de retraite complémentaire mentionnés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale de contribuer au financement de la solidarité financière du système de retraite.

L'amendement maintient toutefois la contribution des régimes de retraite complémentaire au titre de la compensation financière résultant de la fermeture des régimes spéciaux mentionnés aux *a* à *f* du 3<sup>o</sup> de l'article L. 134-3 du même code tout en en modifiant ses modalités de fixation.

Les modalités de calcul et de versement de cette contribution seraient ainsi déterminées par une convention entre les régimes complémentaires et le régime général, avec pour objectif d'éviter une négociation annuelle du montant de la contribution permise, selon la rapporteure de la commission des affaires sociales du Sénat pour la branche vieillesse, par la rédaction initiale de l'article. En l'absence de convention signée au 1<sup>er</sup> juillet 2025, le pouvoir réglementaire pourrait déterminer les conditions de calcul et de versement de cette contribution par décret.

L'amendement prévoit également la remise par le Gouvernement d'un rapport présentant les modalités de compensation intégrale par l'État, chaque année, des conséquences financières, pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav), de l'intégration financière des régimes spéciaux en voie d'extinction ;



– deux amendements identiques de la commission et de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires supprimant l’alinéa 47 qui modifie les modalités de fixation des taux de la contribution tarifaire d’acheminement (CTA). Contrairement à ce que prévoyait le texte initial du Gouvernement, les taux de la CTA seraient alors toujours fixés en fonction des besoins prévisionnels des cinq prochaines années de la Caisse nationale des industries électriques et gazières, l’objectif affiché étant d’accompagner son extinction progressive.

### 3. L’avis de la rapporteure générale

- La rapporteure générale souscrit à l’ensemble des amendements rédactionnels adoptés par le Sénat à l’initiative de la commission. Elle n’est toutefois pas favorable au maintien des autres amendements.

- La rapporteure générale n’a pas la même lecture que les sénateurs s’agissant des dispositions permettant à la Cnav et à l’Agirc-Arrco de négocier une convention visant à la participation financière de ce régime à des éléments de solidarité au sein du système de retraite.

Premièrement, la rapporteure générale note que les partenaires sociaux ne sont eux-mêmes pas rétifs au principe d’une telle participation dès lors que l’article 9 de l’accord national interprofessionnel qu’ils ont conclu le 5 octobre dernier prévoit la mise en place d’un « *groupe de travail paritaire chargé de définir des dispositifs de solidarité en direction des allocataires du régime Agirc-Arrco, articulés avec les dispositifs déjà existants au sein du régime* »<sup>(1)</sup>. L’on rappellera à ce titre que les allocataires des régimes de retraite complémentaire gérés par l’Agirc-Arrco sont en grande majorité les mêmes que les assurés du régime général, à savoir les salariés du secteur privé. Il n’y a donc pas lieu d’opposer les assurés du régime général et ceux des régimes de retraite complémentaire gérés par l’Agirc-Arrco.

Deuxièmement, et contrairement à la position tenue par la rapporteure du Sénat pour la branche vieillesse, l’adoption de l’amendement de la commission réécrivant les dispositions relatives au cadre conventionnel définissant la possibilité d’une participation financière de l’Agirc-Arrco au financement de la solidarité financière semble empêcher la possibilité même d’une telle participation. En effet, la rédaction initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyait d’ajouter cette disposition à l’article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, qui définit les ressources du régime général d’assurance vieillesse. C’est à cet article que figurent notamment la participation du Fonds de solidarité vieillesse au financement du régime général d’assurance vieillesse ou celle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au titre des charges induites par l’acquisition de trimestres de retraite supplémentaires par les titulaires d’un C2P.

---

(1) Accord national interprofessionnel sur la retraite complémentaire Agirc-Arrco du 5 octobre 2023.

Un tel ajout apparaît indispensable à la rapporteure générale pour assurer la légalité des ressources que l'Agirc-Arrco pourrait transférer au régime général dans l'hypothèse où les partenaires sociaux le décidaient. C'est pourquoi elle propose de rétablir la rédaction du texte adopté à l'Assemblée nationale s'agissant de ces dispositions.

- S'agissant de la contribution tarifaire d'acheminement, la rapporteure générale ne partage pas les craintes des sénateurs. La rédaction adoptée à l'Assemblée nationale permet de simplifier les modalités de la fixation des taux de CTA tout en maintenant l'affectation de ses recettes au régime des IEG. C'est une mesure technique nécessaire.

La rapporteure générale propose donc de rétablir les dispositions supprimées par le Sénat à ce sujet.

- La rapporteure générale propose en outre un amendement permettant, d'une part, de sécuriser le recouvrement par les organismes compétents <sup>(1)</sup> de la contribution au financement du C2P par les employeurs des industries électriques et gazières, par la Banque de France et par la RATP, et, d'autre part, de préciser les modalités de fixation du taux de la contribution selon les mêmes modalités que celles applicables en matière de tarification du taux accident de travail et maladie professionnelle, c'est-à-dire par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du travail. Suite aux échanges de la rapporteure générale avec les services, et pour assurer une mise en œuvre satisfaisante de cette mesure, l'amendement prévoit de décaler l'entrée en vigueur de cette contribution au 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Moyennant cette précision, la rapporteure générale propose à la commission d'adopter l'article 9 dans sa rédaction résultant de son adoption en première lecture à l'Assemblée nationale.

\*

\* \*

---

(1) Les Urssaf, les caisses de la MSA et la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

*Article 10*

**Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale avec modifications.

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

• Le présent article porte les mesures de modification de la clef de répartition des ressources fiscales affectées aux différentes branches de la sécurité sociale. Il se lit en miroir de l'article 32 du projet de loi de finances pour 2024 qui modifie la part de TVA affectée à la sécurité sociale.

Les mouvements prévus par le présent article se partagent en trois catégories :

– la poursuite des mesures de transferts financiers résultant de la réforme des retraites adoptée en loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 avec un transfert de 194 millions d'euros de TVA de la branche maladie vers la branche vieillesse au titre des gains de la réforme pour la fonction publique d'État, une augmentation du transfert de la taxe sur les salaires à la branche autonomie pour tenir compte du coût lié à la mise en place de l'assurance vieillesse des aidants pour un montant de 92 millions d'euros, et un rééquilibrage de la part des droits d'accises sur les alcools affectée aux régimes agricoles en faveur du régime de retraite complémentaire obligatoire (RCO) chargé de financer les mesures relatives aux petites pensions agricoles pour 35 millions d'euros ;

– la contribution de l'Unedic au financement des politiques de l'État en faveur de l'emploi ;

– les mesures qui tirent les conséquences d'autres lois adoptées ou en cours de discussion comme la mise en conformité au nouveau cadre organique relatif aux lois de finances du circuit de transfert de la taxe de solidarité additionnelle, la mise en cohérence des plafonds de dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) compte tenu de l'affectation de 0,15 point de CSG supplémentaire au 1<sup>er</sup> janvier 2024 et l'affectation aux branches maladie et vieillesse du rendement lié au renforcement de la taxe sur l'utilisation des véhicules de tourisme à des fins économiques prévu par l'article 14 du projet de loi de finances pour 2024.

- Le Gouvernement a maintenu cet article dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, sans modification.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté trois amendements, malgré l'avis défavorable du Gouvernement.

- un amendement de la commission modifiant la clef de répartition de la taxe sur les salaires qui poursuit un double objet :

D'une part, la correction d'une erreur matérielle. En effet, dans sa rédaction initiale, le *a* du 1° du I du présent article transfère l'équivalent de 396 millions d'euros de taxe sur les salaires de la branche maladie vers la branche vieillesse, alors que l'objectif présenté à l'annexe 9 prévoit un transfert de 294 millions d'euros ;

D'autre part, le transfert de 2 milliards d'euros de la branche maladie vers la branche famille, en réponse au transfert du financement des indemnités journalières maternité postnatale entériné par l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

- des amendements identiques de la commission, de M. Grégory Blanc et Mme Antoinette Guhl et de Mme Monique Lubin et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain qui suppriment les dispositions permettant de mettre en conformité les plafonds de compensation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) des dépenses engagées par les départements au titre de la prestation de compensation du handicap (PCH) et de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

- des amendements identiques de la commission, de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste – Solidarités et Territoires ainsi que de M. Alexandre Ouizille et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain qui suppriment la possibilité de limiter, par arrêté, le niveau de compensation par l'Urssaf Caisse nationale de la perte de cotisations de l'Unedic résultant du dispositif de réduction dégressive des contributions et cotisations patronales prévu à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- En cohérence avec les positions qu'elle a tenues lors de l'examen en commission à l'Assemblée nationale, la rapporteure générale est défavorable au maintien des amendements relatifs au plafond de compensation de la PCH et de l'APA et à la suppression de la possibilité pour l'État de récupérer une partie du montant versé par l'Urssaf Caisse nationale à l'Unedic en compensation des allègements généraux de cotisations.

La rapporteure propose donc de rétablir la version adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture sur ces deux sujets, moyennant quelques modifications rédactionnelles.

- Concernant la modification de la clef de répartition de la taxe sur les salaires, la rapporteure générale propose une rédaction concurrente à celle adoptée par le Sénat afin :

- de maintenir la rectification de l'erreur matérielle adoptée au Sénat et déjà relevée par la rapporteure générale dans son rapport de première lecture ;

- de réaffecter à la branche vieillesse, déficitaire, les économies résultant du gel des bornes d'éligibilité au « bandeau famille » tel que prévu à l'article 10 *quinquies* du présent projet de loi de financement, lesquelles sont estimées à environ 100 millions d'euros.

- Moyennant les modifications évoquées *supra*, la rapporteure générale propose de rétablir l'article 10 dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

\*

\* \*

#### *Article 10 bis A (nouveau)*

### **Exonération des non-résidents de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la rapporteure général : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

- Le présent article est issu d'un amendement présenté par M. Ronan Le Gleut et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, adopté contre l'avis de la commission et du Gouvernement. Il vise à exonérer de CSG et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) les non-résidents sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France.

En application de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, les personnes relevant d'un régime de sécurité sociale d'un autre pays que la France qui résident au sein de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou en Suisse ne sont pas redevables de ces contributions. Cette disposition de loi tire les conséquences de l'arrêt

de Ruyter de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) <sup>(1)</sup>, répondant à une question préjudicielle transmise par le Conseil d'État <sup>(2)</sup>, et dans lequel la Cour s'est notamment fondée sur le principe d'unicité des régimes de sécurité sociale pour déclarer l'assujettissement de ces non-résidents à la CSG et à la CRDS contraire au droit de l'Union <sup>(3)</sup>. Il convient de relever que les non-résidents sont toutefois soumis à un prélèvement de solidarité de 7,5 % affecté au budget de l'État.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

• Conformément à la position qu'elle a exprimée lors de l'examen en première lecture au sujet d'amendements identiques à celui dont l'adoption a entraîné la création du présent article, la rapporteure générale demande à la commission de supprimer ce dernier. En premier lieu, dans la mesure où il ne tient pas compte des revenus ni du patrimoine des personnes concernées, ce dispositif ne répond pas à l'exigence d'équité en matière fiscale, sans que son efficacité économique ne soit établie par ailleurs. En outre, sa mise en œuvre aurait pour conséquence de diminuer les ressources de la sécurité sociale. Cet article ne se fonde pas non plus sur une justification juridique qui aurait pu nécessiter son adoption, notamment dans le but de garantir la conformité de la loi au droit de l'Union européenne ou aux traités et accords internationaux auxquels la France est partie.

\*

\* \*

### Article 10 bis

#### **Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous conditions de revenus**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

• L'article 10 bis résulte d'un amendement proposé par M. Nicolas Turquois et ses collègues du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants). Il vise

---

(1) CJUE, 26 février 2015, Ministre de l'Économie et des finances contre Gérard de Ruyter, affaire C-623/13.

(2) Le Conseil d'État confirme la solution retenue par la Cour de justice dans une décision du 27 juillet 2015, n° 334551.

(3) Article 11 du règlement n° 883/2004 29 avril 2004, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

à modifier les règles d'affiliation des exploitants de petites surfaces agricoles au régime des personnes non-salariées des professions agricoles.

● Aujourd'hui, la reconnaissance du statut de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole – qui entraîne l'affiliation au régime d'assurance vieillesse des personnes non-salariées des professions agricoles – est conditionnée au fait de justifier d'une activité minimale d'assujettissement (AMA)<sup>(1)</sup>. Cette condition d'activité minimale est satisfaite dès lors que l'une des trois conditions suivantes est remplie :

– la superficie mise en valeur est au moins égale à la surface minimale d'assujettissement (SMA) fixée par arrêté préfectoral en application de l'article L. 722-5-1 du code rural et de la pêche maritime ;

– à défaut, lorsque le temps de travail nécessaire à la conduite de l'activité est au moins égal à 1 200 heures par an ;

– enfin, lorsque le revenu professionnel de l'exploitant est au moins égal à l'assiette forfaitaire de 800 Smic horaire servant de base au calcul de la cotisation d'assurance vieillesse individuelle prévue au 1° de l'article L. 731-42 du même code et que cet exploitant s'acquitte de la cotisation de solidarité prévue à l'article L. 731-23 dudit code.

Cette dernière condition suppose soit que l'exploitation ou l'entreprise agricole présente une surface minimale fixée par décret et correspondant en pratique à au moins 25 % de la SMA soit qu'elle requiert un temps de travail d'au moins 150 heures.

● Cette situation conduit à exclure certains exploitants agricoles d'une affiliation au régime d'assurance vieillesse des personnes non-salariées des professions agricoles dès lors qu'ils n'atteignent pas les seuils d'assujettissement fixés par la loi. Or, cette règle de surface minimale d'assujettissement apparaît inadaptée au développement d'activités agricoles de nouvelle génération et en particulier à l'essor de l'agriculture urbaine qui se caractérise par des surfaces d'exploitation plus réduites que l'agriculture traditionnelle.

● Afin de faciliter l'affiliation au régime des personnes non salariées des professions agricoles, l'article 10 *bis* modifie les règles de reconnaissance du statut de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. Il permet à l'ensemble des exploitants n'ayant pas fait valoir leurs droits à la retraite et tirant de leur exploitation un revenu professionnel au moins égal à 800 Smic horaire d'être considérés comme chef d'exploitation, indépendamment de la surface de ladite exploitation.

---

<sup>(1)</sup> Article L. 722-5 du code rural et de la pêche maritime.

Dans le cas où l'activité agricole fait l'objet d'une coexploitation ou d'une exploitation sous forme sociétaire, l'article 10 *bis* prévoit que seuls les exploitants satisfaisant à la condition de revenu professionnel soient affiliés.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté cet article moyennant un amendement de précision présenté à l'initiative de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose d'adopter cet article dans la rédaction adoptée par le Sénat.

\*

\* \*

### *Article 10 ter*

#### **Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat, modifiée.

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

- L'article 10 *ter* résulte d'un amendement du Gouvernement et d'amendements identiques déposés par M. Stéphane Viry (groupe Les Républicains), par M. Frédéric Valletoux et les membres du groupe Horizons et apparentés, par M. Marc Ferracci et les membres du groupe Renaissance, par M. Nicolas Turquois et les membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), par M. Thibault Bazin (groupe Les Républicains) et par M. Christophe Naegelen (groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires). Il porte une importante réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants.

Cette assiette présente deux inconvénients principaux, bien documentés par le Haut Conseil du financement de la protection sociale<sup>(1)</sup> : un problème de complexité d'une part, lié notamment à la circularité du calcul des cotisations et contributions sociales, et un problème de contributivité et d'équité des droits sociaux d'autre part.

---

(1) *Haut Conseil du financement de la protection sociale, rapport sur la protection sociale des travailleurs indépendants, septembre 2020.*



● Aujourd'hui, les cotisations et des contributions sociales des travailleurs indépendants <sup>(1)</sup> sont calculées sur deux assiettes distinctes :

– une assiette « nette » pour les cotisations, lesquelles sont assises sur les revenus professionnels retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu, c'est-à-dire les revenus professionnels dont on déduit les cotisations de l'année précédente. S'y intègre également à ce titre la part de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) non déductible de l'impôt sur le revenu <sup>(2)</sup> ;

– une assiette « super brute » pour les contributions sociales – CSG et CRDS –, qui correspond à l'assiette « nette » augmentée des cotisations. Le calcul de cette assiette « super brute » implique donc également de connaître la part de la CSG et de la CRDS déductible de l'impôt sur le revenu <sup>(3)</sup>.

Il en résulte donc que le calcul de l'assiette des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants est circulaire :

– pour déterminer l'assiette des cotisations il faut connaître le montant de CSG, notamment la part non déductible de l'impôt sur le revenu, donc il faut définir l'assiette de CSG-CRDS ;

– pour déterminer l'assiette de la CSG et de la CRDS, il faut connaître les cotisations, ce qui implique de connaître leur assiette et donc de calculer la part de CSG et de CRDS non déductible.

Ce mode de calcul s'applique aux travailleurs indépendants « traditionnels », à distinguer des microentrepreneurs, qui relèvent d'un régime social simplifié <sup>(4)</sup>. Leurs cotisations et contributions sont calculées sur la base d'une assiette sociale unique constituée de leur chiffre d'affaires duquel on déduit un abattement forfaitaire représentatif des frais professionnels. L'on applique ensuite un taux global pour la totalité des risques sociaux – à l'exclusion des risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles et du chômage pour lesquels ces travailleurs ne sont pas couverts – qui varie selon la catégorie dont relève l'indépendant (commerçant, artisan ou autre).

● À ce premier problème s'ajoute un enjeu d'équité et de contributivité des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants. En effet, les particularités du calcul des cotisations des indépendants les conduisent à payer, à salaire net égal, des prélèvements plus faibles que les salariés. En outre, le poids des prélèvements est réparti de manière très différente par rapport aux salariés :

---

(1) Certains travailleurs indépendants au sens du droit du travail sont considérés comme des salariés au sens de la sécurité sociale et affiliés à ce titre au régime général (ex : gérant assimilé salarié).

(2) Article L. 131-6 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants non agricoles et article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime pour les personnes non salariées des professions agricoles.

(3) Articles L. 136-3 du code de la sécurité sociale pour les travailleurs indépendants non agricoles et L. 136-4 du même code pour les personnes non salariées des professions agricoles.

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

– les indépendants paient relativement moins de cotisations sociales que les salariés ;

– les indépendants paient en revanche relativement plus de CSG-CRDS car l’assiette intègre les cotisations – assiette « super brute » – tandis que celle des salariés correspond au revenu brut, c’est-à-dire amputé des cotisations employeurs.

Ces caractéristiques ont des effets directs sur les droits sociaux que se constituent les travailleurs indépendants : il en résulte une moindre contribution aux droits qui prennent en compte le niveau de revenu pour déterminer le niveau des prestations telles que les pensions de retraite et les indemnités journalières.

● Initialement prévue dans le projet de loi instituant un système universel de retraite <sup>(1)</sup> dont la navette a été interrompue en raison de la crise sanitaire, cette réforme est attendue de longue date par les indépendants. L’article 10 *ter* la met en œuvre autour de deux principes cardinaux :

– la création d’une assiette sociale unique « brute » pour les cotisations et les contributions sociales pour mettre fin à la circularité du calcul des assiettes existantes et à simplifier la fixation du montant des prélèvements dus et leur paiement ;

– le rééquilibrage des prélèvements au profit des cotisations dans le but d’accroître les droits contributifs des indépendants.

Ce rééquilibrage s’effectuerait à la fois par l’assiette et par les taux. En effet, l’assiette unique se composerait du revenu professionnel déduction faite du montant des frais et charges professionnels. Les cotisations seraient donc calculées sur une assiette plus large qu’actuellement, à l’inverse des contributions sociales, dont le calcul n’intégrerait plus le montant desdites cotisations du fait de l’application d’un abattement forfaitaire de 26 % censé représenter schématiquement ce montant <sup>(2)</sup>.

Par les taux également si l’on en croit l’exposé sommaire de l’amendement dont est issu cet article, qui précise que les barèmes de cotisations seraient revus et qu’un décret augmenterait les cotisations vieillesse et maladie.

Les régimes de retraite complémentaire seraient également amenés à revoir leurs taux de cotisations. Le Gouvernement transmettrait aux organismes gestionnaires de chaque régime concerné, d’ici au 1<sup>er</sup> mai 2024, un document de cadrage les informant de l’impact financier attendu de cette réforme sur leur régime et fixant le cadre dans lequel les règles relatives à leurs cotisations doivent évoluer pour garantir la « *neutralité financière* » de la réforme. En l’absence de

---

(1) *Projet de loi n° 2623, instituant un système universel de retraite, enregistré à la Présidence de l’Assemblée nationale le 24 janvier 2020.*

(2) *Cet abattement serait néanmoins encadré en valeur absolue par un plancher représentant le montant minimal de cotisations vieillesse dont doivent s’acquitter les travailleurs indépendants en application de l’article L. 613-7 du code de la sécurité sociale et par le plafond annuel de la sécurité sociale prévu à l’article L. 241-3 du même code.*

transmission, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2024, de propositions d'évolution des paramètres de cotisations et de prestations du régime, le Gouvernement pourrait définir ces évolutions par décret.

- Les nouvelles modalités de calcul des cotisations des travailleurs indépendants contribueraient à accroître leurs droits contributifs, en particulier en matière de retraite :

- les artisans et commerçants relevant d'un régime aligné, le surplus d'assiette se traduirait par l'augmentation du revenu porté au compte et une amélioration de leur revenu annuel moyen servant de base au calcul de la pension de base ;

- les non-salariés agricoles et les professionnels libéraux relevant de régimes à points, l'augmentation des cotisations entraînerait l'acquisition de points de retraite supplémentaires <sup>(1)</sup>.

- Cette réforme, qui concerne les artisans et commerçants, les non-salariés agricoles <sup>(2)</sup> et les professionnels libéraux <sup>(3)</sup>, s'appliquerait aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025 s'agissant des travailleurs indépendants non agricoles et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2026 s'agissant des non-salariés agricoles.

- L'article 10 *ter* porte également plusieurs autres mesures de moindre ampleur relatives aux travailleurs indépendants :

- la précision des modalités de correction de la déclaration unique des indépendants et la légalisation rétroactive de son application pour les praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ;

- la sécurisation de la compétence des Urssaf pour le recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse, de retraite complémentaire et d'invalidité-décès des psychomotriciens ;

- la suppression des règles spécifiques d'affectation des sommes collectées auprès des non-salariés agricoles en cas de recouvrement partiel des cotisations et contributions.

---

(1) Cet effet s'appliquerait également pour les artisans et commerçants s'agissant de leur retraite complémentaire.

(2) L'article 10 nonies du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale propose d'habiliter le Gouvernement à adapter cette réforme à la situation spécifique des non-salariés agricoles établis en outre-mer.

(3) S'agissant des cotisations vieillesse des professionnels libéraux assurés à la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (Cipav), l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale prévoit qu'elles sont calculées dans les conditions applicables aux cotisations des travailleurs indépendants non libéraux.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté trois amendements rédactionnels, deux amendements de précision et un amendement de coordination de la commission.

Il a par ailleurs adopté, contre l'avis du Gouvernement, un amendement de la commission supprimant la possibilité de fixer, par décret, les montants et taux des cotisations de retraite complémentaire des professions libérales et des avocats, ainsi que les valeurs d'achat et de services de leurs points de retraite complémentaire dans l'hypothèse où les gestionnaires des régimes concernés ne transmettraient pas, avant le 1<sup>er</sup> septembre 2024, de propositions d'évolution des paramètres de cotisation et de prestations respectant le cadre fixé par le Gouvernement.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- Sur le fond, la rapporteure générale salue une réforme très attendue par les travailleurs indépendants. Outre la simplification qui en résulterait, l'amélioration des droits contributifs qu'elle induit pour les travailleurs indépendants est une bonne nouvelle qui devrait faire consensus au sein de l'Assemblée nationale. Sur la forme, elle regrette toutefois que les conditions de son adoption ne permettent pas à la représentation nationale de disposer d'une étude d'impact précise analysant ses conséquences financières sur l'équilibre général de la sécurité sociale et ses effets sur les professionnels concernés.

Selon les données recueillies par la rapporteure générale, et si l'on ne prend en compte que les effets de la réforme portant sur les régimes de base, la plupart des indépendants verraient leur taux de prélèvement diminuer tout en se constituant plus de droit grâce au rééquilibrage en faveur des cotisations. Certains indépendants pourraient néanmoins voir leur taux de prélèvement augmenter lorsque leurs cotisations augmentent davantage que la CSG et la CRDS qu'ils paient ne diminuent.

Il s'agit en majorité de certaines catégories de professionnels libéraux dont les revenus nets annuels sont au moins égaux à deux fois, et plus souvent à 3 fois, le plafond annuel de la sécurité sociale, soit respectivement 90 000 et 130 000€.

Dans la majorité des cas, ces hausses seraient partiellement compensées par une baisse d'impôt sur le revenu. Par ailleurs, les professionnels concernés verraient en tout état de cause leurs droits sociaux augmenter, ce qui nuance sensiblement le terme même de « perte ».

- Lors des débats au Sénat, la rapporteure pour l'assurance vieillesse a indiqué que, selon les données qui lui avaient été communiquées, l'impact de la réforme sur les recettes des régimes obligatoires de base serait de 600 millions d'euros en cas de modification des barèmes des cotisations d'assurance vieillesse et d'assurance maladie.

Dans la mesure où la réforme est censée être neutre sur le plan financier pour les administrations de sécurité sociale (Asso), l'enjeu du relèvement des cotisations versées par les travailleurs indépendants aux régimes de retraite complémentaire est particulièrement critique. C'est la raison pour laquelle la rapporteure générale propose de supprimer la modification adoptée par le Sénat et de rétablir les dispositions permettant au Gouvernement de modifier les taux et montants de cotisations versées à ces régimes en cas de carence de leur part. S'il n'y a pas lieu de douter que les gestionnaires des régimes complémentaires satisferont à leurs obligations, cette disposition constitue un filet de sécurité utile.

Toutefois, et pour prendre en compte les inquiétudes exprimées notamment par les sénateurs, la rédaction proposée par la rapporteure générale permet de desserrer le calendrier des discussions sur ce sujet. Le document précisant le cadre dans lequel devraient évoluer les règles et les paramètres des régimes de retraite complémentaire serait envoyé le 1<sup>er</sup> juillet 2024 pour laisser davantage de temps aux différentes parties prenantes pour négocier les grandes lignes de ce cadrage. De la même manière, la date limite de transmission des propositions d'évolution de ces paramètres par les gestionnaires des régimes serait décalée d'un mois, au 1<sup>er</sup> octobre 2024, le Gouvernement ne pouvant intervenir par décret qu'à partir de cette nouvelle date.

● Compte tenu de ces éléments, la rapporteure générale propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat, moyennant le rétablissement évoqué *supra*.

\*

\* \*

#### *Article 10 quinquies*

### **Modification des bornes maximales de salaires ouvrant droit au bénéfice des « bandeau famille » et « bandeau maladie »**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

● L'article 10 *quinquies* est issu d'amendements déposés en séance publique en première lecture à l'Assemblée nationale par M. Jean-René Cazeneuve, rapporteur général de la commission des finances, ainsi que par M. Marc Ferracci et les membres du groupe Renaissance. Il modifie les modalités de fixation de la borne maximale de salaire au-delà de laquelle les employeurs cessent de bénéficier

des réductions de cotisations familiales et maladie, autrement appelés « bandeau famille » et « bandeau maladie ».

- Outre la réduction dégressive sur les salaires compris entre 1 et 1,6 Smic – allègement dit « Fillon » –, les employeurs bénéficient de deux autres principaux types d’allègements généraux de cotisations sociales patronales :

- une réduction de 6 points des cotisations d’assurance maladie dues au titre des salaires compris entre 1 et 2,5 Smic (« bandeau maladie ») ;

- une réduction de 1,8 point de cotisations familiales dues au titre des salaires compris entre 1 et 3,5 Smic (« bandeau famille »).

Sur le champ des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, le montant de ces exonérations de cotisations sociales s’établirait respectivement à 25,4 milliards d’euros (+ 6 %) et 9,3 milliards d’euros (+ 7 %) en 2023, en hausse par rapport à 2022 <sup>(1)</sup> et après une augmentation considérable entre 2021 et 2022 – de respectivement 14 % et 10 %.

- Comme l’ont démontré nos collègues Jérôme Guedj et Marc Ferracci dans leur rapport remis le 28 septembre 2023 au nom de la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale <sup>(2)</sup>, le fort dynamisme du coût des allègements généraux de cotisations constaté ces dernières années est en grande partie lié aux revalorisations successives du Smic. La revalorisation du Smic exerce en effet deux effets principaux sur les allègements généraux :

- d’une part, elle augmente la masse salariale au niveau du Smic et accroît donc le montant des exonérations de cotisations sociales dues à ce niveau de rémunération (effet montant) ;

- d’autre part, elle étend le champ des salaires au titre desquels les employeurs bénéficient des exonérations de cotisations sociales (effet de périmètre).

Ce second effet s’explique par le fait que les bornes maximales de salaires au titre desquels les employeurs bénéficient des allègements généraux sont fixées par rapport au montant du Smic : 2,5 Smic pour le « bandeau maladie » et 3,5 Smic pour le « bandeau famille ».

Lorsque le Smic augmente, le périmètre des salaires rentrant dans le champ des allègements généraux évolue donc à la hausse en valeur absolue. Ainsi les employeurs se retrouvent-ils à bénéficier d’une exonération de cotisations sociales au titre de salaires qui n’étaient auparavant pas concernés par ces dispositifs.

---

(1) Annexe IV du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

(2) Rapport d’information n° 1685 de MM. Marc Ferracci et Jérôme Guedj déposé en application de l’article 145 du Règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la Mission d’évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur le contrôle de l’efficacité des exonérations de cotisations sociales, 28 septembre 2023.

- Afin de maîtriser le coût financier des allègements généraux sur les salaires les plus élevés – dont le rapport présenté par nos collègues Jérôme Guedj et Marc Ferracci montre qu'ils ont une efficacité réduite par rapport à ceux portant sur les bas salaires – la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avait adopté un amendement visant à supprimer le bénéfice du « bandeau famille » sur les salaires supérieurs à 2,5 Smic. L'économie attendue d'une telle suppression était estimée à 1,5 milliard d'euros qui auraient été immédiatement réutilisés pour renforcer la réduction dégressive sur les bas salaires en l'étendant à ceux compris entre 1,6 et 1,64 Smic.

Lors de l'examen en séance publique, le rapporteur général de la commission des finances et M. Ferracci ont proposé une solution alternative visant à mieux maîtriser l'évolution du coût des allègements généraux sur les salaires les plus élevés par le « gel » des points de sortie des « bandeau maladie » et « bandeau famille » à leur niveau applicable le 31 décembre 2023.

Résultant de l'intégration de cet amendement au texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, l'article 10 *quinquies* modifie ainsi les articles L. 241-2-1 et L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le montant maximal de salaire ouvrant droit au bénéfice des « bandeau maladie » et « bandeau famille » soit fixé par décret en valeur absolue, à un niveau compris entre :

- un plancher correspondant à 2,5 (pour le « bandeau maladie ») ou 3,5 fois (pour le « bandeau famille ») le Smic applicable au 31 décembre 2023 d'une part ;

- et un plafond correspondant à 2,5 ou 3,5 fois le Smic de l'année concernée d'autre part.

Cette mesure permet donc de décorrélérer le plafond de salaire ouvrant droit aux exonérations de cotisations maladie et familiales de l'évolution du Smic, lequel n'entrerait plus que dans le calcul du montant maximal auquel le pouvoir réglementaire pourrait fixer ce plafond.

- Selon les données fournies par la direction de la sécurité sociale à la rapporteure générale, cette mesure permettrait une économie de l'ordre de 600 millions d'euros dès l'année 2024. Les économies futures s'accroîtraient au fur et à mesure de l'évolution du Smic dès lors que le pouvoir réglementaire déciderait de ne pas indexer les points de sortie du « bandeau maladie » et du « bandeau famille » sur cette évolution.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté cet article moyennant un amendement présenté par la rapporteure générale de la commission des affaires sociales visant à encadrer les nouvelles règles de fixation des points de sortie du « bandeau maladie » et du « bandeau famille ».

L'amendement prévoit de fixer, dans la loi, un niveau minimal exprimé en multiple du Smic de l'année concernée. Dans l'hypothèse où le pouvoir réglementaire déciderait de ne pas revaloriser régulièrement le plafond de salaire ouvrant droit au bénéfice du « bandeau maladie » et du « bandeau famille », cette disposition vise à garantir que ce plafond ne puisse tomber en dessous d'un montant correspondant à 2 fois le Smic de l'année concernée. En pratique, ce « plafond minimal » trouverait à s'appliquer à compter de l'année où le montant correspondant à 2 Smic excéderait les montants correspondant à 2,5 fois le Smic applicable au 31 décembre 2023 (pour le « bandeau maladie ») et 3,5 fois ce même Smic (pour le « bandeau famille »).

### 3. L'avis de la rapporteure générale

- La rapporteure générale propose d'adopter cet article dans sa rédaction transmise par le Sénat.

En effet, la rapporteure générale partage le souci d'encadrer le montant minimal auquel peuvent être fixés les points de sortie du « bandeau maladie » et du « bandeau famille » afin d'éviter un décrochage trop important par rapport à l'évolution du Smic. La solution proposée par le Sénat de fixer ce plancher à 2 Smic lui apparaît ainsi équilibrée.

\*  
\* \*

#### *Article 10 sexies A (nouveau)*

### **Modification des règles de prise en compte des salariés mis à disposition par des groupements d'employeurs dans leur effectif**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 10 *sexies* A résulte de l'adoption d'un amendement déposé par Mme Sylvie Vermeillet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste en séance publique au Sénat. Cet article modifie les règles de prise en compte des salariés mis à disposition par des groupements d'employeur dans leur effectif au sens du code de la sécurité sociale.

- Créé par l'article 11 de la loi « Pacte » <sup>(1)</sup>, l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale définit les conditions selon lesquelles est pris en compte l'effectif salarié d'un employeur dans le cadre de ses déclarations sociales.

---

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



En application du I de cet article L. 130-1, sauf pour ce qui concerne l'application de la tarification au titre du risque accidents du travail et maladies professionnelles, l'effectif salarié annuel correspond à la moyenne du nombre de personnes employées au cours de chacun des mois de l'année civile précédente.

Le II définit les conditions selon lesquelles sont appréciés les franchissements à la hausse ou à la baisse d'un seuil d'effectif.

● L'application de cet article L. 130-1 entraîne des difficultés pour les groupements d'employeurs (GE). Prévus par l'article L. 1253-1 du code du travail, les groupements d'employeurs permettent de mettre à la disposition de leurs adhérents des salariés liés au GE par un contrat de travail. Ils présentent plusieurs avantages pour leurs entreprises membres, notamment l'accès à une main-d'œuvre qualifiée dans des territoires ou des filières caractérisées par des difficultés de recrutement et le recours à une main-d'œuvre ponctuelle dans des contextes d'intermittence d'activité ou pour la mise en œuvre de projets nécessitant des compétences très spécifiques. Les salariés des groupements d'employeurs bénéficient quant à eux d'une plus grande sécurité de l'emploi et d'un unique contrat de travail dans le cadre d'une relation d'emploi avec le groupement d'employeurs.

Les groupements d'employeurs peuvent être constitués sous forme d'associations régies par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 relative au contrat d'association, de sociétés coopératives ou d'associations régies par le droit local applicable en Moselle, au Bas-Rhin et au Haut-Rhin.

En application de l'article L. 130-1 du code de la sécurité sociale, les salariés mis à disposition par un groupement d'employeurs à leurs membres sont pris en compte dans l'effectif du groupement d'employeurs.

Or, l'article 89 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels a créé un article L. 1253-8-1 du code du travail, lequel dispose que les salariés mis à la disposition d'un ou de plusieurs de ses membres par un groupement d'employeurs ne sont pas pris en compte dans l'effectif de ce groupement d'employeurs au sens du code du travail, sauf lorsqu'il est fait application de la deuxième partie du code du travail relative aux relations collectives de travail.

Le droit actuel prévoit donc un traitement différencié de la prise en compte des salariés mis à disposition par les groupements d'employeurs dans leur effectif selon que cet effectif est utilisé pour l'application des dispositions du code du travail ou pour l'application des règles relatives aux déclarations et au paiement des cotisations sociales prévues par le code de la sécurité sociale. L'article 10 *sexies* A harmonise les modalités de prise en compte de ces salariés sur celles prévues par le code du travail.

Les salariés mis à disposition par le groupement d'employeurs resteraient toutefois pris en compte dans son effectif pour l'application des règles relatives à la

tarification des risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

En conséquence, les salariés mis à disposition par le groupement d'employeurs seraient pris en compte dans l'effectif des entreprises utilisatrices au prorata de leur temps de travail.

- Suite à l'adoption d'un sous-amendement déposé par le Gouvernement, ces nouvelles règles seraient applicables à compter d'une date fixée par décret ou, au plus tard, le 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Ce délai devrait permettre d'assurer la mise en œuvre de cet article qui suppose des travaux techniques non négligeables pour assurer son opérationnalité.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

- Dans la mesure où cet article permet d'harmoniser le régime de prise en compte des salariés mis à la disposition d'un groupement d'employeurs à leurs adhérents dans son effectif, la rapporteure générale propose d'adopter cet article dans sa rédaction transmise par le Sénat.

\*

\* \*

### *Article 10 sexies B (nouveau)*

#### **Suppression de la restriction selon laquelle l'obligation pour l'employeur de prendre partiellement en charge le coût des services de location de vélos s'applique aux seuls services publics de location de vélos**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée au Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- Le présent article est issu d'un amendement de Mme Nadège Havet et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, qui a reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement. Il tend à élargir le champ d'application de la participation obligatoire de l'employeur à la prise en charge, au profit du salarié, des titres d'abonnements souscrits pour la location de vélos. Il supprime ainsi la restriction qui limite cette prise en charge aux seuls services publics de location, afin d'inclure dans son périmètre les services privés.

- La participation de l'employeur à la prise en charge du prix de l'abonnement à un service public de location de vélos est prévue par l'article L. 3261-2 du code du travail, dont le champ d'application comprend aussi

les abonnements aux services publics de transport de personnes. Elle concerne les titres souscrits par les salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail. Pour les salariés du secteur privé, la participation de l'employeur s'élève à la moitié du prix de l'abonnement. Dans le cas des agents publics, en application du décret n° 2023-812 du 21 août 2023 modifiant le taux de prise en charge partielle du prix des titres d'abonnement qui correspondent aux déplacements effectués par les agents publics entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail, cette prise en charge a été portée aux trois quarts du prix à compter du 1<sup>er</sup> septembre dernier.

- En outre, l'intérêt de cette participation pour le salarié est accru par deux mesures d'exemption d'assiette. Ainsi, aux termes du *a* du 19° de l'article 81 du code général des impôts, l'avantage résultant de la prise en charge obligatoire par l'employeur du prix des titres d'abonnement souscrits par les salariés pour les déplacements effectués au moyen de transports publics de voyageurs ou de services publics de location de vélos est exclu de l'assiette de l'impôt. De manière analogue, le *d* du 4° du III de l'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale exempte cet avantage de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG).

- En l'état du droit, cette prise en charge est limitée aux titres d'abonnement souscrits pour la location de services publics de location de vélo. Ainsi, les **I**, **II** et **III** du présent article tendent à mettre fin à la limitation de son champ d'application aux seuls services publics. À cette fin, le **III** modifie l'article L. 3261-2 du code du travail afin d'inclure l'ensemble des services de location de vélo dans le périmètre de la participation obligatoire de l'employeur aux frais de transport du salarié. Par coordination, les **I** et **II** modifient l'article 81 du code général des impôts et l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale pour intégrer l'ensemble de ces services dans le champ d'application des exemptions d'assiette prévues respectivement par ces deux dispositions. Le **IV** dispose que l'entrée en vigueur du présent article intervient au 1<sup>er</sup> juillet 2024.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

- La rapporteure générale propose à la commission d'adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

*Article 10 sexies C (nouveau)*

**Pérennisation de la possibilité d'exonérer de cotisations et contributions sociales la prise en charge par l'employeur des frais d'abonnements aux transports publics de ses salariés jusqu'à 75 % de leur prix**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *sexies* C résulte de l'adoption d'un amendement déposé par M. Philippe Tabarot et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains en séance publique au Sénat ayant reçu un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement. Il vise à pérenniser l'extension exceptionnelle du dispositif d'exonération sociale et fiscale applicable aux employeurs participant au financement des frais d'abonnements aux transports publics de leurs salariés.

● L'article L. 3261-3 du code du travail impose aux employeurs de participer au financement du prix des titres d'abonnements souscrits par leurs salariés pour leurs déplacements entre leur résidence et leur lieu de travail et accomplis au moyen de transports publics de personnes. Cette prise en charge obligatoire s'effectue dans des proportions déterminées par décret. Elle est actuellement fixée à 50 % du prix des abonnements <sup>(1)</sup>.

En application du *d* du 4<sup>o</sup> du III de l'article L. 136-1-1 du code de la sécurité sociale et du *a* du 19<sup>o ter</sup> de l'article 81 du code général des impôts, l'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de transports publics fait l'objet d'une exonération de cotisations et de contributions sociales et est affranchi de l'impôt sur le revenu. Ce régime fiscal et social favorable ne s'applique toutefois qu'à la part obligatoire de cette prise en charge, soit 50 % du prix des abonnements.

● À titre exceptionnel et afin d'inciter les employeurs à augmenter leur participation aux frais de transports de leurs salariés dans un objectif de soutien au pouvoir d'achat des Français, l'article 2 de la première loi de finances rectificative pour 2022 <sup>(2)</sup> a étendu temporairement ce régime fiscal et social à la part de prise en charge excédant l'obligation légale dans la limite de 75 % du prix total de l'abonnement. Ce dispositif temporaire est applicable pour les prises en charge effectuées au titre des années 2022 et 2023.

L'article 10 *sexies* C modifie l'article L. 3261-2 du code du travail afin de pérenniser le dispositif résultant de la loi de finances rectificative pour 2022.

---

(1) Article R. 3261-1 du code du travail.

(2) Loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

- L'extension du régime fiscal et social applicable à la prise en charge des frais de transports publics par les employeurs s'inscrivait dans un ensemble de mesures de soutien au pouvoir d'achat des Français pris au plus fort de la crise inflationniste.

La situation actuelle de ralentissement de l'inflation couplée à une remontée des taux d'intérêt résultant de la politique monétaire de la Banque centrale européenne justifie qu'il soit mis fin à ce régime fiscal dérogatoire. Ce dispositif entraîne en effet une perte de recettes pour l'État dans un contexte où l'urgence est de rétablir l'équilibre de nos finances publiques.

En outre, et s'agissant du volet social de cette exonération, le *Bulletin officiel de la sécurité sociale* précise que la prise en charge de l'employeur qui excède 50 % du prix des abonnements est exonérée de cotisations sociales dans la limite des frais réellement engagés. Cette possibilité est également ouverte pour les salariés qui travaillent dans une autre région administrative que celle où ils résident, dès lors que l'éloignement de leur résidence relève de contraintes professionnelles ou familiales <sup>(1)</sup>. En pérennisant le dispositif temporaire adopté en 2022, le législateur adopterait donc un cadre juridique moins favorable que celui actuellement en vigueur, ce qui serait paradoxalement susceptible de remettre en cause les avantages dont bénéficient déjà les employeurs qui font le choix de financer plus de 50 % des frais de transports engagés par leurs salariés.

- Pour ces raisons, la rapporteure générale propose de supprimer l'article 10 *sexies* C.

\*

\* \*

### *Article 10 sexies D (nouveau)*

#### **Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 10 *sexies* D résulte de l'adoption d'un amendement déposé par M. Éric Gold et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen en séance publique au Sénat et ayant reçu un avis

---

(1) *Bulletin officiel de la sécurité sociale*, paragraphe 770.

favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Il permet aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), lorsqu'ils sont amenés à gérer des services d'aide et d'accompagnement à domicile, de bénéficier de l'exonération de cotisations patronales de sécurité sociale sur les rémunérations des aides à domicile.

● Des amendements similaires avaient déjà été adoptés par le Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022. Comme à l'époque, les auteurs de l'amendement dont est issu le présent article considèrent que celui-ci permet de traiter de manière égalitaire les EPCI chargés de l'action sociale et les centres communaux d'action sociale (CCAS), lesquels bénéficient d'une telle exonération.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

Par cohérence avec la position retenue sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, la rapporteure générale propose de supprimer cet article qui constitue une perte de recettes non chiffrée et sans étude d'impact sur son efficacité réelle pour les EPCI concernés.

La rapporteure générale rappelle en outre que le Conseil constitutionnel avait validé la constitutionnalité de l'inégalité de situation entre les CCAS et les EPCI, laquelle trouve sa justification dans la vocation particulière que poursuivent lesdits CCAS <sup>(1)</sup>.

\*

\* \*

### *Article 10 sexies E (nouveau)*

## **Création d'une exonération exceptionnelle de cotisations sociales pour les entreprises du secteur vitivinicole**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 10 *sexies* E est issu de l'adoption d'un amendement déposé par M. Sébastien Pla et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain en séance publique au Sénat et ayant reçu un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Il crée un régime exceptionnel

---

(1) *Décision n° 2011-158 QPC du 5 août 2011, SIVOM de la communauté du Bruaysis.*

d'exonération de cotisations sociales pour les employeurs du secteur de la culture de la vigne applicable pour l'année 2024.

- Les cotisations sociales concernées par cette exonération sont les cotisations dues par l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales et des accidents du travail et des maladies professionnelles et assises sur les revenus d'activité versés aux salariés et aux dirigeants. Les employeurs resteraient redevables des cotisations dues au titre des régimes de retraite complémentaire.

L'exonération prévue au présent article est cumulable avec les autres exonérations de cotisations sociales, notamment la réduction dégressive sur salaires inférieurs à 1,6 Smic <sup>(1)</sup>.

- Le taux d'exonération serait fixé selon un barème comprenant trois tranches :

- 100 % pour les entreprises ayant constaté une baisse du chiffre d'affaires en 2023 d'au moins 60 % par rapport à 2022 ;

- 50 % lorsque cette baisse est d'au moins 40 % ;

- 25 % lorsque cette baisse est d'au moins 20 %.

Les entreprises n'ayant pas connu une baisse de chiffre d'affaires au moins égale à 20 % entre 2022 et 2023 ne seraient pas éligibles à cette exonération mais pourraient toutefois bénéficier d'une remise accordée par le directeur de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent lorsque leur activité a été réduite entre 2023 et 2022.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

- L'article 10 *sexies* E souffre de plusieurs limites.

En premier lieu, les tranches du barème n'apparaissent pas suffisamment articulées les unes aux autres puisqu'une entreprise ayant constaté une baisse de chiffre d'affaires d'au moins 20 % pourrait théoriquement prétendre à la fois à une exonération de 25 %, de 50 % et de 100 %.

En deuxième lieu, l'exonération concerne également les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles en méconnaissance du principe de non-exonération de ces cotisations tel qu'il est prévu à l'article L. 241-5 du code de la sécurité sociale.

En dernier lieu, l'article entraîne une perte de recettes d'un montant n'ayant fait l'objet d'aucune estimation. Par ailleurs, aucune étude d'impact n'a été faite s'agissant de l'efficacité de ce dispositif.

---

(1) Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

● Pour ces raisons, et tout en restant sensible à la situation des viticulteurs, la rapporteure générale propose de supprimer cet article.

\*

\* \*

*Article 10 sexies F (nouveau)*

**Renforcement de l'exonération de cotisations patronales dite « Lodeom » applicable outre-mer pour les entreprises du secteur des bâtiments et travaux publics pour 2025 et 2026**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *sexies* F résulte de l'adoption d'un amendement déposé par Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste en séance publique au Sénat et ayant reçu un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement. Il intègre les entreprises du secteur du bâtiment et des travaux publics au barème dit « renforcé » de l'exonération de cotisations sociales employeurs applicable en outre-mer, dite « Lodeom ». Un amendement similaire avait été adopté au Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 puis supprimé en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.

● Créée en 2009 <sup>(1)</sup>, l'exonération « Lodeom » porte sur les cotisations dues par les entreprises implantées en outre-mer. Elle poursuit l'objectif de favoriser l'emploi en réduisant le coût de travail dans les secteurs productifs exposés à la concurrence. En Guadeloupe, en Guyane, en Martinique et à La Réunion prend la forme de trois dispositifs <sup>(2)</sup> :

– le dispositif de compétitivité pour les employeurs de moins de onze salariés et les employeurs des secteurs du bâtiment et des travaux publics (BTP) ainsi que certains employeurs du secteur aérien et de la desserte fluviale qui organisent certaines liaisons ;

– le dispositif de compétitivité renforcée pour les employeurs de moins de 250 salariés dont le chiffre d'affaires annuel n'excède pas 50 millions d'euros et qui exercent leur activité dans des secteurs spécifiques ;

---

(1) Loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

(2) Article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale.



– le dispositif d’innovation et de croissance pour les employeurs de moins de 250 salariés dont le chiffre d’affaires annuel n’excède pas 50 millions d’euros, et ayant entrepris des projets innovants.

Les exonérations sont dégressives selon le montant des rémunérations avec un taux d’exonération maximal de 40 %. En 2022, le mécanisme concernait 41 405 établissements pour un coût total de 1,3 milliard d’euros <sup>(1)</sup>.

● L’article 10 *sexies* F modifie l’article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale pour rendre les employeurs du secteur du BTP éligibles au dispositif de compétitivité renforcée au titre des rémunérations versées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2025 et le 31 décembre 2026.

À l’heure actuelle, les entreprises du BTP bénéficient, au titre du dispositif de compétitivité, d’une exonération totale sur les rémunérations inférieures à 1,3 Smic et dégressive sur les rémunérations comprises entre ce même seuil et 2,2 Smic.

Le dispositif de compétitivité renforcée permet une exonération totale pour les rémunérations inférieures à 2 Smic. Cette exonération est ensuite dégressive jusqu’à 2,7 Smic, seuil à partir duquel elle devient nulle.

## 2. L’avis de la rapporteure générale

Par cohérence avec la position qu’elle tenait lors de l’examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, la rapporteure générale propose la suppression de cet article.

Les évaluations du dispositif « Lodeom » l’ont jugé peu efficient, en raison notamment de difficultés de calibrage et d’un système d’exonérations spécifiques relativement complexe <sup>(2)</sup>. En tout état de cause, et dans l’attente d’une nouvelle évaluation de ce dispositif en application du nouveau cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale <sup>(3)</sup>, il n’apparaît pas opportun d’en modifier les caractéristiques.

\*

\* \*

---

(1) Annexe II du projet de loi d’approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Comité d’évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (juin 2011) et mission IGAS-IGF de revue des dépenses sur les exonérations de charges sociales spécifiques (juin 2015).

(3) 3<sup>o</sup> de l’article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

*Article 10 sexies G (nouveau)*

**Pérennisation du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *sexies* G est issu de l'adoption de deux amendements identiques déposés par Mme Nathalie Delattre et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen ainsi que par M. Franck Ménonville et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, avec un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement. Il pérennise le dispositif d'exonération applicable aux employeurs agricoles qui emploient des travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dit « TO-DE ».

● Dispositif ancien, l'exonération « TO-DE » permet aux employeurs agricoles d'être exonérés de cotisations sociales au titre des rémunérations qu'ils versent à un salarié occasionnel ou à un demandeur d'emploi embauché sous contrat à durée déterminée à caractère saisonnier ou, sous certaines conditions, aux demandeurs d'emploi embauchés sous contrat à durée indéterminé et mis à disposition par un groupement d'employeurs.

Son objectif est de soutenir les filières agricoles recourant au travail occasionnel tout en incitant les employeurs à réduire le travail non déclaré des salariés occasionnels. L'exonération « TO-DE » s'adresse plus particulièrement aux secteurs soumis à la saisonnalité de l'activité agricole. Pour cette raison, ne sont concernées par l'exonération que les tâches temporaires liées au cycle de la production animale et végétale et aux activités de transformation, de conditionnement et de commercialisation de produits agricoles, lorsque ces activités constituent le prolongement direct de l'acte de production <sup>(1)</sup>.

Le champ des cotisations concernées par l'exonération est aligné sur celui de la réduction dégressive sur les salaires inférieurs à 1,6 Smic : l'ensemble des cotisations de sécurité sociale – cotisations maladie, maternité, invalidité et décès, vieillesse, famille, et accidents du travail et maladie professionnelle <sup>(2)</sup> –, les cotisations de retraite complémentaire, les contributions d'assurance chômage, la contribution de solidarité pour l'autonomie et la contribution au fonds national d'aide au logement <sup>(3)</sup>.

---

(1) Article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime.

(2) Dans la limite de la part mutualisée commune à toutes les entreprises et à l'exclusion de la part individualisée.

(3) Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

L'exonération de cotisations sociales est totale pour les rémunérations égales ou inférieures à 1,2 Smic puis dégressive jusqu'à 1,6 Smic, seuil à partir duquel elle devient nulle. Elle n'est pas cumulable avec la réduction dégressive sur les salaires inférieurs à 1,6 Smic prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

- Dans le cadre de la transformation du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et du crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) en exonération pérenne de cotisations sociales <sup>(1)</sup>, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 <sup>(2)</sup> avait prévu l'extinction d'un certain nombre d'exonérations spécifiques dont faisait partie le dispositif « TO-DE ». Initialement fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2021, cette extinction a été repoussée une première fois au 1<sup>er</sup> janvier 2023 <sup>(3)</sup> puis une seconde fois au 1<sup>er</sup> janvier 2026 <sup>(4)</sup>.

À l'instar de ce que les sénateurs avaient adopté en première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, l'article 10 *sexies* G pérennise le dispositif « TO-DE » en supprimant le 4<sup>o</sup> du III de l'article 8 de la LFSS 2019.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

- La prolongation de trois ans du dispositif « TO-DE » adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 répond au souci de ne pas maintenir de niches sociales dont l'efficacité n'a pas été démontrée. Conformément au nouveau cadre organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale, qui prévoit une évaluation de chaque exonération de cotisation sociale tous les trois ans, le Parlement disposera donc, d'ici 2025, d'éléments lui permettant de juger s'il est souhaitable ou non de maintenir le dispositif « TO-DE ».

Dans l'attente de ces éléments, il apparaît prématuré d'acter dès aujourd'hui la pérennisation d'un dispositif dont le coût est estimé à plus de 550 millions d'euros en 2022 <sup>(5)</sup> et dont l'efficacité n'a pas été démontrée de façon suffisamment probante par les études disponibles <sup>(6)</sup>.

- Pour ces raisons, la rapporteure générale propose la suppression de l'article 10 *sexies* G.

---

(1) Article 8 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

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

(3) Article 16 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(4) Article 8 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(5) Annexe II du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2022.

(6) Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales (juin 2011) et mission IGAS-IGF de revue des dépenses sur les exonérations de charges sociales spécifiques (juin 2015).

*Article 10 sexies H (nouveau)*

**Extension du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives agricoles de fruits et légumes**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le dispositif « TO-DE » vise à soutenir les employeurs des secteurs agricoles dont l'activité est dépendante de la saisonnalité des cycles de la production animale et végétale et ayant particulièrement recours aux travailleurs saisonniers. Pour cette raison, un certain nombre d'employeurs du secteur agricole sont exclus du périmètre d'application de l'exonération de cotisations sociales, notamment l'ensemble des coopératives de transformation, de conditionnement et de commercialisation des produits alimentaires.

● L'article 10 *sexies* H résulte de l'adoption d'un amendement de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains, Union Centriste et Les Indépendants - République et Territoires, lequel a reçu un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement en séance publique au Sénat. Il étend le dispositif « TO-DE » aux sociétés coopératives agricoles et leurs unions qui se consacrent au conditionnement des fruits et légumes <sup>(1)</sup>.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

● Outre le coût de cette mesure, estimé entre 10 et 15 millions d'euros selon les informations disponibles, la rapporteure générale n'estime pas opportun d'étendre le dispositif « TO-DE » tant que celui-ci n'aura pas fait l'objet d'une évaluation de son efficacité. En effet, la modification du périmètre du dispositif risquerait d'affecter les conditions de son évaluation. Or, l'exigence de respect de l'équilibre financier de nos comptes publics implique que les niches sociales soient évaluées avec la plus grande rigueur pour déterminer celles dont l'efficacité n'est pas suffisante.

En outre, l'extension du dispositif « TO-DE » aux coopératives de conditionnement de fruits et légumes risquerait d'inciter ces structures à recourir à des salariés en situation précaire plutôt qu'à des salariés en CDI, ce qui serait contreproductif.

● Pour ces raisons, la rapporteure générale propose la suppression de l'article 10 *sexies* H.

---

(1) Le dispositif « TO-DE » fait l'objet d'une présentation plus précise au commentaire de l'article 10 *sexies* G.

*Article 10 sexies I (nouveau)*

**Application du dispositif de réduction de cotisations sociales pour les employeurs mettant leurs agents publics sapeurs-pompiers volontaires à disposition des services départementaux d'incendie et de secours**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *sexies* I résulte de l'adoption d'un amendement de M. Pascal Martin et de plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste, Les Républicains et Les Indépendants - République et Territoires en séance publique au Sénat et ayant reçu un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement. Il élargit le champ d'application de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les employeurs mettant leurs salariés sapeurs-pompiers volontaires à disposition des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS).

● L'article 52 de la loi visant à renforcer la prévention et la lutte contre l'intensification et l'extension du risque incendie <sup>(1)</sup> a créé une exonération des cotisations et contributions employeurs dues au titre des rémunérations des sapeurs-pompiers volontaires embauchés ou des salariés le devenant entre le 1<sup>er</sup> janvier 2024 et le 31 décembre 2026 afin d'inciter les employeurs à embaucher des salariés exerçant cette mission.

Sont éligibles les rémunérations inférieures à 1,6 Smic des sapeurs-pompiers volontaires ayant réalisé une mission opérationnelle prévue au 1<sup>o</sup> de l'article L. 723-12 du code de la sécurité intérieure. La borne de rémunération est donc identique à celle prévue dans le cadre de la réduction dégressive de cotisations sociales sur les bas salaires <sup>(2)</sup>, ce qui se justifie au regard du fait que le montant de cette exonération spécifique s'impute sur les allègements généraux de cotisations sociales. L'exonération fait l'objet d'un plafonnement à 2 000 euros par salarié et par an, et à 10 000 euros par entreprise et par an.

Cette exonération n'est applicable qu'aux rémunérations versées aux sapeurs-pompiers volontaires ayant le statut de salarié. L'article 10 *sexies* I prévoit d'étendre son éligibilité aux rémunérations versées par l'employeur à un agent public.

---

(1) Loi n° 2023-580 du 10 juillet 2023 visant à renforcer la prévention et la lutte contre l'intensification et l'extension du risque incendie.

(2) Article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

- La rapporteure générale rappelle que cette exonération n'est pas encore entrée en vigueur. Une modification de son périmètre n'apparaît donc pas souhaitable tant que ses effets n'auront pas été précisément évalués.

Sur le fond, le fait que le montant de cette exonération soit imputé sur celui dont bénéficient les employeurs au titre des allègements généraux justifie que ses caractéristiques soient le plus proches possible de celles desdits allègements. Or, le bénéfice des allègements généraux ne s'applique qu'aux rémunérations versées aux salariés au titre desquels les employeurs sont soumis à l'obligation d'adhérer au régime d'assurance chômage. Les employeurs publics que sont l'État, les collectivités territoriales ou les établissements publics administratifs ne bénéficient donc pas des allègements généraux au titre des rémunérations versées à leurs agents publics.

Il apparaît donc que le dispositif d'exonération de cotisations sociales créé par la loi visant à renforcer la prévention et la lutte contre l'intensification et l'extension du risque incendie n'est pas l'outil le plus adapté pour inciter ces employeurs publics à recruter des sapeurs-pompiers volontaires.

- Pour ces raisons, la rapporteure générale propose la suppression de l'article 10 *sexies* I.

\*

\* \*

*Article 10 nonies*

**Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des personnes non-salariées agricoles résidant dans les départements et régions d'outre-mer**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● L'article 10 *nonies* résulte d'un amendement déposé par le Gouvernement à l'occasion de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale. Il vise à habiliter le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance :

– les ajustements rendus nécessaires par la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants <sup>(1)</sup> sur les conditions et les modalités de déclaration des éléments nécessaires au calcul de leurs cotisations et contributions sociales, d'une part (**II de l'article 10 *nonies***) ;

– les mesures permettant d'étendre et d'adapter cette réforme aux personnes non-salariées agricoles résidant dans les départements et régions d'outre-mer et d'en tirer les conséquences sur le dispositif d'exonérations de cotisations sociales dont bénéficient les employeurs agricoles exerçant leur activité sur des exploitations de moins de quarante hectares pondérés dans ces collectivités <sup>(2)</sup> d'autre part (**I de l'article 10 *nonies***).

● Le Gouvernement disposerait d'un délai de dix-huit mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 pour prendre les mesures concernant les personnes non-salariées agricoles des départements et régions d'outre-mer et d'un délai de neuf mois à compter de cette même date pour ajuster le circuit déclaratif des travailleurs indépendants.

Dans les deux cas, l'article 10 *nonies* prévoit qu'un projet de loi de ratification soit déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de chacune des ordonnances.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté cet article moyennant un amendement rédactionnel de Mme Pascale Gruny, rapporteur pour l'assurance vieillesse.

---

(1) Voir commentaire de l'article 10 ter.

(2) Article L. 781-6 du code rural et de la pêche maritime.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

● S'agissant de dispositions d'une technicité redoutable, le choix de recourir à des ordonnances apparaît être une solution équilibrée pour prendre les mesures rendues nécessaires par la réforme ambitieuse de l'assiette sociale des travailleurs indépendants. Aussi la rapporteure générale propose-t-elle d'adopter cet article dans sa rédaction transmise par le Sénat.

\*

\* \*

#### *Article 10 decies*

### **Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du Régime social des indépendants sur les difficultés rencontrées par les indépendants en outre-mer pour rembourser leurs dettes envers ce régime**

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

Sort au Sénat : supprimé.

Avis de la commission : rétablissement de la version adoptée par l'Assemblée nationale

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

● L'article 10 *decies* est issu d'un amendement déposé par Mme Nathalie Bassire et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires lors de l'examen en séance publique à l'Assemblée nationale. Il prévoit la remise d'un rapport améliorant l'information du Parlement sur l'application de l'article 15 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, lequel a supprimé le Régime social des indépendants (RSI) afin d'intégrer la Sécurité sociale des indépendants (SSI) au régime général.

Le rapport prévu par l'article 10 *decies* porterait plus précisément sur les difficultés rencontrées par les travailleurs indépendants résidant en outre-mer pour acquitter leurs dettes envers l'ancien RSI. Ce rapport comporterait des pistes de solution visant à favoriser un règlement amiable de cette situation.

● L'exposé sommaire de l'amendement indique ainsi qu'environ 15 000 entreprises réunionnaises seraient actuellement en phase de contentieux pour un total de dettes s'élevant à 860 millions d'euros.

Cette situation, qui serait liée notamment à leurs arriérés auprès de l'ancien RSI, est source d'insécurité pour les entreprises concernées et obère leur capacité à



recourir aux marchés relevant de la commande publique, lesquels ne sont ouverts qu'aux entreprises à jour de leurs cotisations sociales <sup>(1)</sup>.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Sur proposition de la rapporteure générale de la commission des affaires sociales et avec un avis de sagesse du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article en application d'une pratique consistant à refuser les demandes de rapport en loi de financement de la sécurité sociale.

## 3. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale propose de rétablir cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

\*  
\* \*

### *Article 10 undecies (nouveau)*

## **Réforme de la contribution sur les boissons non alcooliques comprenant des sucres ajoutés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 10 *undecies* résulte de l'adoption d'un amendement de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants en séance publique au Sénat et ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Il modifie le barème de la contribution sur les boissons non alcooliques comprenant des sucres ajoutés dite « taxe soda » et en augmente les taux d'accise.

● La taxe soda est une mesure de fiscalité comportementale créée par la loi de finances pour 2012 <sup>(2)</sup>. Elle est perçue sur les boissons qui ne sont pas des boissons alcooliques au sens du code des impositions sur les biens et services et qui contiennent des sucres ajoutés <sup>(3)</sup>.

Initialement conçue sous la forme d'une taxe proportionnelle au volume de boisson contenant des sucres ajoutés, la taxe soda a fait l'objet d'une importante

---

<sup>(1)</sup> Article L. 2141-2 du code de la commande publique.

<sup>(2)</sup> Article 27 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

<sup>(3)</sup> Article 1613 ter du code général des impôts.

réforme en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 <sup>(1)</sup>. Son taux varie désormais en fonction d'un barème de seize tranches fixées en fonction de la teneur en sucre des boissons constituant son assiette.

● L'article 10 *undecies* propose une réforme de cette taxe autour de deux idées :

– une refonte de son barème pour passer de seize tranches à trois tranches seulement afin de favoriser les effets de seuil ;

– une hausse des tarifs applicables dans le but d'inciter les producteurs à diminuer la quantité de sucres ajoutés.

Cette proposition reprend l'une des recommandations de l'évaluation de nos collègues Cyrille Isaac-Sibille et Thierry Frappé sur la fiscalité comportementale appliquée aux boissons <sup>(2)</sup> et poursuit l'objectif de lutter contre la hausse de l'obésité, en particulier chez les jeunes. Elle s'inspire des caractéristiques de la taxe sur les sodas applicable au Royaume-Uni. Un amendement identique (AS2779) avait été adopté en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille et plusieurs de ses collègues mais n'avait pas été redéposé en séance au nom de la commission en raison du rejet du projet de loi dans son ensemble <sup>(3)</sup>.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● L'article 10 *undecies* propose une réforme qui s'inspire de celle mise en place au Royaume-Uni et qui se fonde sur deux principes :

– des taux particulièrement élevés ;

– et l'absence de lissage de la taxe pour favoriser des effets de seuil importants de façon désinciter plus fortement les producteurs à ajouter du sucre dans leurs produits.

Des travaux d'évaluation sont encore en cours sur la dernière réforme de la taxe soda. De tels travaux prennent nécessairement du temps sur un sujet aussi complexe qui relève à la fois de la santé publique, de l'économie et de la fiscalité.

À ce stade toutefois, les effets de la réforme proposée par cet article ne sont pas suffisamment étayés, notamment sur le pouvoir d'achat de nos concitoyens les plus modestes.

---

(1) Article 19 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(2) Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux du Printemps social de l'évaluation : « Les mesures récentes relatives à la fiscalité comportementale », MM. Thierry Frappé et Cyrille Isaac-Sibille, 2 juin 2023.

Autant il y a un consensus dans l'objectif de la lutte contre l'obésité que poursuit cet amendement, autant la solution proposée semble devoir encore faire l'objet de précisions.

● Pour cette raison, la rapporteure générale propose de supprimer l'article 10 *undecies*.

\*

\* \*

#### *Article 10 duodecies (nouveau)*

### **Création d'une contribution perçue sur les produits alimentaires transformés contenant des sucres ajoutés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *duodecies* résulte de l'adoption d'amendements identiques déposés par M. François Bonhomme et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que par M. Xavier Iacovelli et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants en séance publique au Sénat. Ces amendements, qui ont reçu un avis de sagesse de la commission et défavorable du Gouvernement, instaurent une contribution sur les produits alimentaires transformés contenant des sucres ajoutés.

● Les caractéristiques de cette contribution s'inspirent de celles de la « taxe soda »<sup>(1)</sup> mais sont adaptées à des produits qui ne se présentent pas sous la forme de boissons.

Le tarif de la contribution proposée par le présent article serait croissant en fonction de la quantité de sucres ajoutés par quintal de produits transformés. Comme pour la « taxe soda », le barème de taxation s'échelonnerait en seize tranches.

Au-delà de 15 kilogrammes de sucres ajoutés par quintal de produit transformé, chaque kilogramme supplémentaire entraînerait une hausse du tarif de 2,02 euros par quintal.

---

(1) Article 1613 ter du code général des impôts.

**BARÈME DE LA CONTRIBUTION PRÉVUE PAR L'ARTICLE 10 DUODECIÉS**

<b>QUANTITÉ DE SUCRE</b> (en kg de sucre ajoutés par quintal de produits transformés)	<b>TARIF APPLICABLE</b> (en euros par quintal de produits transformés)
Inférieure ou égale à 1	3,03
2	3,54
3	4,04
4	4,55
5	5,56
6	6,57
7	7,58
8	9,6
9	11,62
10	13,64
11	15,66
12	17,68
13	19,70
14	21,72
15	23,74

● À l'instar des règles applicables pour la « taxe soda », les tarifs seraient revalorisés chaque année dans une proportion égale à l'évolution de l'indice des prix à la consommation hors tabac constatée entre l'année N-2 et l'année N-1.

À la différence de la « taxe soda » toutefois, son produit serait affecté au Fonds de solidarité vieillesse plutôt qu'à la branche maladie.

● Un amendement similaire déposé par notre collègue Cyrille Isaac-Sibille avait été adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture avant que le projet de loi dans son ensemble ne fût rejeté <sup>(1)</sup>.

L'objectif poursuivi par les auteurs de ces amendements est de lutter contre l'obésité en augmentant le coût des produits à faible qualité nutritionnelle et contenant des sucres ajoutés.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

● L'article 10 *duodecies* pose une question cruciale s'agissant de la surconsommation de sucres ajoutés, qui a des impacts majeurs sur la santé publique. Il apparaît toutefois que cette question de la fiscalité nutritionnelle sur les produits autres que les boissons pourrait utilement faire l'objet d'études plus approfondies permettant de s'assurer que la hausse des prix se traduira bien par une diminution de la consommation dans des proportions suffisantes pour exercer de réels impacts en matière de santé publique.

---

(1) Amendement AS2781 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Par ailleurs, l'article 10 *duodecies* ne s'accompagne pas d'une évaluation des conséquences économiques pour nos compatriotes les plus modestes dans une période où l'inflation continue de peser sur leurs pouvoirs d'achat.

Enfin, s'agissant de l'opérationnalité d'une telle mesure, une note du Conseil des prélèvements obligatoires de juillet 2023 relevait que ce type de taxes comportementales sur les produits alimentaires n'existait presque pas en Europe, en raison de difficultés d'application <sup>(1)</sup>. Ainsi, après un an d'application, le Danemark a finalement supprimé sa taxe sur les graisses saturées en invoquant un effet de report sur les achats transfrontaliers en Allemagne et en Suède.

● Pour ces diverses raisons, la rapporteure générale propose de supprimer cet article.

\*  
\* \*

#### *Article 10 terdecies (nouveau)*

### **Unification des catégories fiscales pour le tabac à chauffer**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 10 *terdecies* est issu d'un amendement de M. Bernard Jomier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain en séance publique au Sénat. Cet amendement, qui a reçu un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, propose la création d'une catégorie fiscale unique pour le tabac à chauffer telle qu'elle avait été envisagée dans la version initiale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023.

● Depuis l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 <sup>(2)</sup>, la fiscalité du tabac à chauffer se décline en deux catégories <sup>(3)</sup> :

– la catégorie des tabacs à chauffer commercialisés en bâtonnets, dont le tarif s'exprime en euros par millier d'unités ;

– la catégorie des autres tabacs à chauffer, dont le tarif s'exprime en euros par kilogramme.

---

(1) « La fiscalité nutritionnelle », Note du Conseil des prélèvements obligatoires, n° 5, juillet 2023.

(2) Article 15 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

(3) Article L. 314-24 du code des impositions sur les biens et services.

Ces deux catégories présentent des taux, des tarifs et un minimum de perception différents.

Plus précisément, la première de ces catégories s'applique aux produits qui répondent aux trois conditions cumulatives suivantes <sup>(1)</sup> :

– ils sont susceptibles d'être inhalés après avoir été chauffés par le consommateur, sans être susceptibles d'être fumés par ce dernier ;

– ils ne sont pas spécialement préparés pour être utilisés au moyen de pipes à eau ;

– ils sont commercialisés sous la forme de bâtonnets d'une longueur qui n'excède pas 45 millimètres, filtre inclus, et d'un diamètre qui n'excède pas 7 millimètres, dans lesquels le poids du tabac ou des substances mélangées au tabac n'excède pas 265 milligrammes.

Les produits de tabacs à chauffer qui ne répondent pas à cette troisième condition sont classés dans la catégorie des autres tabacs à chauffer.

● L'article 10 *terdecies* supprime cette distinction au profit d'une catégorie fiscale unique alignée sur celle des tabacs à chauffer vendus à l'unité. Cette solution rejoint celle initialement proposée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Les auteurs de l'amendement dont est issu cet article justifient cette proposition au regard du fait que le droit actuel complexifierait artificiellement la fiscalité du tabac à chauffer et permettrait aux fabricants de choisir les modalités de taxation qui les arrangeraient.

Ils arguent du fait que la taxation à l'unité serait mieux-disante en matière de santé publique tandis que la taxation au poids serait plus avantageuse pour l'intérêt des industriels. L'unification du régime fiscal applicable aux produits du tabac à chauffer est présentée comme une mesure permettant de mieux lutter contre le développement de cette nouvelle forme de tabagisme dont aucune étude indépendante ne montre à ce jour que ses effets sur la santé seraient moins nocifs que ceux du tabac à fumer.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

● Comme le rappellent les auteurs, la création d'une catégorie fiscale unique pour les produits du tabac à chauffer avait été envisagée par le Gouvernement à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. L'article 8 de ce projet avait néanmoins été entièrement réécrit dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution en première lecture.

---

(1) Article L. 314-15-1 du code des impositions sur les biens et services.

La création d'une seconde catégorie fiscale taxée au poids se justifiait alors par le besoin de prévoir une taxation adaptée pour les produits du tabac à chauffer qui ne se présentaient pas sous la forme de bâtonnets et qui n'étaient pas vendus à l'unité. De la sorte, il était possible d'anticiper l'arrivée sur le marché français de nouveaux produits en les taxant davantage que s'ils relevaient de la catégorie des autres produits du tabac, dont le taux, les tarifs et les minima de perception sont moins élevés que pour les autres produits du tabac à chauffer.

● Un an après l'entrée en vigueur de cette réforme, il n'apparaît pas opportun de remettre en question cet équilibre qui permet une certaine souplesse dans la taxation des produits liés à cette nouvelle pratique du tabagisme. L'adoption d'un tel article pourrait en outre avoir des effets inverses à ceux recherchés en entraînant une moindre taxation des produits du tabac à chauffer qui ne répondraient pas aux critères de la catégorie fiscale *ad hoc* et relèveraient de la catégorie des autres produits du tabac. Pour ces diverses raisons, la rapporteure générale propose de supprimer cet article.

\*

\* \*

*Article 10 quaterdecies (nouveau)*

**Instauration d'une taxe sur les dépenses de publicité portant sur les jeux d'argent et de hasard**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le présent article est issu de trois amendements identiques de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, de Mme Anne Souyris et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires ainsi que de Mme Marion Canalès et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Il rétablit un article L. 246-1 au sein du code de la sécurité sociale dans le but d'instituer une taxe assise sur les dépenses de publicité relatives aux jeux d'argent et de hasard.

● Aux termes de l'article L. 320-1 du code de la sécurité intérieure, cette dernière notion recouvre l'ensemble des opérations offertes au public – quelle que soit leur dénomination – pour faire naître l'espérance d'un gain qui serait dû, même partiellement, au hasard et pour lesquelles un sacrifice financier est exigé de la part des participants. Si les jeux d'argent et de hasard font l'objet d'une interdiction de principe, ils peuvent néanmoins être autorisés dans un certain nombre de cas mentionnés à l'article L. 320-6 du même code. Ces exceptions concernent :

- les jeux d’argent et de hasard exploités par les casinos ;
- les loteries de bienfaisance, les lotos traditionnels et les jeux forains ;
- les jeux de loteries mis en œuvre par La Française des jeux ;
- les paris sportifs en réseau physique de distribution exploités par La Française des jeux ;
- les paris hippiques en réseau physique de distribution exploités par les sociétés mères des courses de trot et de galop dans le cadre du pari mutuel ;
- les paris hippiques en ligne, des paris sportifs en ligne et des jeux de cercle en ligne mise en œuvre dans le cadre des agréments délivrés par l’Autorité nationale des jeux ;
- les loteries publicitaires.

- Le présent article instaure un prélèvement spécifique sur les dépenses de publicité relatives à ces jeux. L’assiette de la taxe serait constituée des frais d’achats d’espaces publicitaires, quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle. Elle concernerait aussi les frais d’événements publics et de manifestations de même nature. Le taux de ce prélèvement s’élèverait à 3 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de publicité.

- Les opérateurs de paris hippiques en ligne, de paris sportifs, de paris sportifs en ligne et de jeux de cercle en ligne ainsi que les sociétés de course seraient redevables de cette taxe, dont les modalités de recouvrement seraient définies par décret. Le présent article entrerait en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier prochain.

## **2. L’avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale estime que la lutte contre l’addiction aux jeux d’argent et de hasard répond à un objectif de santé publique de première importance. Elle considère cependant que l’efficacité de la disposition adoptée par le Sénat n’est pas établie. En particulier, cette mesure serait dépourvue d’incidence sur le contenu des publicités. Elle ne permettrait donc pas de lutter contre les stratégies publicitaires ou commerciales abusives, ni contre le ciblage, par les opérateurs de jeux, de certains publics et plus particulièrement des jeunes.

Ainsi, la rapporteure générale considère que les mesures de régulation mises en œuvre par l’Autorité nationale des jeux (ANJ), jointes à une politique résolue en faveur de la prévention des comportements addictifs, sont mieux adaptées que le prélèvement introduit par le Sénat à l’exigence de protection de la santé publique.

Elle demande donc à la commission de supprimer cet article.



### CHAPITRE III

## Améliorer la lisibilité de la régulation macroéconomique des produits de santé

### *Article 11*

## **Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, avec modifications.

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

• L'article 11 comporte plusieurs mesures visant à simplifier les mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé.

La principale réforme réside dans la modification de la base sur laquelle est assise la clause de sauvegarde du médicament. Le passage à une assiette calculée en montants remboursés par l'assurance maladie plutôt qu'en chiffres d'affaires hors taxe dégagés par les entreprises pharmaceutiques vise à sécuriser et fiabiliser le déclenchement de la clause de sauvegarde ainsi que le calcul de la contribution afférente. Prévue à rendement constant de la contribution L, cette mesure de simplification devrait permettre de réduire les difficultés liées au processus déclaratif qui provoque des retards dans le calcul et le paiement la contribution au détriment de l'efficacité de son recouvrement et de la lisibilité pour les entreprises.

En outre, l'article aligne le calendrier d'appel et de versement de la contribution due au titre de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux sur celui applicable à la clause de sauvegarde du médicament.

Par ailleurs, et comme chaque année, l'article 11 fixe le montant M de la clause de sauvegarde du médicament et le montant Z de la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux pour 2024. Ces montants sont respectivement fixés à 26,4 milliards d'euros et 2,31 milliards d'euros.

• Deux amendements rédactionnels de la rapporteure générale ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Le Gouvernement a également retenu un amendement de MM. Thibault Bazin et Yannick Neuder (groupe Les Républicains) permettant d'appliquer, pour l'année 2024, les règles de plafonnement dérogatoires qui avaient

été prévues en loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 : il s'agit plus précisément de plafonner la contribution en fonction du chiffre d'affaires net des remises et non en fonction du chiffre d'affaires brut.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

• Le Sénat a adopté trois amendements malgré un avis défavorable du Gouvernement.

Des amendements identiques de la commission ainsi que de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains suppriment la réforme de l'assiette et des modalités de liquidation de la clause de sauvegarde des médicaments portée par le présent article.

Un amendement de la commission rend applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux certaines des évolutions procédurales envisagées dans le cadre de la réforme de la clause de sauvegarde des médicaments. L'amendement prévoit d'une part que le montant total remboursé par l'assurance maladie aux entreprises du secteur des dispositifs médicaux est communiqué par l'assurance maladie à l'Urssaf Caisse nationale avant le 15 juillet de l'année suivant celle pour laquelle la contribution est due. L'amendement prévoit d'autre part que l'Urssaf Caisse nationale communique sans délai aux entreprises redevables concernées la liste des produits et prestations pris en compte dans le calcul du montant total remboursé par l'assurance maladie au titre des produits et prestations qu'elles exploitent.

Un amendement de la commission augmente le montant Z de déclenchement de la clause de sauvegarde pour 2024 en le portant à 2,45 milliards d'euros. Ce nouveau montant est obtenu en maintenant le taux d'évolution entre 2023 et 2024 de 4,5 % retenu par le Gouvernement et en l'appliquant au montant Z pour 2023 rectifié par l'amendement proposé à l'article 4 du présent texte.

• Le Sénat a également adopté un amendement du Gouvernement visant à tenir compte de la nature des produits constituant le chiffre d'affaires des laboratoires dans le calcul de la clause de sauvegarde, et plus particulièrement du statut générique des produits exploités. Plus précisément, l'amendement modifie l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale pour prévoir un plafonnement spécifique du montant de la contribution due par chaque entreprise imputable :

– aux spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

– aux spécialités de référence auxquelles s'applique un tarif forfaitaire de responsabilité ou dont le prix est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique.

Ainsi, la contribution imputable à ces spécialités ne pourra excéder 2 % du chiffre d'affaires réalisés au titre de ces derniers pour l'année 2024. Afin de respecter le rendement global dû au titre de la clause de sauvegarde, la différence entre la contribution imputable à l'ensemble des spécialités génériques et spécialités de référence soumises à un tarif forfaitaire de responsabilité avant et après application du plafonnement serait répercutée sur la contribution des entreprises due au titre des autres médicaments. L'impact financier de cette mesure est donc nul. Cette mesure devait cependant être de nature à limiter les effets redistributifs de la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde tels qu'exposés par la rapporteure générale dans son rapport de première lecture.

Cet amendement a été sous-amendé par la commission malgré un avis défavorable du Gouvernement afin d'étendre le champ d'application de ce plafonnement aux médicaments de référence qui ne sont pas génériques mais dont le prix fabricant hors taxe est inférieur à 5 euros.

- Le Sénat a également adopté un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, malgré un avis défavorable du Gouvernement et de la commission. L'amendement prévoit qu'en cas de dépassement du montant Z de déclenchement de la clause de sauvegarde, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) transmet aux ministres chargés de la sécurité sociale et au Parlement, dans un délai de trois mois, un rapport identifiant et analysant les facteurs de dépassement du montant.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale estime que la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale résulte d'un équilibre qu'il convient de ne pas remettre en cause excessivement.

Comme cela a déjà été évoqué, la réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments répond au besoin de sécuriser et de fiabiliser le calcul de son montant. C'est une mesure de simplification visant à assurer une plus grande prévisibilité des conséquences de cet outil de régulation macroéconomique des dépenses sur le secteur et les finances publiques tout en allégeant les démarches administratives des entreprises. En supprimant cette réforme sans proposer d'alternative crédible, le Sénat a donc adopté une version de l'article 11 qui n'apporte pas de réponse aux problèmes posés par ce dispositif alors même que ces problèmes ont également été relevés par la rapporteure générale de la commission des affaires sociales du Sénat.

Le fait d'avoir adopté un amendement visant à étendre à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux certains éléments de la procédure que les sénateurs ont supprimés s'agissant de la clause de sauvegarde des médicaments témoigne en outre d'une incohérence dans la position des sénateurs. La rapporteure générale propose donc de rétablir les dispositions portant réforme de l'assiette de la clause de sauvegarde des médicaments.

- La rapporteure générale salue toutefois la création d'un plafonnement spécifique applicable aux spécialités génériques et aux spécialités de référence pour l'année 2024. Le périmètre initialement retenu par le Gouvernement dans son amendement lui apparaissant équilibré, elle propose de supprimer les dispositions adoptées par le sous-amendement de la commission qui vise à l'étendre aux spécialités non génériques dont le prix fabricant hors taxe est inférieur à 5 euros.

Par cohérence avec sa position sur l'article 4, la rapporteure générale estime par ailleurs qu'il n'est pas souhaitable de rehausser le montant Z pour l'année 2024 au-delà de ce qui était prévu par le texte initial. Elle propose donc de le rétablir à 2,31 milliards d'euros.

La rapporteure générale propose également de supprimer le mécanisme prévoyant la remise d'un rapport de l'Uncam aux ministres chargés de la sécurité sociale et au Parlement en cas de dépassement du montant Z. L'information concernant les facteurs de dépassement de ce montant est certes pertinente mais relève davantage des annexes aux projets de loi de financement de la sécurité sociale.

- Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la rapporteure générale propose à la commission de rétablir l'article 11 dans sa rédaction résultant de son adoption en première lecture à l'Assemblée nationale, moyennant le maintien de l'amendement du Gouvernement.

\*

\* \*

#### *Article 11 bis A (nouveau)*

### **Rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie en cas de cessation de prise en charge d'un produit inscrit sur la liste en sus**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

- L'article 11 bis A résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Cet amendement a été adopté malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Il prévoit la remise, par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), d'un rapport au Gouvernement et au Parlement en cas de cessation de la prise en charge d'un produit inscrit sur la « liste en sus ».

- Le mécanisme de la liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie, hors tarification à l'activité, du coût de certains produits de santé dont les

indications thérapeutiques présentent un caractère innovant <sup>(1)</sup>. Ce dispositif permet ainsi le financement de traitements onéreux et favorise leur accès aux patients.

Au fur et à mesure du temps, les produits et prestations inscrits sur la liste en sus ont vocation à être radiés pour intégrer les modalités de financement de droit commun. L'article 11 *bis* A propose que lorsque la prise en charge cesse au titre de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, la Cnam remette un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement dans un délai de deux ans à compter de l'arrêt de cette prise en charge. Le rapport évaluerait l'impact de cette décision sur la continuité de traitement des patients ainsi que l'impact financier pour les établissements de santé.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale propose de supprimer cet article pour plusieurs raisons.

Sur la forme, la rapporteure générale s'étonne qu'un tel dispositif ait été adopté au Sénat en deuxième partie d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, les dispositions relatives à la prise en charge des produits de santé, fussent-elles motivées par le besoin d'améliorer l'information du Parlement, relèvent davantage de la troisième partie, relative aux dépenses. Par ailleurs, la rapporteure générale estime que la place de cet article en loi de financement de la sécurité sociale n'apparaît pas évidente au regard des dispositions organiques encadrant le domaine des lois de financement. Ces raisons juridiques justifient à elles seules que cet article soit supprimé.

En outre, s'agissant de la méthode, le rapport remis à la Première ministre par le groupe de personnalités qualifiées chargées d'une mission sur les produits de santé préconisait la mise en place, d'ici le 1<sup>er</sup> février 2024, d'un groupe de travail réunissant administrations, représentants des établissements de santé et des prescripteurs, associations de patients et industriels pour réfléchir aux évolutions en matière d'inscription et de radiation des produits de la liste en sus <sup>(2)</sup>. Il apparaît donc prématuré de proposer une évolution législative avant même que ce groupe de travail ait eu le temps de se réunir et de travailler à des propositions.

\*

\* \*

---

(1) Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Agnès Audier, Claire Biot, Frédéric Collet, Anne-Aurélié Epis de Fleurien, Magali Leo et Mathilde Lignot Leloup, rapport à la Première ministre de la mission régulation des produits de santé, Pour un « New Deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé, août 2023.

*Article 11 ter*

**Modification du taux applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la version adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● L'article 11 *ter* résulte d'amendements identiques déposés en séance publique par M. Yannick Neuder, par M. Thibault Bazin, par M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, par Mme Josiane Corneloup et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que par M. Frédéric Valletoux et ses collègues du groupe Horizons et apparentés.

Il vise à faire passer le taux de la contribution mise à la charge des entreprises du secteur des dispositifs médicaux en cas de dépassement du montant Z de 100 % à 90 % de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année civile aux entreprises du secteur, réduit des remises, et ledit montant Z.

● La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 <sup>(1)</sup> a instauré une clause de sauvegarde des dispositifs médicaux qui fonctionne selon un principe similaire à la clause de sauvegarde existant pour les médicaments.

Lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie aux entreprises du secteur des dispositifs médicaux au titre des dispositifs médicaux relevant de la liste en sus hospitalière ou pris en charge à titre transitoire dans l'attente d'une inscription sur la liste des produits et prestations remboursables, diminué des remises, est supérieur au montant Z fixé chaque année en loi de financement, ces entreprises deviennent redevables d'une contribution visant à réduire le coût pour l'assurance maladie <sup>(2)</sup>.

En application de l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale, le montant total de la contribution due par l'ensemble des entreprises est égal à la totalité de la différence entre le montant remboursé par l'assurance maladie. Ce montant est réparti entre les différentes entreprises au prorata du montant remboursé au titre des dispositifs médicaux qu'elle exploite. Il est plafonné, pour chaque exploitant redevable, à 10 % du montant qui lui est remboursé par l'assurance maladie.

---

(1) Article 23 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale.

- Depuis sa création, la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux ne s'est jamais déclenchée, ce qui témoigne de l'efficacité des politiques de régulation de la dépense en amont de celle-ci.

Selon les informations recueillies par la rapporteure générale, la clause de sauvegarde pourrait néanmoins s'appliquer en 2023 et en 2024, suscitant l'inquiétude des entreprises du secteur. Afin de limiter les effets du dépassement attendu du montant Z pour les années à venir, l'article 11 *ter* diminue le taux de la contribution sur les dispositifs médicaux de 100 % à 90 % dudit dépassement.

Cet article poursuit donc la même logique que les articles 4 et 11 du présent projet de loi de financement, en privilégiant une approche de la régulation des dépenses en matière de médicaments et de dispositifs médicaux fondée sur la confiance et le partenariat avec les entreprises du secteur, seule à même de permettre de réelles économies.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté cet article moyennant l'ajout d'un amendement de la commission des affaires sociales visant à supprimer la précision selon laquelle la contribution n'est pas due lorsque son montant est négatif. Cet amendement avait reçu un avis défavorable du Gouvernement.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose de rétablir cet article dans la version adoptée par l'Assemblée nationale. La proposition de la commission des affaires sociales du Sénat excède en effet la simple modification rédactionnelle et l'étendue de ses conséquences n'est pas suffisamment bien connue pour justifier son maintien dans le texte de l'article 11 *ter*.

\*

\* \*

## TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

### *Article 13*

#### **Tableaux d'équilibre pour 2024**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

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

● Conformément aux dispositions de l'article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale, le présent article porte approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour 2024.

Il fait notamment apparaître une dégradation du solde de l'ensemble formé par les régimes obligatoires de sécurité sociale (Robss) et le FSV, qui atteindrait 11,2 milliards d'euros en 2024, contre 8,8 milliards d'euros en 2023.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement n'a pas intégré d'amendement au présent article.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, ayant reçu un avis favorable de la commission, visant à modifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, des régimes obligatoires de base de sécurité sociale pour l'année 2024 afin de tenir compte de l'impact financier des amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale et de ceux déposés par le Gouvernement en vue de l'examen en première lecture au Sénat. Les modifications apportées au tableau d'équilibre des Robss pour 2024 tirent notamment les conséquences :

- de la réforme de l'assiette de cotisation des travailleurs indépendants ;
- du gel des bornes d'éligibilité aux dispositifs de réduction de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales ;
- du renforcement, dès 2024, du soutien financier que la branche autonomie apporte aux départements par l'intermédiaire des concours.



**COMPARAISON DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE POUR 2024  
FIGURANT DANS LE PLFSS AU STADE DE SON DÉPÔT ET À L'ISSUE DE LA PREMIÈRE  
LECTURE**

(en milliards d'euros)

	Texte déposé par le Gouvernement			Texte adopté en première lecture		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
<b>Maladie</b>	242,7	251,9	- 9,3	243,1	251,9	- 8,8
<b>Accidents du travail et maladies professionnelles</b>	17,1	16,0	+ 1,1	17,1	16,0	+ 1,2
<b>Vieillesse</b>	287,8	293,7	- 5,9	287,9	293,7	- 5,8
<b>Famille</b>	58,8	58,0	+ 0,8	58,8	58,0	+ 0,8
<b>Autonomie</b>	41,2	39,9	+ 1,3	41,2	40,0	+ 1,2
<b>Toutes branches (hors transferts entre branches)</b>	629,5	641,4	- 11,9	630,1	641,6	- 11,5
<b>Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris le FSV</b>	630,7	641,8	- 11,2	631,2	642,0	- 10,7

Source : PLFSS 2024.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale propose à la commission d'adopter le présent article sans modification. Elle rappelle que l'intégration de cet article au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année revêt un caractère obligatoire, conformément aux dispositions organiques applicables à cette catégorie de lois. Elle souligne, de surcroît, que la prévision du solde des régimes de base et du FSV pour 2024 fait état d'une amélioration de 0,5 milliard d'euros par rapport aux prévisions inscrites dans le projet de loi au stade de son dépôt. La rapporteure générale salue ainsi le travail des parlementaires et du Gouvernement, qui a permis d'introduire dans le présent PLFSS des mesures favorables à l'amélioration de la trajectoire des comptes sociaux.

\*

\* \*

*Article 16*

**Approbation de l'annexe A**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : suppression.

Avis de la commission : rétablissement.

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

● L'article 16 porte approbation du « rapport figurant en annexe A », qui présente, pour les quatre prochaines années, les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et les prévisions de solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) et des organismes qui concourent à leur financement. Ainsi, le rapport fait état d'une augmentation du déficit de l'ensemble constitué des régimes de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) au cours de la période. En tenant compte de l'impact financier des mesures prévues par le projet de loi de financement au stade de son dépôt, celui-ci progresserait de 11,2 milliards d'euros à 17,5 milliards d'euros en 2027.

L'explication centrale de ce phénomène réside dans l'effet de la diminution du taux d'inflation sur les recettes et les dépenses des régimes de base. En effet, alors que le ralentissement de la hausse des prix entraîne une moindre croissance des ressources de la sécurité sociale – en particulier sous l'effet d'une augmentation plus limitée de la masse salariale –, les modalités de revalorisation des prestations légales, fondées sur l'inflation constatée au cours des douze mois précédents, tendent à prolonger l'augmentation des dépenses au-delà de l'épisode inflationniste.

Le rapport annexé au projet de loi présente également la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Après une hausse de 6,0 % en 2023, dans un contexte marqué à la fois par une inflation élevée et par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie de covid-19, l'Ondam hors dépenses de crise connaîtrait une progression moins soutenue à compter de 2023 : l'objectif de dépenses augmenterait de 3,2 % en 2024, de 3 % en 2025 puis de 2,9 % en 2026 et 2027. Ce ralentissement de la croissance de l'Ondam tire les conséquences de l'évolution prévisionnelle de l'inflation.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement n'a pas retenu d'amendements au présent article.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté plusieurs amendements de suppression du présent article, déposés par la commission, par Mme Anne

Souyris et ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, par Mme Cathy Apourceau-Poly et ses collègues du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky ainsi que par M. Bernard Jomier et ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

- La rapporteure générale propose à la commission de rétablir le présent article dans une rédaction tenant compte de l'impact des dispositions adoptées en première lecture par l'Assemblée nationale et le Sénat.

- Elle souligne en premier lieu qu'il s'agit d'une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. Elle rappelle également que le rapport annexé à la loi de financement constitue au premier chef un outil à la disposition du Parlement pour apprécier la conformité – ou, le cas échéant, l'inadéquation – des prévisions de recettes, de dépenses et de solde présentées par le Gouvernement dans la loi de financement de l'année avec la trajectoire inscrite dans ce rapport. Ainsi, le maintien de la suppression de cet article en nouvelle lecture priverait les parlementaires d'un instrument utile à la conduite de leur mission constitutionnelle de contrôle de l'action du Gouvernement.

- En outre, par coordination avec les modifications apportées aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2024 – qui figurent à l'article 13 du projet de loi –, il convient d'actualiser le contenu du rapport.

Lors de l'examen du texte en première lecture au Sénat, le Gouvernement a déposé un amendement visant à tirer les conséquences, notamment, de la réforme de l'assiette de cotisation des travailleurs indépendants, du gel des bornes d'éligibilité aux dispositifs de réduction de cotisations d'assurance maladie et d'allocations familiales ainsi que du renforcement dès 2024 du soutien financier que la branche autonomie apporte aux départements par l'intermédiaire des concours.

Ainsi, en tenant compte de ces mesures nouvelles, les prévisions de recettes, de dépenses et de solde au cours de la période s'établiraient comme suit :

#### ACTUALISATION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDE DES ROBSS ET DES ORGANISMES QUI CONCARENT À LEUR FINANCEMENT (2023-2027), À L'ISSUE DE LA PREMIÈRE LECTURE

	2023	2024	2025	2026	2027
<b>Recettes</b>	602,1	631,2	649,4	668,6	687,9
<b>Dépenses</b>	610,9	642,0	665,0	685,7	705,4
<b>Solde</b>	-8,8	-10,7	-15,7	-17,1	-17,5

Source : amendement n° 1352 du Gouvernement lors de l'examen du projet de loi en première lecture au Sénat.

En 2024, les recettes augmenteraient à un rythme sensiblement supérieur à celui prévu par le projet de loi au stade de son dépôt : elles connaîtraient une hausse de 4,8 % au lieu 4,7 %. Le déficit des Robss et du FSV s'élèverait ainsi à

10,7 milliards d'euros, au lieu de 11,2 milliards d'euros, comme le prévoit également l'article 13 dans sa rédaction issue de l'examen au Sénat.

La croissance des recettes de la sécurité sociale ralentirait cependant en 2025, également à raison de 0,1 point de pourcentage : leur progression serait de 2,9 % au lieu de 3,0 %. Néanmoins, le solde s'améliorerait par rapport à la prévision initiale, à hauteur de 0,1 milliard d'euros. Le déficit atteindrait ainsi 15,7 milliards d'euros, et non pas 15,8 milliards d'euros.

À plus longue échéance, l'effet des mesures introduites en première lecture serait neutre sur le déficit consolidé des Robss et du FSV, celui-ci devant atteindre 17,1 milliards d'euros en 2026 et 17,5 milliards d'euros en 2027. Toutefois, l'évolution de la prévision de solde des différentes branches serait contrastée :

– le déficit de la branche maladie serait réduit de 9,3 à 8,8 milliards d'euros milliards d'euros en 2024 et de 9,6 à 9,3 milliards d'euros en 2027 ;

– l'excédent de la branche autonomie s'établirait à 1,3 milliard d'euros en 2024, au lieu de 1,2 milliard d'euros ;

– la prévision de solde de la branche vieillesse fait état d'un déficit de 10,8 milliards d'euros en 2027, au lieu de 11,2 milliards d'euros ;

– l'excédent de la branche famille atteindrait 1,6 milliard d'euros en 2027, au lieu de 1,7 milliard d'euros.

\*

\* \*

## TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024

### TITRE I<sup>ER</sup> DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

#### CHAPITRE I<sup>ER</sup> Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la prévention et l'accès aux soins

##### *Article 17* **Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la version issue de l'Assemblée nationale, *modulo* l'amendement rédactionnel adopté au Sénat.

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

• Le présent article comporte différentes dispositions nécessaires au déploiement de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) dans les établissements scolaires, annoncée par le Président de la République en février 2023 et qui sera mise en œuvre à compter de la fin de cette année. Il définit d'une part, les règles de rémunération et d'affiliation à la sécurité sociale des professionnels mobilisés dans le cadre de cette campagne. Il consacre d'autre part, au sein du code de la santé sécurité sociale, la suppression de la participation des assurés pour la vaccination contre le HPV, qu'il étend par cohérence aux vaccins contre la grippe et contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) pour un public défini.

• Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré les amendements suivants :

– cinq amendements identiques de M. Yannick Neuder (groupe Les Républicains), de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés, de M. Frédéric Valletoux et des membres du groupe Horizons et apparentés, de Mme Servane Hugues et des membres du groupe Renaissance ainsi que de M. Olivier Falorni et des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), étendant le dispositif de vaccination contre le HPV aux

établissements médico-sociaux accueillant des enfants en situation de handicap visés au 2° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ;

– sept amendements identiques de Mme Emmanuelle Anthoine (groupe Les Républicains), de Mme Émilie Bonnard et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Vincent Descoeur et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Philippe Juvin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Yannick Neuder (groupe Les Républicains), de M. Thibault Bazin (groupe Les Républicains) ainsi que de M. Sébastien Peytavie et des membres du groupe Écologiste - NUPES, visant à étendre la participation aux campagnes aux étudiants en médecine de deuxième cycle. Ces amendements ont fait l'objet d'un sous-amendement de précision à l'initiative du Gouvernement ;

– un amendement de Mme Annie Vidal et des membres du groupe Renaissance, ouvrant la possibilité de rémunérer directement les centres de santé participant à la campagne de vaccination et de rendre applicables ces rémunérations à la vacation à Saint-Pierre-et-Miquelon et à Mayotte ;

– deux amendements identiques de M. Jérôme Guedj et des membres du groupe Socialistes et apparentés ainsi que de M. Sébastien Peytavie et des membres du groupe Écologiste – NUPES, constituant une demande de rapport au Gouvernement étudiant l'opportunité d'élargir la campagne contre les HPV au-delà du milieu scolaire ;

– trois amendements d'ordre rédactionnel, à l'initiative de la rapporteure générale.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● En première lecture, le Sénat a adopté cinq amendements :

– un amendement, à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, avec un avis défavorable du Gouvernement, prévoyant la consultation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé pour déterminer les tarifs des vacations qui seront réalisées à l'occasion de ces campagnes de vaccination contre les HPV ;

– trois amendements identiques de M. Daniel Chasseing et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, de Mme Anne Souyris et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires ainsi que de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, visant à prévoir l'organisation d'actions d'information en amont des campagnes de vaccination, auprès des élèves et des familles ;

– un amendement d'ordre rédactionnel, à l'initiative de la rapporteure générale.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale propose de rétablir cet article dans sa version adoptée à l'Assemblée nationale, *modulo* un amendement rédactionnel adopté au Sénat. Elle considère en effet que préciser que les organisations syndicales représentatives des personnels seront consultées est superfétatoire. La précision de la tenue d'information et de sensibilisation en amont des campagnes de vaccination n'apparaît pas non plus utile, ces campagnes ayant déjà été menées dans l'ensemble des académies.

\*  
\* \*

#### *Article 17 bis (nouveau)*

### **Extension de l'obligation vaccinale contre les infections invasives à méningocoques à d'autres sérogroupes et suppression du rapport annuel du Gouvernement sur l'impact de l'extension vaccinale des nourrissons**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : adoption sans modification

#### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement de Mme Solange Nadille et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

- Il modifie en premier lieu l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, afin de permettre la mise en place d'une obligation vaccinale contre les infections invasives à méningocoques (IMM) de différents groupes sérologiques.

En effet, le code de la santé publique prévoit aujourd'hui uniquement une vaccination obligatoire contre le méningocoque de séro groupe C. Dans le contexte de la recrudescence des IMM, la Haute Autorité de santé (HAS) a été saisie en avril 2023 pour avis, sur l'actualisation de la stratégie de vaccination relative aux sérogroupes ACWY et au séro groupe B dans la population.

Dès lors, afin de permettre une mise en œuvre rapide d'une réponse vaccinale dans ce contexte d'augmentation des cas, le présent article modifie l'article L. 3111-2 du code de la santé publique, en prévoyant l'extension de l'obligation vaccinale aux méningocoques des sérogroupes listés par décret en Conseil d'État pris après avis de la HAS. Il est précisé que cette disposition entre en vigueur à une date fixée par décret en Conseil d'État et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2025.

● Le présent article actualise en second lieu le dispositif de suivi de la réforme relative à l'extension des obligations vaccinales des nourrissons prévue à l'article 49 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2018. Cette réforme prévoyait en effet la publication annuelle par le Gouvernement d'une évaluation de l'impact de l'élargissement de ces obligations vaccinales.

Le rapport d'évaluation de l'impact de la réforme apparaît aujourd'hui redondant avec les rapports publiés sur le sujet par Santé publique France et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Le présent article abroge par conséquent la mesure prévue à l'article 49 de la LFSS 2018 relative à l'évaluation de l'impact de l'élargissement des obligations vaccinales devant être réalisée chaque année par le Gouvernement.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale se réjouit de l'adoption de cet article, qui devrait permettre de répondre à la problématique de la recrudescence des IMM et apporte une mesure de simplification.

Elle invite à adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

### Article 20

## Évolution des rendez-vous prévention aux âges clefs de la vie

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la version adoptée à l'Assemblée nationale, *modulo* deux amendements issus du Sénat.

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

● Le présent article complète le dispositif des rendez-vous de prévention aux âges clefs de la vie, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Par dérogation aux règles du code de la sécurité sociale, il précise que la liste des professionnels pouvant réaliser ces rendez-vous, les tarifs pratiqués et les modalités de rémunération des professionnels sont précisés par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale plutôt que par voie conventionnelle.



• Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré son amendement visant à modifier les tranches d'âge des bilans de prévention, afin de tenir compte de l'avis rendu par le Haut Conseil de la santé publique. Les tranches d'âge sont donc désormais fixées à 18-25 ans (et non plus 20-25 ans), 45-50 ans (et non plus 40-45 ans), 60-65 ans (et non plus 70-75 ans).

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

• En première lecture, le Sénat a adopté les sept amendements suivants :

– deux amendements identiques de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, et du Gouvernement, précisant que les conditions de mise en œuvre du dispositif des rendez-vous de prévention s'appliquent aussi bien aux professionnels de santé salariés des centres de santé qu'aux professionnels de santé libéraux ;

– un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, disposant que l'organisation des rendez-vous de prévention est réalisée en coordination avec le médecin traitant ;

– deux amendements identiques, à l'initiative de M. Alain Milon et de Mme Pascale Gruny ainsi que de plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, inscrivant dans le code de la santé publique la liste des professionnels de santé pouvant participer aux rendez-vous de prévention, en y incluant notamment les masseurs-kinésithérapeutes ;

– deux amendements identiques, à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, ainsi que de Mme Céline Brulin et des membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, précisant que les conventions conclues entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels déterminent au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2026 et en l'absence de dispositions conventionnelles, pour chaque profession, les tarifs des rendez-vous de prévention et leurs conditions de facturation de ces rendez-vous par les professionnels.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de rétablir cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale, *modulo* l'adoption des amendements précisant que les conditions de mise en œuvre du dispositif des rendez-vous de prévention s'appliquent tant aux professionnels de santé salariés des centres de santé qu'aux professionnels de santé libéraux.

*Article 20 bis A (nouveau)*

**Expérimentation du financement de programmes d'activité physique adaptée pour des patients atteints de cancer**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : adoption de l'article issu du Sénat, sans modification.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Cet article est issu de l'adoption de quatre amendements identiques à l'initiative de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, de Mme Corinne Bourcier et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, de M. Cyril Pellevat et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que du Gouvernement.

Il permet à l'État d'expérimenter, pour une durée de deux ans, le financement par le fonds d'intervention régional (FIR) de programmes d'activité physique adaptée pour les patients traités pour un cancer. Ces programmes font l'objet d'une prescription médicale.

Il est renvoyé à un décret la fixation des conditions d'application du présent article, notamment les agences régionales de santé concernées par cette expérimentation et le contenu de ce parcours, qui peut comprendre un ou plusieurs bilans de condition physique ainsi que des séances d'activité physique adaptée. Il est enfin prévu qu'un rapport d'évaluation du dispositif est transmis au Gouvernement avant la fin de l'expérimentation.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale se réjouit de l'adoption de cet article qui permet de promouvoir l'activité physique adaptée dont les effets ne sont plus à démontrer. Elle propose d'adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

*Article 21*

**Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption de l'article issu du Sénat, sans modification.

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

● Le présent article étend l'attribution simplifiée et le renouvellement automatique de la complémentaire santé solidaire (C2S) à une partie des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), de l'allocation de solidarité spécifique (ASS) et de l'allocation du contrat d'engagement jeune (ACEJ).

● Outre trois amendements rédactionnels de la rapporteure générale, le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, son amendement qui :

– intègre dans le dispositif de présomption de droit les allocataires d'une AAH différentielle en complément d'une pension d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'une rente d'accident du travail, sous les mêmes conditions que celles ouvrant la présomption de droit pour les bénéficiaires de l'AAH à taux plein ;

– supprime le critère de non-cumul du complément de ressources et d'allocations logement pour l'accès des bénéficiaires de l'AAH à la présomption de droit à la C2S avec participation.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

À l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels et de coordination.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose d'adopter cet article dans sa version issue du Sénat, sans modification.

\*

\* \*

*Article 22*

**Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale, avec modifications.

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

● Le présent article crée un cadre législatif générique permettant de pérenniser des expérimentations « article 51 » qui ont permis la mise en place de parcours coordonnés renforcés grâce à un financement collectif d'une équipe, afin d'être adaptable aux besoins des patients. L'entrée dans le droit commun des expérimentations ayant démontré leur intérêt se ferait au fur et à mesure à partir de l'année prochaine.

L'impact financier de cette mesure augmenterait progressivement. Il passerait de 16 millions d'euros en 2024 à 84 millions d'euros en 2027.

● Deux amendements rédactionnels et un amendement de correction d'une erreur matérielle de la rapporteure générale ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté quatre amendements de la commission, dont deux, l'un rédactionnel et l'autre de coordination, ayant reçu des avis favorables du Gouvernement, et deux ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement :

– un amendement visant à rendre obligatoire la consultation des représentants des professionnels concernés avant la publication d'un arrêté fixant les modalités d'organisation et de rémunération d'un parcours ;

– un amendement visant à prévoir que les avis du Conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS) relatifs à la généralisation des expérimentations doivent être formulés, au plus tard, trois mois avant leur échéance ;

Le Sénat a également adopté deux amendements identiques de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, malgré un avis défavorable du

Gouvernement, visant à garantir la bonne coordination de l'offre de soins territoriale existante avec l'entrée dans le droit commun de certains dispositifs expérimentaux dits « article 51 » prévue à l'article 23.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

Considérant que les modifications apportées par le Sénat sont de nature à rigidifier le dispositif ou seront satisfaites (consultation des représentants des professionnels), la rapporteure générale propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale moyennant des ajustements rédactionnels.

\*

\* \*

#### *Article 22 bis A (nouveau)*

### **Élargir la négociation conventionnelle de l'aide financière complémentaire pour cause de maternité ou paternité aux différentes professions de santé**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le présent article résulte de l'adoption de trois amendements identiques de M. Michel Canévet et Mme Nathalie Goulet (groupe Union Centriste), de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de M. Jean-François Longeot et plusieurs de ses collègues des groupes Union Centriste et Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à étendre aux différentes professions de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) la possibilité de négocier par voie conventionnelle l'aide financière complémentaire pour cause de maternité ou paternité, dont seuls peuvent bénéficier les médecins libéraux aujourd'hui depuis la LFSS pour 2017.

### 2. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale rejoint les intentions des auteurs de l'amendement et propose, sous réserve de l'éclairage du Gouvernement, de conserver cet article introduit par le Sénat.

*Article 22 bis*

**Inscrire la prévention comme un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

Le présent article, introduit par un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants) retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, vise à inscrire la prévention comme un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé.

Pour rappel, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que des expérimentations dérogatoires peuvent être mises en œuvre dans les secteurs sanitaire et médico-social, à la condition de poursuivre l'un ou l'autre des buts mentionnés au I dudit l'article. La prévention en santé ne figure pas explicitement parmi ces buts.

Le 1° prévoit donc de modifier l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, afin que la prévention en santé puisse faire l'objet d'expérimentations dérogatoires au titre de ce dernier.

Le 2° met en place des dérogations aux règles de compétences, d'organisation et de financement de différentes structures de prévention, dans le cadre des expérimentations susmentionnées. Ces dérogations sont permises si jugées indispensables à la mise en œuvre de l'expérimentation et sont soumises à un avis de la Haute Autorité de santé.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec avis favorable du Gouvernement, visant à clarifier la rédaction proposée de l'article L. 162-31-1 et à préciser que les expérimentations envisagées devront viser, comme pour les autres objectifs autorisés, à améliorer la prévention en santé.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de maintenir la rédaction du Sénat.

*Article 22 ter*

**Autoriser les professionnels de santé des établissements scolaires à adresser des assurés sociaux au dispositif MonSoutienPsy**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

Le présent article a été introduit par trois amendements identiques de la rapporteure générale, de M. Éric Poulliat et des membres du groupe Renaissance ainsi que de M. Frédéric Valletoux et des membres du groupe Horizons et apparentés, lors de l'examen du texte en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il permet aux professionnels de santé des établissements scolaires d'adresser des élèves aux psychologues dans le cadre du dispositif MonSoutienPsy. Il prévoit également l'information du médecin impliqué dans la prise en charge de l'assuré social, dans des conditions fixées par décret.

Cet article s'inscrit dans le cadre du plan interministériel de lutte contre le harcèlement scolaire annoncé par le Gouvernement. Il a pour objectif de favoriser l'accès à un suivi psychologique pour les élèves, notamment ceux victimes de harcèlement scolaire, de renforcer leur accompagnement en matière de santé mentale et d'agir en faveur de leur bien-être.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Outre un amendement rédactionnel de la commission, le Sénat a adopté, avec avis favorable de la commission et du Gouvernement, un amendement de Mme Jocelyne Guidez et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, visant à préciser que la faculté d'adressage d'assurés sociaux par les professionnels de santé des établissements scolaires au dispositif MonSoutienPsy s'inscrit dans une logique de parcours de soins coordonnés, avec une coopération étroite des médecins et des personnels de santé scolaire d'une part et des professionnels de santé scolaire avec les professionnels de santé de ville d'autre part.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

Considérant que les modifications apportées par le Sénat sont bienvenues, la rapporteure générale propose de maintenir la rédaction actuelle.

*Article 22 quater*

**Financement forfaitaire du traitement du cancer par radiothérapie**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

• Le présent article a été introduit par quatre amendements identiques de la rapporteure générale, de Mme Laurence Cristol et des membres du groupe Renaissance, de Mme Maud Petit et des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants) ainsi que de M. Frédéric Valletoux et des membres du groupe Horizons et apparentés.

Il vise à inscrire dans la loi le principe d'un financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie par des forfaits déterminés notamment au regard de la technique de radiothérapie utilisée et des caractéristiques des patients. Les dispositions prévues par cet article entreront en vigueur au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2026.

Pour rappel, le financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie est fondé sur la facturation à la séance et sur un volume d'actes, et non pas sur un forfait. Il se caractérise également par une double tarification entre secteurs public (financement à la séance) et privé non lucratif (en fonction de la dose totale d'irradiation accompagnée de suppléments techniques), qui engendre des distorsions tarifaires et une mauvaise allocation des ressources.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec avis favorable du Gouvernement, permettant de codifier les dispositions proposées par le présent article. Il prévoit également que le Gouvernement remette au Parlement avant le 1<sup>er</sup> septembre 2024 le bilan de l'expérimentation relative au financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

Considérant que les modifications apportées par le Sénat sont bienvenues, la rapporteure générale propose de conserver la rédaction de cet article moyennant des ajustements rédactionnels le cas échéant.



*Article 23*

**Réforme des financements médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● Le présent article définit un nouveau cadre juridique pour le financement des activités médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé. Annoncée par le Président de la République le 6 janvier dernier, cette réforme vise à réduire la part de la tarification à l'activité.

Le financement MCO reposerait, à compter de 2025, sur trois compartiments : un compartiment « Financement à l'activité » valorisant les soins qui répondent à des prises en charge « protocolées », organisées et standardisées ; un compartiment « Dotation sur objectifs de santé publique » valorisant la prévention et la coordination des parcours des patients et regroupant des financements existants (Ifaq, Caqes, etc.) ; un compartiment « Dotation sur missions spécifiques » portant sur les soins aigus et les prises en charge spécifiques.

La part du financement à l'activité (tarifs des séjours, séances, consultations et actes externes) baisserait de 5 points dans le total des ressources provenant de l'assurance maladie des établissements de santé. Elle passerait de 54 % à 49 % entre 2023 et 2026 (contre 57 % en 2019).

Si l'impact financier de la réforme reste inconnu à ce stade, 12 millions d'euros sont prévus en 2024 pour la coordination des parcours et la prise en charge de maladies chroniques.

Enfin, il est prévu de reconduire pour 2024 et 2025 la garantie de financement des établissements de santé afin de tenir compte d'un niveau d'activité qui reste inférieur à ce qu'il était avant la crise sanitaire.

● Outre dix amendements rédactionnels, un amendement de précision, un amendement de correction d'une erreur matérielle et un amendement de correction d'une erreur de renvoi à l'initiative de la rapporteure générale, le Gouvernement a retenu, dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, les amendements suivants :

– un amendement de M. Paul-André Colombani et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires précisant que les objectifs de santé publique prennent en compte les besoins en santé territoriaux dans la dotation relative aux objectifs de santé publique. Cet amendement a fait l'objet d'un sous-amendement du Gouvernement visant préciser que les besoins en santé nationaux seront aussi pris en compte ;

– des amendements identiques de la rapporteure générale, de M. Frédéric Valletoux et des membres du groupe Horizons et apparentés, de Mme Laurence Cristol et des membres du groupe Renaissance ainsi que de Mme Sandrine Josso et des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), mettant en place dès 2026 un financement forfaitaire des séances de dialyse déterminé au regard des modes de prise en charge et des caractéristiques des patients.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté dix amendements et un sous-amendement.

Outre un amendement rédactionnel et un amendement de correction d'une erreur matérielle, le Sénat a adopté quatre amendements de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement :

– deux amendements visant, d'une part, à reporter l'entrée en vigueur de la réforme au 1<sup>er</sup> janvier 2028 et, d'autre part, à prévoir à partir de 2025 et pendant trois ans une expérimentation du nouveau financement envisagé pour les activités MCO ;

– un amendement ayant pour objectif que soit précisée dans la loi (et non plus par arrêté ministériel), en l'occurrence chaque année en loi de financement, la ventilation au sein de l'Ondam des objectifs de dépenses MCO, des dotations Migac et des activités de psychiatrie, d'USLD et de soins médicaux et de réadaptation ;

– un amendement, sous-amendé par M. Bernard Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis défavorable du Gouvernement et de la commission, indiquant qu'« *au regard des spécificités de certains traitements, la prise en charge de certaines prestations d'hospitalisation peut être assurée par des forfaits déterminés au regard des modes de prise en charge et modulés selon les caractéristiques des patients. Pour les activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale, le forfait est déterminé sur la base de critères liés aux caractéristiques des patients et d'indicateurs d'amélioration de la qualité et de la pertinence des soins ainsi que d'indicateurs populationnels incluant, notamment, l'amélioration et l'accélération de l'accès à la greffe rénale.* » ;

Par ailleurs, le Sénat a adopté deux autres amendements :

– trois amendements identiques, avec avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement, de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses

collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste, de Mme Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues membres du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Audrey Bélim et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, prévoyant une révision annuelle des coefficients géographiques appliqués à la tarification à l'activité pour les établissements de certaines zones ;

– un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec des avis défavorables de la commission et du Gouvernement, prévoyant la remise d'un rapport annuel dressant le bilan de l'utilisation de la dotation populationnelle dans le domaine des activités de psychiatrie.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale estime qu'il convient de ne pas retarder l'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités MCO, qui est très attendue par les acteurs de la santé, étant rappelé que l'année 2024 sera consacrée aux travaux préparatoires pour une mise en œuvre à partir de 2025.

Elle propose aussi de supprimer la demande de rapport annuel introduite par le Sénat, de même que la mise à jour annuelle des coefficients géographiques qui permettent de prendre en considération les spécificités des territoires concernés. Une actualisation chaque année des coefficients géographiques paraît peu opérationnelle. Des revalorisations au cas au cas sont sans doute plus appropriées. Si la situation des territoires ultramarins, parfois difficile, mérite toute notre attention, il convient de rappeler que de nombreuses mesures ont été prises au cours de ces dernières années pour prendre en compte leurs spécificités, comme l'a rappelé le ministre de la santé et de la prévention au Sénat <sup>(1)</sup>.

Par ailleurs, il peut être envisagé de revenir sur l'amendement du Sénat prévoyant de fixer dans la loi et donc dans le PLFSS les objectifs de dépenses des activités MCO, des dotations Migac et des activités de psychiatrie, d'USLD et de soins médicaux et de réadaptation. Le calendrier du PLFSS paraît peu compatible avec cette demande car ces objectifs sont déterminés ultérieurement, au regard des dernières données disponibles. Elle aurait donc pour conséquence de rigidifier le pilotage des dépenses visées.

En somme, la rapporteure générale propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale moyennant quelques apports d'ordre rédactionnel du Sénat.

\*

\* \*

---

(1) À titre d'exemples, le Ségur de la santé a permis de débloquer 759 millions d'euros pour la Guadeloupe, dont 580 millions d'euros pour la reconstruction du CHU, financée à 100 % par l'État, 448 millions d'euros pour la Martinique, 274 millions d'euros pour La Réunion et 67 millions d'euros pour Mayotte.

*Article 23 bis (nouveau)*

**Expérimenter une rémunération forfaitaire des établissements de santé pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge à domicile**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement.

Afin d'accompagner le développement de la prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) des patients nécessitant des traitements médicamenteux systémiques du cancer, il vise à permettre, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, à certains établissements de santé d'être autorisés à percevoir une rémunération forfaitaire pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge dans le cadre d'un adressage vers une hospitalisation à domicile.

Un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation, notamment les critères de sélection des établissements de santé et les modalités de détermination de la rémunération forfaitaire susmentionnée. La liste des établissements sélectionnés pour participer à l'expérimentation sera fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Avant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement devra adresser au Parlement un rapport d'évaluation.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

La prise en charge à domicile des patients suivant une chimiothérapie est parfois possible et demandée par les patients. Toutefois, le déploiement de la HAD dans le cas des chimiothérapies et ses modalités de prise en charge coordonnée se heurtent aujourd'hui à un problème de financement.

Aussi la rapporteure générale considère-t-elle qu'il est opportun de proposer, à titre expérimental, le versement d'un forfait aux établissements MCO autorisés assurer le traitement des cancers, dans le cas d'un adressage en chimiothérapie à domicile. Par conséquent, elle propose le maintien de cet article introduit par le Sénat.

\*

\* \*

*Article 25*

**Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale, *modulo* les deux amendements rédactionnels adoptés au Sénat.

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

● Le présent article permet aux pharmaciens d'officine de réaliser un test rapide d'orientation diagnostique (TroD) en cas de suspicion d'angine ou de cystite chez un patient et de prescrire des antibiotiques en cas de test positif, confirmant l'infection.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré un amendement de M. Jean-François Rousset et ses collègues du groupe du Renaissance apportant deux modifications ayant pour objectif d'accélérer l'application de cette nouvelle compétence :

– il prévoit en premier lieu que les premiers avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), nécessaires à la publication de l'arrêté listant les médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance, devront porter prioritairement sur les situations des personnes se présentant à l'officine pour odynophagie <sup>(1)</sup> ou brûlures mictionnelles et être rendus avant le 1<sup>er</sup> février 2024 ;

– dans l'attente de l'entrée en vigueur d'un avenant à la convention pharmaceutique, l'amendement autorise les ministres de la santé et de la sécurité sociale à fixer par arrêté, sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), le tarif associé à la réalisation d'un TroD suivie, le cas échéant, d'une délivrance sans ordonnance.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements identiques de Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, visant à réserver la possibilité pour les pharmaciens de prescrire un antibiotique en cas de cystite ou d'angine après réalisation d'un TroD prévue par cet article aux seuls patients âgés de plus de 10 ans.

---

(1) Désigne les douleurs à la déglutition.

À l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, le Sénat a également adopté deux amendements d'ordre rédactionnel.

### 3. La position de la commission

La rapporteure générale propose de rétablir l'article 25 issu de l'Assemblée nationale, *modulo* les deux amendements rédactionnels adoptés au Sénat.

Elle rappelle en effet que la prescription d'antibiotiques est strictement conditionnée au résultat positif du Trod réalisé et qu'il n'y a donc pas de danger à prescrire un antibiotique à un enfant de moins de 10 ans lorsque l'infection est avérée.

\*

\* \*

#### *Article 25 bis (nouveau)*

### **Limitation de la dispensation de dispositifs médicaux aux besoins effectifs du patient en termes de soins**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : adoption avec modification.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement du M. Alain Duffourg et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

Il modifie l'article L. 5123-8 du code de la santé publique, relatif à la lutte contre le gaspillage de médicaments. Cet article dispose que la délivrance de certains médicaments en officine, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, peut se faire à l'unité.

- Le présent article insère un nouvel alinéa au sein de l'article L. 5123-8 du code de la santé publique, disposant que la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut « *excéder les besoins effectifs en termes de soins* ».

Comme cela était prévu pour les médicaments, il est renvoyé à un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale la fixation de la liste des dispositifs relevant du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe par ailleurs les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale rejoint les intentions des auteurs de l'amendement et propose, sous réserve de l'éclairage du Gouvernement, de conserver cet article introduit par le Sénat, *modulo* une modification.

\*

\* \*

### Article 25 ter

#### **Assouplissement du régime applicable aux substitutions de biosimilaires**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement des sénateurs Alain Milon et Laurent Burgoa et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Il modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique et prévoit sur le modèle de ce qui existe pour les spécialités de groupe générique, la possibilité pour le pharmacien de délivrer une spécialité appartenant à un groupe de biosimilaires, lorsque la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un tel groupe.

L'article dispose qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise, après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), les situations médicales dans lesquelles la substitution ne peut pas être effectuée par le pharmacien au sein d'un groupe biosimilaire.

### 2. La position de la rapporteure générale

La rapporteure générale partage l'objectif de renforcer le recours aux biosimilaires, qui constituent un levier d'économies important pour l'Assurance maladie. Elle considère cependant que la mesure proposée relève du domaine réglementaire.

Elle propose donc de supprimer cet article.

\*

\* \*

*Article 26*

**Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Le présent article renforce les actions de prévention de santé au travail conduites par les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA). Dans la continuité d'une expérimentation lancée dans le cadre de l'article de l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, il prévoit la possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail l'exercice de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé. Cette mesure s'accompagnera du recrutement de cinquante-trois infirmiers en santé au travail au cours de la période 2024-2027. Le coût net de cette mesure pour la sécurité sociale est évalué à 2,3 millions d'euros à l'horizon 2027, après déduction des économies liées au renforcement des actions de prévention.

● Un amendement rédactionnel de la rapporteure générale a été retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, visant à prévoir que les protocoles de délégation entre médecins du travail et infirmiers en santé au travail devront respecter les dispositions du code de la santé publique.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

Considérant que les précisions apportées par le Sénat sont bienvenues, la rapporteure générale propose de maintenir la rédaction du Sénat.



*Article 26 bis A (nouveau)*

**Clarifier le cadre d'application de la charte de la visite médicale dans le champ de la liste des produits et prestations**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le présent article, introduit par un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, vise à rendre obligatoire la certification pour l'ensemble des entreprises soumises à la charte pour la liste des produits et prestations, tout en permettant de prendre en considération la situation des nouveaux entrants ainsi que des acteurs sans activité de présentation, information ou de promotion.

Il s'agit de clarifier le périmètre et d'améliorer l'application de la charte de la visite médicale prévue depuis la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019. Cette charte constitue le socle de la régulation des activités de présentation, d'information et de promotion des produits de santé et prestations remboursés. Son objectif est de garantir un recours raisonné aux produits de santé et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Dans la LFSS 2019, l'intention du législateur portait sur son application à l'ensemble des dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations. Or la rédaction actuelle, à la suite de modifications induites par la dernière LFSS, a restreint l'application de la charte aux seuls produits inscrits sous nom de marque.

Cet article a pour objectif de sécuriser le périmètre d'application de la charte dans son périmètre initial de 2019, en incluant non seulement les produits sous nom de marque, mais aussi les produits et prestations sous description générique, qui représentent 75 % de la dépense remboursée.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de maintenir cet article adopté par le Sénat à l'initiative du Gouvernement.

\*

\* \*

*Article 26 bis B (nouveau)*

**Expérimentation d'une évolution des actes effectués par les manipulateurs en électroradiologie**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le présent article résulte par un amendement de M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis favorable de la commission et avis défavorable du Gouvernement.

Il vise à expérimenter pour une durée de trois ans une évolution des actes effectués par les manipulateurs en électroradiologie médicale (MEM). Un décret, pris après avis de l'Académie nationale de médecine et de l'Académie nationale de pharmacie, devrait préciser les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, notamment les actes autorisés et les régions concernées.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

Le secteur de la radiothérapie fait face à des évolutions majeures, avec une démographie des professionnels de santé qui entraîne des difficultés d'accès à certaines thérapies, notamment innovantes, dans un contexte de besoins croissants liés à l'installation de nouveaux équipements.

Par ailleurs, les tâches effectuées et les modalités d'exercice des manipulateurs en radiothérapie changent du fait des innovations. Les nouvelles technologies entraînent des transformations organisationnelles, qui impliquent un accompagnement, une formation spécifique et une adaptation des pratiques de ces professionnels de santé. Or le cadre réglementaire actuel ne semble pas adapté à la transformation de leurs pratiques.

Certes, des protocoles de coopération ont déjà été mis en place dans certaines régions. Par exemple, un protocole de coopération lancé au sein de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) est destiné à donner aux MEM un rôle spécifique au sein des services d'urgence pour des cas simples, comme des fractures. Mais l'absence d'approche nationale et d'un dispositif harmonisé pour reconnaître l'évolution des pratiques par l'ensemble des établissements de santé empêche une évolution concrète des actes réalisés par les MEM.

Dans le prolongement de la proposition de loi qu'elle a portée cette année en faveur d'une évolution du partage des compétences entre les professionnels de santé, la rapporteure générale soutient la proposition du Sénat qui est de nature non seulement à valoriser les compétences et le rôle des MEM mais aussi à faciliter

l'accès des assurés à certaines thérapies. Par conséquent, elle est favorable au maintien de cet article.

\*

\* \*

#### *Article 26 quater*

### **Reporter à mars 2024 l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Le présent article, introduit par un amendement de la rapporteure générale lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à reporter au 1<sup>er</sup> mars 2024 l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale.

Pour rappel, les tarifs des actes de radiologie se composent, d'une part, du tarif de l'acte qui rémunère le travail médical et, d'autre part, du forfait technique destiné à couvrir l'amortissement et les frais de fonctionnement des équipements, dont le montant global représente à lui seul près d'un tiers des dépenses d'imagerie médicale (1,5 milliard d'euros en 2021).

L'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait que les produits de contraste seraient intégrés dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale. Cette mesure devait initialement entrer en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2023.

Or, compte tenu des contraintes opérationnelles qui ont été identifiées lors des échanges avec les radiologues, les grossistes-répartiteurs et les laboratoires pharmaceutiques, il a été décidé de reporter la mise en œuvre au 1<sup>er</sup> mars 2024. Cet article acte donc dans la loi ce report.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements identiques de Mme Solanges Nadille (groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants) et du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, visant à permettre au pouvoir réglementaire de revaloriser les actes associés à l'utilisation des produits de

contraste pour lesquels il n'existe pas de forfait technique. Cette disposition devrait permettre de compenser pour les professionnels concernés le coût lié à l'acquisition des produits de contraste.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale est favorable au maintien de la rédaction du Sénat.

\*  
\* \*

#### *Article 26 sexies*

### **Mettre en place un parcours de soins dédié aux dépressions post-partum**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Le présent article est issu d'un amendement de M. Frédéric Valletoux et des membres du groupe Horizons et apparentés lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il vise à mettre en place un parcours de soins dédié aux dépressions post-partum et à déterminer par voie réglementaire. À la suite d'un diagnostic précoce, ce parcours de soins pourrait être mis en place par toutes les ARS, en faisant état de l'existant, en associant tous les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge, pour repérer et traiter au plus tôt les patientes et renforcer l'information des professionnels et des familles.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements de la commission, avec avis favorable du Gouvernement : un amendement rédactionnel ainsi qu'un amendement visant à avancer avant la fin de l'expérimentation la remise au Parlement du rapport d'évaluation.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de maintenir la rédaction du Sénat.

CHAPITRE II  
**Garantir la soutenabilité de notre modèle social**

*Article 27 A (nouveau)*

**Avis préalable des commissions des affaires sociales sur les projets de textes réglementaires modifiant le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression de l'article.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement. Il renforce le rôle du Parlement dans la définition du niveau de la franchise annuelle ou de la participation financière.

● Pour mémoire, la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a introduit deux dispositifs créant des montants restant à la charge de l'assuré sur sa consommation de soins : la participation forfaitaire et la franchise annuelle, dite franchise médicale. Ces montants, viennent en déduction de la somme remboursée par l'assurance maladie obligatoire et ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par les complémentaires santé. Les participations dues au titre de la participation forfaitaire et de la franchise médicale ne s'appliquent pas aux mineurs, aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), aux femmes enceintes bénéficiant de l'assurance maternité et aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'État.

La participation forfaitaire, qui est prévue à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, s'applique aux actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi qu'aux actes de biologie médicale. Son plafond est fixé à 1 euro par l'article R. 160-19 du code de la sécurité sociale. Il existe par ailleurs un plafond de participations forfaitaires exigibles annuellement, fixé à 50 euros <sup>(1)</sup> ainsi qu'un plafond journalier <sup>(2)</sup> fixé à quatre participations forfaitaires versées par un même assuré, sur une même journée et pour un même professionnel de santé.

La franchise médicale, également prévue à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, s'applique à la prise en charge par l'assurance maladie des médicaments et des prestations effectuées par un pharmacien d'officine, des actes paramédicaux et du transport sanitaire. Elle est fixée à 0,5 euro sur les médicaments

---

(1) Article D. 160-6 du code de la sécurité sociale.

(2) Article D. 160-8 du code de la sécurité sociale.

et les actes paramédicaux, et à 2 euros sur le transport sanitaire, dans la limite de 4 euros par jour <sup>(1)</sup>. À l'instar du dispositif prévu pour la participation forfaitaire, un système de plafonnement s'applique sur le montant des franchises exigibles, limitant à 50 euros par an le reste à charge ainsi occasionné.

• Le présent article soumet à l'avis préalable des commissions des affaires sociales de l'Assemblée nationale et du Sénat tout projet de texte réglementaire modifiant le montant de la participation financière ou de la franchise médicale.

Le 1<sup>o</sup> prévoit que tout décret en Conseil d'État modifiant le plafond du montant de la participation forfaitaire doit être soumis à avis préalable des commissions précitées. Il est précisé que la signature du décret en Conseil d'État ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours.

Le 2<sup>o</sup> dispose que tout décret modifiant le montant de la participation forfaitaire doit être soumis à avis préalable de ces mêmes commissions. La signature du décret ne peut intervenir qu'après réception des avis de ces commissions ou, à défaut, après l'expiration d'un délai de sept jours.

## **2. La position de la rapporteure générale**

La rapporteure générale partage le constat selon lequel le Parlement doit être pleinement associé à la définition et au suivi des restes à charge qui reposent sur les assurés, notamment grâce à ses prérogatives de contrôle. Elle rappelle cependant qu'il n'est pas envisageable de conditionner l'exercice du pouvoir réglementaire autonome à un avis d'une commission législative.

Elle propose dès lors de supprimer cet article.

\*

\* \*

### *Article 27 B (nouveau)*

#### **Sanction des rendez-vous médicaux non honorés par les patients**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression de l'article.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, au nom de la commission des affaires

---

(1) Article D. 160-9 du code de la sécurité sociale.

sociales, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement. Il vise à répondre à la problématique des rendez-vous médicaux non-honorés.

Le 1° dispose qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, en cas de rendez-vous non honoré auprès d'un professionnel de santé en ville, il est mis à la charge de l'assuré social une somme forfaitaire. Il est précisé que cette somme peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou « *récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir* ».

Le 2° prévoit par ailleurs un mécanisme de compensation financière des professionnels concernés par les rendez-vous manqués. Il renvoie aux conventions conclues entre les professionnels de santé et l'assurance maladie la fixation des modalités et des conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré pour lequel l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré.

## 2. La position de la commission

La rapporteure générale partage l'objectif de responsabiliser les patients en luttant contre les rendez-vous médicaux manqués qui engendrent une perte de temps médical alors même que la France est marquée par des difficultés d'accès aux soins.

Elle considère néanmoins que cette problématique doit être abordée dans le cadre de la négociation conventionnelle. Elle propose donc, en l'attente de travaux plus poussés sur ce sujet, la suppression de l'article.

\*  
\* \*

### *Article 27 C (nouveau)*

#### **Renforcer les incitations des professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé et à la maîtrise des dépenses**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression de l'article.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article est issu de l'adoption d'un amendement à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement.

Il dispose que les conventions professionnelles conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé prévoient les conditions dans lesquelles la rémunération des professionnels peut être modulée selon deux critères :

– d'une part, leur degré d'utilisation du dossier médical partagé prévu à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique. Pour mémoire, cet outil, introduit par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, dite « OTSS », et déployé à partir de 2022, a pour objectif de favoriser la prévention, la coordination, la qualité et la continuité des soins. Il permet à chaque professionnel de santé de reporter dans le dossier médical partagé, à l'occasion de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge ;

– d'autre part, leur participation à l'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie et aux mesures destinées à garantir la pertinence des soins.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale rappelle que la rémunération des professionnels de santé inclut déjà des critères liés à l'utilisation du dossier médical partagé. S'agissant de la maîtrise des dépenses, il s'agit d'un objectif aujourd'hui partagé par les professionnels de santé, mais il n'apparaît pas pertinent d'en faire une condition de modulation de la rémunération.

La rapporteure générale appelle donc à la suppression de cet article.

\*  
\* \*

### *Article 27 D (nouveau)*

#### **Améliorer la prise en compte de l'effet financier des conventions professionnelles**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression de l'article.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Introduit au Sénat par un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, avec un avis défavorable du Gouvernement, cet article porte sur le régime applicable aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.



● Les conventions conclues entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les représentants des professionnels de santé reposent sur un cadre juridique précis défini dans le code de la sécurité sociale. Une fois conclues, les conventions sont transmises pour approbation aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui peuvent s'opposer à leur mise en œuvre pour trois raisons prévues à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale :

- la non-conformité de la convention aux lois et règlements en vigueur ;
- des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ;
- l'atteinte au principe d'égal accès aux soins.

Les conventions portent sur un grand nombre de thématiques et concernent les tarifs des honoraires, les rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé, mais aussi depuis peu, les dispositions relatives à l'organisation du système de santé, à l'accès aux soins et à la coordination entre professionnels. Elles constituent un outil essentiel de pilotage et d'organisation des soins de ville.

● Le présent article apporte deux modifications majeures au régime existant :

– d'une part, le 2° et le **a du 3°** introduisent une nouvelle situation dans laquelle les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent s'opposer à l'approbation d'une convention ou d'un avenant : lorsque cette convention ou cet avenant s'écarte de manière excessive de la trajectoire financière votée en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) ;

– d'autre part, le 1° et le **b du 3°** modifient le régime relatif à la réglementation applicable aux dispositions conventionnelles dépeniées. Ils prévoient que ces dernières entrent en vigueur non pas à l'expiration d'un délai de six mois mais lors de l'adoption d'une LFSS tenant compte de leur effet sur les dépenses d'assurance maladie.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale souligne que l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale prévoit déjà un mécanisme de suspension des revalorisations conventionnelles, lorsque le comité d'alerte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) identifie un risque sérieux de dépassement de cet objectif. Elle rappelle par ailleurs que les accords conventionnels sont toujours soumis au respect de l'Ondam.

Pour ces raisons, la rapporteure générale propose la suppression de cet article.

*Article 27*

**Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption de l'article dans sa version issue du Sénat, avec modifications.

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

• Le présent article facilite le contrôle des arrêts de travail non justifiés afin de maîtriser la dépense d'indemnités journalières dédiées à l'indemnisation de ces arrêts.

Il renforce les procédures de contrôle engagées vers les « gros prescripteurs » d'arrêts de travail, en facilitant les procédures de mise sous objectifs (MSO) ou de mise sous accord préalable (MSAP) <sup>(1)</sup> et en rendant ces procédures applicables aux centres de santé et aux plateformes de téléconsultation.

Il simplifie par ailleurs le contrôle réalisé par le service médical de l'organisme de sécurité sociale, chargé de se prononcer sur le caractère justifié ou non des arrêts de travail dont bénéficient les assurés.

Il étend enfin les délégations de tâches des praticiens conseils du service médical, dans l'objectif de libérer du temps médical et d'améliorer la pertinence des contrôles.

• Deux amendements de la rapporteure générale, d'ordre rédactionnel, ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté cinq amendements :

– deux amendements identiques à l'initiative de la rapporteure Corinne Imbert ainsi que de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires du Sénat, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement. Ces amendements visent à maintenir l'avis obligatoire de la commission des pénalités financières avant le déclenchement de la procédure de

---

(1) Pour rappel, la mise sous accord préalable (MSAP) permet à la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical les prescriptions d'un médecin, pour une durée d'au plus six mois. La mise sous objectifs (MSO) permet à la Cpam de s'engager à atteindre un objectif de prescriptions durant une période délimitée.

MSAP. Par souci de cohérence, ils ajoutent également cet avis obligatoire au sein de la nouvelle procédure de MSAP s'appliquant aux sociétés de téléconsultation et aux centres de santé ;

– un amendement du Gouvernement précisant les modalités d'auto-saisine des services du contrôle médical des caisses primaires d'assurance maladie, en prévoyant que ces services effectuent systématiquement un nouvel examen de la situation de l'assuré concerné en cas d'arrêt de travail jugé injustifié par un médecin contrôleur si l'arrêt de travail a été prescrit en lien avec une affection de longue durée. Cet amendement apporte par ailleurs une clarification rédactionnelle ;

– un amendement de Mme Pascale Gruny et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement et précisant que lorsque le service du contrôle médical estime, à l'issue de l'examen d'un assuré, qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé et lui indique les possibilités de recours.

– un amendement à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, d'ordre rédactionnel.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose d'adopter cet article dans la version issue du Sénat, *modulo* quelques ajustements.

\*  
\* \*

#### *Article 27 bis*

### **Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : adoption de l'article issu du Sénat sans modification.

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

Cet article est issu d'un amendement de Mme Sandrine Josso et de ses collègues du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution. Il supprime le délai de carence applicable sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse.

- En effet, tout assuré répondant aux conditions d'affiliation et de cotisation applicables à son régime de sécurité sociale a droit, lorsqu'il se voit prescrire un arrêt de travail, au versement d'indemnités journalières en application des articles L. 321-1 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale. Le montant de ces indemnités varie selon la branche et le régime concernés : il se situe à 50 % du salaire journalier de base pour le régime général de la branche maladie et à 60 % du salaire journalier de référence pour les vingt-huit premiers jours puis à 80 % après le vingt-neuvième jour jusqu'à consolidation, pour le régime général de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

S'agissant des arrêts maladie, les indemnités journalières ne sont versées qu'à l'issue d'un délai de carence de trois jours dans le secteur privé et d'un jour dans le secteur public <sup>(1)</sup>. Plusieurs exceptions, pour lesquelles le délai de carence ne s'applique pas, sont prévues, notamment dans le cadre des arrêts de travail consécutifs à une interruption spontanée de grossesse, intervenue avant la vingt-deuxième semaine d'aménorrhée, depuis la loi n° 2023-567 visant à favoriser l'accompagnement psychologique des femmes victimes de fausse couche.

- Le présent article supprime le délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse (IMG). Pour mémoire, une IMG peut être pratiquée soit lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit lorsqu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Le **I** supprime le délai de carence pour les assurées du régime des non-salariés agricoles dans l'Hexagone (1° du **I**) et en Guyane, en Guadeloupe, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy (2° du **I**).

Le **II** procède à la même suppression pour les assurées du régime général, du régime des salariés agricoles et des indépendants.

Le **III** procède à la même suppression pour les agentes publiques civiles, les militaires, les assurées des régimes spéciaux de sécurité sociale et les salariées pour lesquelles l'indemnisation des arrêts de travail pour le risque maladie n'est pas assurée par un régime obligatoire de base de sécurité sociale.

Le **IV** renvoie à un décret la fixation de la date d'entrée en vigueur de la suppression du délai de carence sur l'indemnisation des arrêts de travail consécutifs à une IMG. Cette entrée en vigueur interviendra, au plus tard, le 1<sup>er</sup> juillet 2024.

---

(1) Les fonctionnaires, dont le délai de carence avait été abrogé par la loi de finances pour 2012, sont en effet de nouveau concernés par un délai de carence depuis la loi de finances pour 2018.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Au Sénat, la commission des affaires sociales a adopté un amendement d'ordre rédactionnel de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie.

## 3. Avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale se réjouit de l'adoption de cet article qui permettra aux femmes confrontées à une IMG de se rétablir et de bénéficier d'un arrêt de travail sans préjudice financier.

Elle appelle à adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

### Article 28

## **Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption de la version du Sénat *modulo* deux modifications.

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

- Le présent article renforce la réglementation relative à la téléconsultation. Il dispose que tout arrêt de travail de plus de trois jours ou tout renouvellement d'arrêt de travail doit être prescrit dans le cadre d'une consultation permettant un examen physique du patient, sauf exceptions précisées par décret en Conseil d'État.

Il prévoit en outre que les prescriptions délivrées à l'occasion d'une activité de téléconsultation ou de télésoin ne peuvent être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire que si la consultation à l'origine de cette prescription a lieu dans le cadre d'un échange téléphonique ou en vidéotransmission avec le patient.

- Trois amendements de la rapporteure générale, d'ordre rédactionnel, ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- En première lecture, le Sénat a adopté treize amendements :

– un amendement à l’initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, permettant à la sage-femme référente de téléprescrire des arrêts de travail sans limitation de durée, au même titre que le médecin traitant ;

– huit amendements identiques à l’initiative de Mme Jocelyne Guidez et de M. Pierre-Antoine Levi et plusieurs de leurs collègues du groupe Union Centriste, de M. Cyril Pellevat, de Mme Alexandra Borchio Fontimp, de Mme Florence Lassarade et de Mme Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, de Mme Raymonde Poncet Monge et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires ainsi que de Mme Annie Le Houerou et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement. Ces amendements excluent du périmètre de l’article 28 les personnes atteintes d’une affection de longue durée (ALD), d’une maladie chronique, ou présentant des facteurs de risques ou en perte d’autonomie ;

– un amendement à l’initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, fixant l’entrée en vigueur des dispositions de cet article au 1<sup>er</sup> avril 2024 afin, selon l’exposé des motifs de l’amendement, « *que les assurés et les professionnels prescripteurs disposent du temps nécessaire à leur bonne information sur les dispositions concernées* » ;

– un amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, adaptant la rédaction de l’article au fait que les professionnels médicaux hors médecins – soit les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes – peuvent également être compétents pour prescrire des arrêts de travail ;

– un amendement rédactionnel et un amendement de coordination juridique à l’initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie.

### **3. L’avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale se réjouit des précisions apportées par le Sénat à l’article 28. Elle propose d’adopter cet article dans sa version issue du Sénat, à l’exception de l’amendement visant à exclure du périmètre de l’article 28 les personnes atteintes d’une affection de longue durée (ALD), d’une maladie chronique, ou présentant des facteurs de risques ou en perte d’autonomie, car elle considère que les patients précités ont d’autant plus besoin de bénéficier d’un examen physique et d’un véritable échange. Elle propose également de ne pas retenir l’amendement reportant l’entrée en vigueur des dispositions de l’article 28.

\*

\* \*

*Article 29*

**Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

• Le présent article permet à l'État d'expérimenter pendant deux ans le réemploi de dispositifs médicaux à usage unique (DMUU), dérogation à l'interdiction de retraiter des DMUU résultant de l'article L. 5211-3-2 du code de la santé publique. Cette expérimentation s'inscrira dans le cadre européen prévu pour le réemploi des DMUU, issu des dispositions du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE. Le champ de l'expérimentation sera restreint à certains DMUU et aux seuls établissements participant au service public de la santé, mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique.

Les établissements inclus dans l'expérimentation ne pourront utiliser des dispositifs médicaux à usage unique retraités que lorsque ceux-ci auront été achetés sur le marché ou retraités, pour leur compte, par une entreprise de retraitement externe. Les établissements de santé ne sont pas autorisés à procéder par eux-mêmes et pour leur propre compte au retraitement des DMUU. Le patient sera informé du réemploi du DMUU qui lui est proposé préalablement à son utilisation, à laquelle il pourra s'opposer. Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation seront précisées par décret en Conseil d'État. Ce décret précisera notamment les DMUU éligibles au retraitement, les interdictions et restrictions notamment celles relatives aux obligations en matière de traçabilité et aux obligations incombant aux fabricants et entreprises de retraitement des DMUU. Il précisera également les modalités d'information et de recueil du consentement des patients et plus largement celles relatives à la méthodologie et à l'évaluation de l'expérimentation.

Parallèlement, le présent article instaure une pénalité financière pour les dispositifs médicaux remboursables dont l'impact environnemental est négatif. Cette appréciation est réalisée par une commission spécifique de la Haute Autorité de santé, la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (Cnedimts) déjà compétente en matière d'évaluation des dispositifs médicaux en vue de leur inscription sur liste. Cette commission intégrera donc dans son évaluation au moment d'une demande d'inscription, de modification ou de renouvellement d'inscription d'un dispositif médical sur la liste, d'un avis sur l'adaptation des modèles, références et conditionnements du dispositif médical aux

modalités de prescription et d'utilisation. Cet avis intègrera le cas échéant une appréciation relative aux déchets induits par l'utilisation du dispositif médical. La pénalité sera versée par l'exploitant aux Urssaf.

Le Gouvernement estime que cette mesure pourrait permettre un gain annuel de 10 millions d'euros les premières années, avec une probable dégressivité les années suivantes en raison de l'évolution des modèles et conditionnements que les exploitants seront incités à adopter.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré huit amendements rédactionnels de la rapporteure générale.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté un amendement Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, complétant l'alinéa 14 d'une part et créant d'autre part un nouvel alinéa 15. Ces modifications visent respectivement à :

– fonder l'avis rendu par la Haute Autorité de santé sur les critères établis dans un référentiel publié et accessible à tous. L'objectif poursuivi par cet amendement est de partager avec les exploitants des critères clairs et opposables concernant l'adaptation des conditionnements et emballages au respect de l'environnement ;

– conditionner l'entrée en vigueur du mécanisme de pénalité financière au respect d'un délai de douze mois à compter de la publication du référentiel. L'objectif poursuivi est de donner aux industriels le temps de s'approprier ces critères.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale est défavorable aux modifications apportées par le Sénat en première lecture.

Premièrement, l'élaboration d'un référentiel ne permet pas en soi d'assurer la concertation souhaitée avec les industriels et ne constitue pas un prérequis nécessaire à la détermination de critères d'appréciation de l'impact environnemental des dispositifs médicaux. L'élaboration d'un référentiel aurait principalement pour effet de retarder la mise en œuvre d'une mesure pragmatique et efficace pour l'environnement.

Deuxièmement, l'application des remises obligatoires sera par ailleurs accompagnée et il n'apparaît pas souhaitable de reporter son entrée en vigueur de douze mois.



*Article 29 bis*

**Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement partiel de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

L'article 29 *bis* est issu d'un amendement de la rapporteure générale retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Cet article vise à simplifier la prise en charge de dispositifs de télésurveillance médicale préalablement inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), au titre de la liste des activités de télésurveillance médicale (LATM) récemment créée. Il entend moduler la prise en charge au titre de la LATM lorsque le dispositif a fait l'objet d'une prise en charge antérieure sur la LPP et simplifier ainsi l'inscription sur la LATM de dispositifs auparavant inscrits sur la LPP.

Le présent article entend fluidifier l'inscription sur la LATM de dispositifs de télésurveillance auparavant pris en charge au titre de leur inscription sur la LPP.

Le **I** complète les dispositions de l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions d'application de la base forfaitaire de prise en charge de la télésurveillance médicale. Il introduit un nouveau critère de modulation de la base forfaitaire, constitué en cas d'inscription antérieure du dispositif sur la LPP.

L'objectif est d'ajuster le cadre de prise en charge de la LATM, assez rigide, aux produits préalablement inscrits sur la LPP, caractérisée par une grande variété de modalités de prise en charge, afin de simplifier leur inscription sur la LATM.

Le **II** permet d'attribuer un certificat provisoire de conformité aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité émis par l'agence du numérique en santé pour les dispositifs qui étaient antérieurement inscrits sur la LPP. L'inscription sur la LATM est aujourd'hui subordonnée à l'obtention d'un certificat de conformité auxdits référentiels ce qui ralentit l'accès au remboursement de certains dispositifs médicaux pour des raisons administratives. L'attribution d'un certificat provisoire pour les dispositifs antérieurement inscrits sur la LPP permettra de simplifier et d'accélérer et leur inscription sur la LATM en garantissant une meilleure articulation entre ces deux listes, tout en présentant des garanties suffisantes d'encadrement d'un tel dispositif.

En effet, le certificat de conformité provisoire a vocation à être remplacé par un certificat définitif dans les conditions de droit commun pour l'inscription sur la LATM. La durée de validité du certificat provisoire est par ailleurs doublement encadrée. Premièrement, sa validité ne pourra pas excéder une durée maximale fixée par décret. Deuxièmement, aucun certificat provisoire attribué ne pourra prévoir une date de validité au-delà du 1<sup>er</sup> juillet 2025.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie.

Le Gouvernement a émis un avis favorable à ces deux amendements rédactionnels.

## **3. L'avis de la commission**

La rapporteure générale est favorable au rétablissement partiel de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. En effet, elle propose d'adopter cet article modifié par un seul des deux amendements adoptés au Sénat (n° 284).

En effet, le second amendement (n° 285) qualifie le certificat de « provisoire » ; or le certificat peut être délivré à titre temporaire, mais il n'est pas nécessairement un certificat provisoire, il fait alors office de présomption. La première phrase de l'alinéa 3 dispose d'ailleurs que « le certificat de conformité mentionné au dernier alinéa de l'article L. 162-52 dudit code *peut être* provisoire ».

\*

\* \*

### *Article 30*

#### **Inciter au recours aux transports partagés**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- Le présent article incite financièrement les patients à recourir au transport partagé dès lors que cette option est disponible et jugée compatible avec l'état de santé du patient par le médecin prescripteur.

D'une part, il conditionne le bénéfice du tiers payant à l'acceptation par les patients d'un transport partagé lorsque sont réunies ces deux conditions. Les patients qui refuseraient ce type de transport devraient procéder à l'avance des frais avant remboursement.

D'autre part, lorsqu'un patient refusera le transport partagé proposé, l'assurance maladie pourra rembourser le transport sur la base du tarif du transport partagé et non du transport individuel, plus onéreux. La différence sera donc à la charge du patient, sans possibilité de prise en charge par l'assurance maladie complémentaire dans le cadre des contrats responsables.

La mesure concernerait uniquement les transports programmés lorsque le transport partagé est possible, par exemple pour les trajets itératifs et en série, tels que ceux des séances de dialyse ou de rééducation. À ce stade, seuls les trajets effectués en taxis conventionnés et en véhicules sanitaires légers seraient concernés par cette mesure.

Les économies que pourrait générer cette mesure sont évaluées par le Gouvernement à 50 millions d'euros en 2024 puis 100 millions d'euros par an sur la période 2025-2027.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré un de ses amendements tendant à faciliter les transports partagés effectués par les taxis conventionnés et permettre ainsi que les mesures incitatives portées par cet article leur soient applicables.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure avec avis favorable du Gouvernement.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de maintenir la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

### CHAPITRE III

## **Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants**

### *Article 31*

#### **Rénovation du modèle de financement de l'Établissement français du sang**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction proposée par le Sénat.

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

● Le présent article vise à amorcer une refonte structurelle du modèle de financement de l'Établissement français du sang (EFS), qui connaît depuis plusieurs années des difficultés financières. Il prévoit de faire évoluer les ressources de l'EFS ainsi que les principes de son modèle économique avec un financement mixte avec, d'une part, un financement principal lié aux cessions des produits sanguins labiles (90 % des recettes) à des tarifs réglementés et, d'autre part, un financement complémentaire par dotation de l'assurance maladie (10 % des recettes de l'établissement) au titre des missions de service public de l'EFS et des surcoûts temporaires non couverts par les recettes liées aux cessions de produits. Le besoin de financement par dotation de l'assurance maladie est estimé à 100 millions d'euros en 2024, soit un surcoût de 45 millions d'euros par an par rapport aux 55 millions d'euros versés en 2023 par l'assurance maladie. Cette dotation permettra de rétablir la capacité d'autofinancement de l'EFS et de stabiliser sa trésorerie.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré un amendement rédactionnel de la rapporteure générale.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté deux amendements rédactionnels de la commission avec des avis favorables du Gouvernement.

#### **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose de maintenir la rédaction du Sénat.

\*

\* \*

## Article 32

### **Préparations officinales spéciales en cas de pénuries**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article vise à compléter le dispositif des préparations hospitalières spéciales créé par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022, permettant aux pharmacies hospitalières de produire des médicaments en cas de rupture de stock ou pour faire face à une crise sanitaire grave. Il étend le recours aux préparations hospitalières spéciales aux situations de ruptures en lien avec un arrêt de commercialisation et autorise les pharmacies d'officines à dispenser des préparations hospitalières spéciales.

● Il crée également le statut de préparations officinales spéciales, et permet ainsi aux officines disposant d'une autorisation délivrée par l'agence régionale de santé (ARS) de produire et dispenser des médicaments en cas de rupture de stock, de crise sanitaire grave ou d'arrêt de commercialisation. La mise en œuvre de cet article est prévue au second semestre de 2024. Son coût est estimé à 5,3 millions d'euros par an, dont 1 million d'euros au titre du remboursement par l'assurance maladie des préparations officinales spéciales et 4,3 millions d'euros au titre du soutien financier à l'établissement pharmaceutique de l'Assistante publique - Hôpitaux de Paris, l'Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps), pour assurer les missions de coordination, d'approvisionnement et de contrôle qui lui sont dévolues.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré trois amendements rédactionnels de la rapporteure générale.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté trois amendements (n° 289, n° 290 et n° 291) à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie :

– le premier amendement crée un nouvel alinéa 3 qui permet de confier la production totale ou partielle des préparations hospitalières spéciales à des pharmacies d'officine sous-traitantes dûment autorisées par l'ARS. Un amendement comparable avait déjà été adopté par la commission des affaires sociales du Sénat lors de l'examen du PLFSS 2022. Celui-ci n'avait finalement pas été retenu dans le texte définitivement adopté par l'Assemblée nationale ;

– le deuxième amendement permet l'exécution, par les pharmacies d'officine, de préparations officinales spéciales à partir d'une matière première à usage pharmaceutique (MPUP) fournie par tout établissement autorisé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à exercer une activité de fabrication, d'importation et de distribution de substances actives. Cet amendement modifie de manière importante la portée de la rédaction initiale de l'alinéa 10, qui avait pour effet de limiter la fourniture des pharmacies d'officine aux seules matières premières à usage pharmaceutique fournies par l'Ageps pour la fabrication des préparations officinales spéciales ;

– le troisième amendement adopté complète l'alinéa 12 de l'article relatif à la détermination du prix de cession des préparations hospitalières spéciales et des préparations officinales spéciales commercialisées par les pharmacies d'officines. Cet amendement prévoit la consultation des représentants des pharmaciens préalablement à la parution de l'arrêté ministériel déterminant ces prix de cession.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale est défavorable aux modifications apportées par le Sénat et déposera trois amendements de rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

Concernant le premier amendement adopté par le Sénat, sur le fond, il semble prématuré de prévoir la possibilité de déléguer aux officines la fabrication des préparations hospitalières spéciales alors que cet article vise précisément à permettre de développer le recours aux préparations hospitalières spéciales en cas de rupture d'approvisionnement et qu'il crée parallèlement le statut de préparations officinales spéciales qui pourront également être produites par les officines en cas de rupture d'approvisionnement. Une délégation de la fabrication des préparations hospitalières spéciales aux officines pourrait éventuellement être envisagée ultérieurement s'il était établi, à l'usage, qu'une telle délégation était nécessaire en complément des deux dispositifs mis en place mais elle est prématurée à ce stade.

De la même manière, concernant le deuxième amendement adopté par le Sénat, l'extension de la compétence de fourniture de matières premières à usage pharmaceutique à d'autres établissements que l'Ageps est elle aussi prématurée. Il est établi par la fiche d'évaluation préalable ainsi que par le rapport de la récente commission d'enquête sénatoriale sur les pénuries de médicaments que l'Ageps est à l'heure actuelle le seul établissement pharmaceutique public en mesure d'assurer une production industrielle de médicaments.

Enfin, concernant l'amendement relatif à la concertation des représentants des pharmaciens, l'alinéa 12 de l'article prévoit déjà que les prix de cession, couvriront les frais de la réalisation et de la dispensation en officine. Il n'est donc pas utile de prévoir dans la loi une consultation des représentants des pharmaciens.

*Article 33*

**Renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article prévoit de renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement par une délivrance au plus juste des besoins dans les situations de pénurie. L'article prévoit, en cas de rupture d'approvisionnement : une obligation de délivrance à l'unité des médicaments ; une obligation de recours aux ordonnances conditionnelles pour les prescripteurs supposant la réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) dont le résultat conditionne la délivrance du médicament ; et la possibilité de limiter ou d'interdire de prescrire certains médicaments dans le cadre d'une téléconsultation lorsque ceux-ci sont en pénurie. L'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions est prévue au premier semestre 2024. L'impact financier estimé est une baisse des dépenses de l'assurance maladie de 4,7 millions d'euros par an dès la première année de mise en œuvre.

● Dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a intégré un amendement de la rapporteure générale visant à autoriser le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à décider de mesures de police sanitaire visant à garantir un approvisionnement approprié et continu en cas de rupture ou risque de rupture de vaccins ou de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Le Gouvernement a également intégré un amendement rédactionnel de la rapporteure générale.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté quatre amendements à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie :

– le premier amendement prévoit qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'utilisation des stocks de sécurité en cas de rupture ou risque de rupture d'approvisionnement ;

– le deuxième amendement étend les mesures d'épargne de médicaments prévues par le présent article en cas de rupture, aux situations de risque de rupture. L'objectif poursuivi est ainsi de favoriser une meilleure anticipation des tensions

d'approvisionnement et l'intervention de mesures d'épargne le plus en amont possible des ruptures d'approvisionnement ;

– le troisième amendement, identique à un amendement de Mme Émilienne Poumirol et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, supprime la possibilité pour le ministre chargé de la santé de rendre obligatoire la délivrance à l'unité de certains médicaments en cas de rupture, mentionnée aux alinéas 8 et 9.

– le quatrième amendement prévoit qu'un décret en Conseil d'État établit la liste des mesures de police sanitaire que peut prendre l'ANSM en situation de rupture ou de risque de rupture, ainsi que les conditions dans lesquelles elle peut le faire. Ce décret sera pris après avis du conseil national de l'ordre des pharmaciens, des représentants des industriels et des grossistes-répartiteurs.

### **3. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale est défavorable aux modifications apportées par le Sénat et déposera quatre amendements de rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture :

– le premier amendement supprime les dispositions ajoutées à l'initiative de la commission au Sénat, prévoyant qu'un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'utilisation des stocks de sécurité. La détermination des conditions d'utilisation des stocks de sécurité par décret en Conseil d'État poursuit un objectif utile de transparence concernant les conditions de mise en œuvre d'un mécanisme d'urgence par la puissance publique auprès des entreprises du médicament en cas de crise. Néanmoins, le risque en fixant des critères *a priori* est précisément de perdre en souplesse et de risquer par une détermination *a priori* de critères de mise en œuvre d'un mécanisme d'urgence, de ne pas prévoir les conditions d'une future crise qui justifierait l'activation de cette réquisition des stocks de sécurité. L'extension des pouvoirs de police sanitaire de l'ANSM permettra de parvenir à l'objectif poursuivi par cet amendement en évitant l'écueil d'un système trop rigide et inadapté aux aléas de survenue d'une crise ;

– le deuxième amendement supprime l'extension des mesures d'épargne de médicament aux situations de risque de rupture introduite à l'initiative de la commission au Sénat. En effet, cette extension pourrait induire un recours trop fréquent à ces mesures prévues pour faire face à des situations exceptionnelles. Cela nuirait à l'acceptation et à l'efficacité de ces mesures contraignantes mais proportionnées ;

– le troisième amendement rétablit la possibilité pour le ministre chargé de la santé de rendre obligatoire la délivrance à l'unité des médicaments en cas de rupture d'approvisionnement, mesure supprimée au Sénat à l'initiative de la commission et de Mme Poumirol. En effet, cette mesure est strictement proportionnée à l'objectif poursuivi de garantir à chacun l'accès à tout son



traitement, rien que son traitement uniquement pendant les périodes de rupture d’approvisionnement ;

– le quatrième amendement rétablit partiellement la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture. Il supprime l’alinéa 12, introduit au Sénat à l’initiative de la commission, qui conditionne la mise en œuvre des mesures de police sanitaire confiées au directeur général de l’ANSM à une étape de concertation préalable des représentants des ordres et syndicats professionnels des pharmaciens et grossistes-répartiteurs. Les mesures de police sanitaire confiées par cet article au directeur général de l’ANSM visent à répondre en urgence à une situation de crise. De telles circonstances supposent une rapidité de mise en œuvre, incompatible avec la concertation de nombreux acteurs comme le propose la rédaction issue du Sénat. Par nature, les mesures de police ne sont pas concertées il s’agit d’un pouvoir de décision unilatérale. L’amendement intègre également une modification rédactionnelle adoptée par le Sénat, qui est conservée.

\*

\* \*

#### *Article 33 bis (nouveau)*

### **Recourir à un formulaire permettant de s’assurer de la pertinence des prescriptions de médicaments à fort enjeu**

Origine de l’article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : adopté.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le présent article est issu d’un amendement M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant recueilli un avis favorable du Gouvernement.

L’amendement permet à l’assurance maladie de demander aux médecins, lorsqu’ils prescrivent des médicaments à fort enjeu de santé publique ou financier, de remplir un formulaire destiné à s’assurer du respect des conditions recommandées de prescription et des indications remboursables.

À cet effet, il prévoit de conditionner la prise en charge par l’assurance maladie d’un produit de santé et de ses prestations éventuellement associées au renseignement d’un formulaire par le prescripteur, comprenant des précisions relatives aux circonstances et aux indications de la prescription, lorsque ce produit et, le cas échéant, ses prestations associées présentent un intérêt particulier en matière de santé publique, un impact financier pour les dépenses d’assurance maladie ou un risque de mésusage. Le formulaire sera mis à disposition des prescripteurs, le cas échéant par un téléservice. Ce formulaire sera à présenter au

pharmacien ou, le cas échéant, à un autre professionnel de santé en vue de la prise en charge ou du remboursement par l'assurance maladie du produit de santé et de ses prestations éventuellement associées.

L'article introduit également une dérogation aux dispositions relatives à l'obligation d'homologation de certains formulaires administratifs prévue aux articles 38 et 39 de l'ordonnance n° 2004-637 du 1<sup>er</sup> juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre.

• Les dispositions de l'article sont également complétées par celles d'un sous-amendement de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, estimant qu'il restreint la portée de l'amendement.

Afin de maîtriser la charge administrative induite par les dispositions du présent article pour les médecins prescripteurs, les dispositions du sous-amendement visent à restreindre cette procédure de remboursement conditionné à la conformité du formulaire accompagnant la prescription aux seules primo-prescriptions d'un médecin spécialiste.

\*

\* \*

#### *Article 34*

### **Facilitation de l'ajout d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

• L'article 34 étend aux entreprises exploitant des dispositifs médicaux la possibilité de proposer à la Haute Autorité de santé (HAS) de s'autosaisir de l'évaluation du service rendu par un acte ou une prestation, en vue de son inscription sur la liste des actes et prestations, dans le but de le rendre éligible au remboursement par l'assurance maladie.

Les entreprises exploitant des dispositifs médicaux et des dispositifs médicaux *in vitro* pourront formuler cette proposition auprès de la HAS lorsque deux conditions sont réunies :

– le produit de santé exploité est associé à l’action thérapeutique ou diagnostique de l’acte à évaluer ;

– le produit de santé exploité est à usage collectif.

L’article 34 supprime par ailleurs le caractère renouvelable, pour les évaluations complexes, des délais dans lesquels la HAS et le Haut Conseil des nomenclatures (HCN) doivent rendre leurs conclusions, afin de réduire le délai global entre la demande d’évaluation et l’inscription sur la liste des actes et prestations.

Il élargit également les conditions auxquelles une inscription provisoire sur la liste des actes et prestations peut être édictée, en étendant cette possibilité à tout type d’actes, et non aux seuls actes innovants, pour une durée de trois ans désormais non renouvelable.

• Dans le cadre du texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en vertu de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution, le Gouvernement a retenu deux amendements de la rapporteure générale.

Le premier amendement correspond à une clarification rédactionnelle visant à préciser que les demandes d’autosaisine adressées à la HAS ne peuvent être effectuées que par les entreprises exploitant le produit de santé porteur de l’action thérapeutique ou diagnostique, et non par les exploitants d’un produit annexe de l’acte.

Le second amendement revient sur les dispositions de l’article 34 qui supprimaient le caractère renouvelable du délai associé à l’inscription provisoire de certains actes sur la liste des actes et prestations. Il permet ainsi le renouvellement du délai dans une limite de dix-huit mois lorsque la description et la hiérarchisation des actes par le HCN nécessitent l’obtention de données complémentaires.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a modifié l’article 34 en adoptant deux amendements de fond à l’initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l’assurance maladie.

• Le premier amendement supprime le **b** du 1° de l’article 34, qui prévoyait une durée limite de dix-huit mois associée à la possibilité de renouveler le délai d’inscription provisoire de certains actes sur la liste des actes et prestations. Cette suppression a pour effet de permettre un renouvellement du délai pour une période de trois ans.

• Le second amendement modifie le 2° de l’article 34 afin de maintenir le caractère renouvelable du délai de six mois dont dispose la HAS pour transmettre son évaluation du service médical rendu ou de l’amélioration du service médical

rendu par un acte ou une prestation à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, pour les évaluations complexes.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale propose de conserver la version de l'article adoptée à l'Assemblée nationale.

- Elle estime en effet que le compromis trouvé, à l'Assemblée nationale, sur la possibilité de renouveler le délai d'inscription provisoire d'un acte à la liste des actes et prestations, dans la limite de dix-huit mois, est équilibré.

- Elle considère également que la suppression du caractère renouvelable du délai de six mois dont dispose la HAS pour mener à bien l'évaluation du service médical rendu ou de l'amélioration du service médical rendu par un acte ou une prestation doit permettre d'accélérer l'accès à ces actes ou prestations, dans l'intérêt de ceux qui en bénéficient.

\*

\* \*

#### *Article 34 ter (nouveau)*

### **Date de remise du rapport annuel du Comité économique des produits de santé au Parlement**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : suppression.

### 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 34 *ter* est issu d'un amendement de Mme Anne Souyris et des membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, adopté avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Cet article modifie l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale afin de préciser que le rapport annuel du Comité économique des produits de santé (CEPS) est communiqué au Parlement « avant le 15 septembre de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte ».

### 2. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale propose la suppression de cet article.

En effet, bien qu'il serait souhaitable, pour le Parlement, de disposer des informations présentées dans le rapport annuel du CEPS avant le début de l'examen

du projet de loi de financement de la sécurité sociale de chaque année, la publication de ce rapport avant le 15 septembre est en pratique impossible, car le Comité ne dispose pas, à cette date, de l'ensemble des données qui doivent y apparaître.

\*

\* \*

### *Article 35*

## **Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● L'article 35 modifie le cadre juridique applicable aux dispositifs d'accès dérogatoires aux médicaments – accès précoce et accès compassionnel – pour tenir compte de certaines limites identifiées lors de l'application de ces régimes. Ces modifications portent sur quatre aspects :

– les critères d'octroi d'une autorisation d'accès précoce sont adaptés au cas particulier des vaccins ;

– l'obligation de garantir l'approvisionnement du marché français est ajoutée à la liste des obligations que doivent respecter les entreprises qui exploitent des médicaments bénéficiant d'une autorisation d'accès précoce ;

– il est précisé que le refus d'une autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif que le médicament n'est pas présumé innovant, ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel ;

– il est instauré un régime transitoire de prise en charge des médicaments en fin d'accès précoce lorsque l'évaluation de leur intérêt thérapeutique par la Haute Autorité de santé (HAS) ne permet pas leur remboursement intégral par la sécurité sociale, dans l'attente de données complémentaires.

● Dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, dix-neuf amendements de nature rédactionnelle ont été retenus.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie, et deux amendements de fond identiques du Gouvernement et de la rapporteure.

Ces amendements de fond modifient les dispositions du III de l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, créé par le présent article, relatives à la prise en charge, par la sécurité sociale, des médicaments bénéficiant du régime transitoire de prise en charge.

Ils prévoient que cette prise en charge s'effectue sur la base du premier montant non nul déclaré de l'indemnité dont a bénéficié l'entreprise exploitante dans le cadre du régime d'accès précoce. À cette indemnité est appliquée une décote par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale afin de tenir compte de l'avis de la HAS sur le service médical rendu par le médicament, et du délai dans lequel le plan de développement du médicament doit permettre d'actualiser son évaluation.

Ils précisent également les situations dans lesquelles la prise en charge du médicament au titre du régime transitoire de prise en charge s'effectue sur la base d'un autre montant :

– sur la base du prix maximal de vente aux établissements de santé fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en application de l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, en cas d'augmentation significative des prix de vente ou lorsque le médicament présente un caractère particulièrement coûteux ;

– sur la base du montant de prise en charge prévu pour les médicaments inscrits à la liste des spécialités distribuées en officine remboursables aux assurés sociaux, en application de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ;

– sur la base du montant de prise en charge prévu pour les médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché dispensées aux patients dans les établissements de santé qui peuvent être prises en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation, dite « liste en sus », en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

## **3. L'avis de la rapporteure générale**

La rapporteure générale propose d'adopter l'article 35, dans sa rédaction résultant du Sénat, sans modification.

Les modifications apportées ont permis de trouver une solution équilibrée pour la fixation des paramètres de calcul du niveau de l'indemnité de prise en charge temporaire : son montant prend ainsi en compte les résultats insuffisants obtenus

par la spécialité lors de sa première évaluation, sans pénaliser trop fortement l'entreprise exploitante, ce qui pourrait avoir pour effet de priver le mécanisme de toute attractivité.

\*

\* \*

### *Article 36*

#### **Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement partiel de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article renforce les obligations légales pesant sur les exploitants et titulaires d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) de médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), lorsqu'ils envisagent d'arrêter sa commercialisation sur le marché français.

Les obligations renforcées portent sur les démarches entreprises en vue de trouver un repreneur pour l'exploitation du médicament.

L'article prévoit également la possibilité de concéder temporairement l'autorisation de mise sur le marché à un établissement pharmaceutique public pour poursuivre l'exploitation du médicament en l'absence de repreneur privé.

Un régime de sanction financière est prévu en cas de manquement à ces obligations renforcées.

La mesure permettrait une économie estimée entre 10 et 40 millions d'euros par an à compter de 2024.

● Vingt amendements rédactionnels de la rapporteure générale, ont été retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté deux amendements à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie.

– le premier amendement complète les dispositions de l’alinéa 7, qui prévoit une obligation pour le titulaire de l’AMM d’informer par tout moyen les entreprises pharmaceutiques susceptibles de reprendre la commercialisation, préalablement à l’arrêt de commercialisation du médicament d’intérêt thérapeutique majeur. L’amendement étend l’obligation d’information à destination des établissements pharmaceutiques détenus par une personne morale de droit public capable d’en assurer la fabrication et la commercialisation. L’objectif ainsi poursuivi est de mieux anticiper la reprise de commercialisation par un repreneur public en cas d’échec des négociations avec un exploitant privé, ainsi que permettre le cas échéant à d’autres établissements pharmaceutiques que l’Agence générale des équipements et produits de santé (Ageps) de prendre part à la reprise de commercialisation d’un médicament d’intérêt thérapeutique majeur ;

– le second amendement insère deux alinéas au début de l’article L. 5121-30 du code de la santé publique, relatif à la publication par l’Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de la liste des médicaments d’intérêt thérapeutique majeur pour lesquels une rupture ou un risque de rupture a été mis en évidence. Ces deux alinéas précisent la possibilité pour l’ANSM de désigner, à l’issue d’une procédure contradictoire, des MITM et qui n’auraient pas été identifiés comme tels par l’entreprise exploitante. Le second alinéa ainsi créé prévoit en conséquence que la liste des MITM ainsi modifiée est rendue publique par l’ANSM sur son site internet.

Le second amendement modifie également la rédaction de l’article L. 5121-31 du code de la santé publique. Il insère un nouvel alinéa après le premier alinéa, visant à renforcer la portée de l’obligation faite aux exploitants de MITM d’élaborer des plans de gestion des pénuries pour les médicaments à risque de rupture. En cas de risque de rupture les MITM concernés feront l’objet de « plans de gestion des pénuries renforcés ». Cette catégorie spécifique de plans de gestion des pénuries n’est cependant pas définie.

Enfin, l’amendement procède à une rectification rédactionnelle.

### **3. L’avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale est défavorable aux modifications apportées par le Sénat et déposera deux amendements de rétablissement partiel de la rédaction adoptée par l’Assemblée nationale en première lecture, le second reprenant la correction rédactionnelle contenue dans le second amendement du Sénat :

– le premier amendement de rétablissement supprime l’extension de l’obligation d’information des établissements pharmaceutiques détenus par une personne morale de droit public. Cette mesure adoptée au Sénat alourdit le régime déjà renforcé par le présent article à l’égard des entreprises souhaitant cesser l’exploitation d’un médicament d’intérêt thérapeutique majeur. Cette mesure n’est pas pertinente dans la mesure où à l’heure actuelle il n’existe qu’un seul établissement pharmaceutique public en mesure d’assurer une reprise de



commercialisation à l'échelle industrielle. Cet établissement est déjà visé dans le dispositif de l'article 36 : il s'agit de l'Ageps ;

– le second amendement de rétablissement supprime les modifications adoptées par le Sénat instaurant une obligation de publication par l'ANSM de la liste des MITM. Cette mesure ne semble pas opportune compte tenu de la récente de la liste des 454 médicaments essentiels établie par le Gouvernement, qui parvient au même objectif en évitant les écueils méthodologiques de construction de la liste des MITM.

La priorisation des obligations des industriels d'établir et de tenir à jour des plans de gestion des pénuries proposée par le Sénat, qui a créé à cet effet la notion de « plan de gestion des pénuries renforcé », ne semble pas adaptée aux enjeux de gestion des pénuries. En effet, les industriels ne sont pas pleinement appropriés les plans de gestion des pénuries, créés en 2017, comme le montrent les conclusions de la récente commission d'enquête du Sénat sur les pénuries de médicaments.

Dans ce contexte, créer une nouvelle catégorie de plan de gestion des pénuries avec des obligations renforcées et qui n'ont pas d'existence légale ni réglementaire ne semble pas de nature à garantir la bonne appropriation des plans de gestion des pénuries par les industriels mais une source de complexité supplémentaire.

\*

\* \*

#### *Article 36 bis*

### **Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article est issu d'un amendement du Gouvernement inséré dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. L'article organise la sortie de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis en créant une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2024 et crée une procédure d'autorisation provisoire pour le cannabis à usage médical.

L'expérimentation de l'usage médical du cannabis a été permise par l'article 43 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la

sécurité sociale (LFSS) pour 2020 <sup>(1)</sup>. Lancée en mars 2021 pour une durée de deux ans, sa prolongation d'une année a été permise par l'article 57 de la LFSS 2023 <sup>(2)</sup>. Au 14 septembre 2023, selon le Gouvernement, 2 761 patients avaient été inclus dans l'expérimentation, à comparer avec une cible maximale fixée à 3 000 patients. Cette expérimentation doit s'achever le 26 mars 2024 alors que les données de preuve clinique ne permettent pas à ce stade de répondre aux critères d'une autorisation de mise sur le marché et qu'un cadre harmonisé à l'échelon européen est en cours de préparation. Les associations de patients soutiennent l'entrée dans le droit commun du cannabis à usage médical, et redoutent des ruptures de traitement pour des patients sans alternative thérapeutique.

● Le présent article instaure un régime transitoire *ad hoc* d'« autorisation d'utilisation pour une période temporaire » par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) puisque les médicaments à base de cannabis ne remplissent pas les critères requis pour une autorisation dans le cadre d'une procédure d'autorisation de mise sur le marché (AMM) de droit commun, ni au titre de l'accès précoce ou de l'accès compassionnel. Il s'agit d'une autorisation temporaire limitée à cinq ans, renouvelable cinq ans, délivrée par l'ANSM et assortie d'obligations pour l'exploitant de recueil de données des patients traités déterminées par l'ANSM. L'agence pourra suspendre à tout moment cette autorisation au regard de critères relatifs à la composition des médicaments ou aux contrôles réalisés sur la fabrication, sur les données de suivi, ou bien l'efficacité thérapeutique, la nocivité *etc.* Les décisions de l'ANSM sur ces produits seront rendues publiques.

● Les critères d'une « éventuelle prise en charge » par l'assurance maladie seront déterminés par décret en Conseil d'État <sup>(3)</sup>. Cette prise en charge sera conditionnée par un avis favorable préalable d'une commission de la Haute Autorité de santé (HAS) au moment de l'évaluation initiale ou de la réévaluation du médicament. Les conditions de prise en charge ainsi que le prix de vente du médicament par le fabricant aux officines ou établissements de santé seront définis par arrêté du ministre de la santé. En cas d'avis défavorable de la HAS, ces médicaments ne seront pas remboursés. Enfin, le prix de vente tiendra compte de diverses caractéristiques du médicament, ainsi que « *des prix ou des tarifs européens présentant une taille totale de marché comparable déterminés par décret. Ce prix ne peut être supérieur aux prix fixés pour une spécialité comparable ou à même visée thérapeutique.* »

---

(1) Le décret d'application est le décret n° 2020-1230 du 7 octobre 2020 relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis.

(2) Le décret d'application est le décret n° 2023-202 du 25 mars 2023 relatif à la prolongation de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis.

(3) Au cours de la première phase de l'expérimentation, les médicaments utilisés par les patients inclus dans cette expérimentation étaient fournis à titre gratuit par les entreprises. Depuis le 27 mars 2023, il est prévu aux termes de l'article 5 bis de l'arrêté du 29 décembre 2020, modifié par l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 25 mars 2023, que « la dispensation et le renseignement du registre de suivi des patients [...] sont facturés quinze euros toutes taxes comprises à l'assurance maladie. La dispensation bénéficie d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire. »

- Certaines mesures liées à la sortie du cadre expérimental sont prévues, avec des modifications apportées à l'article 43 de la LFSS 2020, qui pose le cadre légal de l'expérimentation. Elles visent à :

- substituer au terme actuel, fixé au 26 mars 2024, une échéance ultérieure de disponibilité d'un médicament à base de cannabis qui soit autorisé par l'ANSM. Cette autorisation dérogatoire prendra fin au plus tard le 31 décembre 2024 ;

- prévoir que les modalités de prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie sont définies par arrêté du ministre de la santé dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-2-4 du code de la sécurité sociale, à partir du 26 mars 2024 et jusqu'au 31 décembre 2024 au plus tard ;

- supprimer l'alinéa relatif au rapport remis par le Gouvernement au Parlement six mois avant le terme de l'expérimentation.

L'instauration d'une période transitoire permet d'assurer une continuité de prise en charge des patients inclus dans l'expérimentation jusqu'au 26 mars 2024. La procédure d'autorisation temporaire du cannabis à usage médical aura ensuite vocation à pérenniser l'usage médical du cannabis. Elle nécessite la publication de textes réglementaires qui pourraient intervenir au cours de la période transitoire.

Seuls les patients inclus dans l'expérimentation pourront continuer à utiliser des médicaments à base de cannabis et qui ne feraient pas encore l'objet d'une « autorisation d'utilisation pour une période temporaire » au cours de cette période transitoire. Ces médicaments seront pris en charge par l'assurance maladie sur la base d'un montant fixé par arrêté ministériel. Le Gouvernement évalue le coût de la période transitoire à 10 millions d'euros.

- Aucun amendement à cet article n'a été retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté deux amendements à l'initiative de Mme Corinne Imbert, rapporteure pour l'assurance maladie. Ces amendements visent à :

- réintroduire l'évaluation de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis, qui devra faire l'objet d'un rapport au Parlement au plus tard le 30 juin 2024 ;

- solliciter un avis de la HAS avant le 30 septembre 2024 sur les modalités de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments à base de cannabis qui tiennent compte des indications thérapeutiques autorisées, au regard des résultats de l'expérimentation.

L'objectif poursuivi par ces amendements est de permettre une information éclairée du législateur, préalablement à l'entrée dans le droit commun des médicaments à base de cannabis et de conditionner le remboursement de ceux-ci à un avis préalable de la HAS.

### 3. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale est défavorable aux modifications apportées par le Sénat et déposera deux amendements de rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture :

– le premier amendement vise à revenir sur la disposition adoptée au Sénat sur l'évaluation de l'expérimentation. En effet, le Gouvernement transmettra dans les prochaines semaines le rapport dressant le bilan de l'expérimentation du cannabis thérapeutique. L'abrogation du III résulte de la fin de l'expérimentation le 26 mars 2024, qui n'est pas remise en cause par cet article. L'article 36 *bis* prévoit les modalités de sortie de l'expérimentation du cannabis thérapeutique. Il n'est pas nécessaire de prévoir une nouvelle évaluation dans ce contexte ;

– le second amendement supprime les dispositions ajoutées par le Sénat au dernier alinéa de l'article. Cet alinéa ne semble pas utile dans la mesure où le présent article prévoit déjà que l'avis de la HAS conditionne l'« éventuelle prise en charge » des médicaments à base de cannabis thérapeutique. Cette appréciation se fera au cas par cas pour chaque médicament au moment de son inscription ou du renouvellement de son inscription.

Par ailleurs, le fait d'imposer par la loi que la HAS rende un avis d'ordre général pour l'ensemble des médicaments contenant du cannabis avant la date du 30 septembre 2024 ne semble pas adapté à l'équilibre général du dispositif, qui comporte des mesures transitoires permettant notamment une bonne articulation avec un cadre européen en préparation.

\*

\* \*

*Article 36 ter (nouveau)*

**Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : suppression de l'article.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● Le présent article est issu d'un amendement de Mme Mélanie Vogel et plusieurs de ses collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires. Cet amendement vise à améliorer la continuité de la prise en charge des frais de santé des personnes qui viennent se réinstaller en France, après avoir vécu à l'étranger.

En l'état actuel du droit, cette continuité n'est pas garantie puisque le bénéfice de l'assurance maladie est conditionné à la résidence « stable et régulière » en France. D'une part, cette condition a pour conséquence que les personnes qui déménagent à l'étranger perdent, sauf cas particulier, leur couverture par l'assurance maladie. La réouverture des droits d'affiliation est conditionnée à une résidence stable et régulière de trois mois en France. Cette situation induit une rupture de droits pendant trois mois qui pénalise les Français de retour de l'étranger.

● Le Gouvernement a émis un avis défavorable à cet article additionnel au motif que les dispositifs existants permettent déjà de répondre à l'objectif visé par cet amendement.

**2. L'avis de la rapporteure générale**

● La rapporteure générale est défavorable à cet article additionnel adopté par le Sénat en première lecture et déposera un amendement de suppression de cet article.

En effet, la prise en charge des frais de santé de toute personne travaillant en France ou y résidant ou depuis au moins trois mois est garantie depuis l'entrée en vigueur de la protection maladie universelle (Puma) le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Pour justifier de la stabilité de sa résidence en France, une personne n'exerçant pas d'activité professionnelle et souhaitant s'affilier à l'assurance maladie française doit produire un justificatif démontrant qu'elle réside en France de manière ininterrompue depuis au moins trois mois.

Certaines catégories de personnes énumérées à l'article D. 160-2 du code de la sécurité sociale n'ont pas à justifier de cette condition de résidence. Bien que les anciens assurés ne soient pas mentionnés dans cet article, leur situation est néanmoins couverte par différentes catégories énumérées à cet article.

En particulier, lorsque l'ancien assuré exerce une activité professionnelle à son retour en France, son affiliation à la caisse primaire d'assurance maladie du ressort de son lieu de résidence prend effet dès le démarrage de son activité professionnelle.

Le délai de carence de trois mois est par ailleurs couvert par l'assurance maladie du ressort de l'État dont l'ancien assuré était résident avant son retour en France dès lors qu'il s'agit d'un État membre de l'Union européenne, ce qui évite les ruptures de couverture pour ces personnes. À cet effet, les anciens assurés peuvent utiliser leur carte européenne d'assurance maladie pendant les trois premiers mois de résidence.

Si la personne s'est affiliée le temps de son expatriation à la Caisse des français de l'étranger (CFE), les droits d'affiliation sont maintenus lors du retour en France jusqu'à la réouverture des droits.

Enfin, pour les personnes qui ne conservent pas de droits d'affiliation de leur précédent pays de résident et ne travaillant pas en France dans les trois premiers mois de leur retour, elles ont la possibilité de souscrire une assurance volontaire le temps nécessaire à la réouverture de leurs droits.

\*

\* \*

#### CHAPITRE IV

### Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie

#### *Article 37*

### **Réforme du modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les départements volontaires**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

• L'article 37 propose une réforme du modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) dans les départements qui en feront le choix.

À l'heure actuelle, le financement des Ehpad repose sur trois sections tarifaires distinctes relevant de règles et de financeurs différents :

- la section « soins », financée par la sécurité sociale ;
- la section « dépendance », financée par les départements et les résidents ;
- la section « hébergement », financée par les résidents, le cas échéant bénéficiaires d’aides sociales.

Ce modèle économique complexe est aujourd’hui de plus en plus contesté compte tenu de l’évolution du profil des résidents, qui entrent en établissement plus âgés et plus dépendants qu’auparavant, des coûts de gestion qu’il génère, et des inégalités territoriales qu’il engendre.

L’article 37 instaure un nouveau régime de financement adapté des Ehpad dans les départements qui le souhaitent. Les sections « soins » et « dépendance » sont fusionnées au sein d’une section unique relative aux soins et à l’entretien de l’autonomie. Cette nouvelle section pourra également prendre en charge des dépenses de prévention.

La tarification de la section unique sera assurée par l’agence régionale de santé (ARS), les départements restant compétents en matière d’autorisation et de contrôle des Ehpad, de programmation de l’offre et d’aide sociale. La nouvelle section unique sera financée par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), qui bénéficiera d’une rétrocession des financements actuellement portés par les départements dans le champ des Ehpad.

● Outre seize amendements de nature rédactionnelle, deux amendements de fond de la rapporteure ont été retenus dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en vertu de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Un **premier amendement** de la rapporteure complète ainsi l’article 37 par un alinéa qui prévoit que, dans les départements ayant opté pour le nouveau régime de financement, sont transmises à la CNSA :

- les informations relatives aux dépenses exposées au titre de l’allocation personnalisée d’autonomie pour les personnes accueillies en établissement ;
- les informations relatives au coût des emplois auparavant financés par le forfait « dépendance » dans le cadre du régime de financement antérieur ;
- l’ensemble des données utilisées, dans le cadre du régime antérieur, pour fixer les forfaits globaux relatifs aux soins et à la dépendance.

Ces nouvelles dispositions, qui organisent les modalités de transmission des informations entre les départements et la CNSA, doivent permettre de calculer le montant de la compensation financière que les départements devront rétrocéder à la caisse au titre du financement du nouveau forfait unique relatif aux soins et à l’entretien de l’autonomie.

Un **second amendement** de la rapporteure modifie l'article 37 pour préciser que les évaluations des besoins en soins et du niveau de dépendance des résidents, peuvent être réalisées et validées non seulement par un médecin mais aussi par un infirmier, et ce dans tous les Ehpad, et non dans les seuls établissements situés dans un département ayant opté pour le nouveau régime adapté de financement, comme le prévoyait initialement l'article.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat**

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie, qui transforme le régime adapté de financement, optionnel, en une expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » dans un maximum de dix départements volontaires. Cette expérimentation serait déployée pour une durée de trois ans, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2025.

Cet amendement a été modifié par cinq sous-amendements identiques présentés par Mme Raymonde Poncet Monge et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, par Mme Céline Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, par M. Daniel Chasseing et les membres du groupe Les Indépendants - République et Territoires, par Mme Corinne Féret et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain ainsi que par Mme Véronique Guillotin et les membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, afin de prévoir que les départements peuvent se porter à candidats à l'expérimentation par délibération de leur assemblée délibérante, transmise au préfet au plus tard le 30 juin 2024, au lieu de la date du 31 mars 2024 initialement prévue.

Le Sénat a par ailleurs adopté un amendement de coordination de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie.

## **3. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure n'est pas opposée à la transformation du dispositif initial de l'article 37 en une expérimentation dans les départements volontaires. Elle propose donc de maintenir la rédaction issue du Sénat, sous réserve de la modification à la marge des modalités de cette expérimentation.

Elle rappelle, par ailleurs, que la fusion des sections « soins » et « dépendance » est une réforme largement attendue et soutenue par le secteur des Ehpad, et appelle à ce que cette expérimentation puisse être généralisée si son succès est démontré dans les années à venir.

\*

\* \*



*Article 37 bis*

**Possibilité de renouveler son droit à l'allocation journalière de proche aidant pour chaque personne aidée au cours de la carrière**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 37 *bis* résulte de deux amendements de M. Paul Christophe et des membres du groupe Horizons et apparentés ainsi que de Mme Servane Hugues et des membres du groupe Renaissance, retenus dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

L'allocation journalière du proche aidant (AJPA) est un revenu de remplacement dont peut bénéficier un salarié ayant sollicité un congé de proche aidant afin de s'occuper d'un proche, âgé ou en situation de handicap, en perte d'autonomie.

En l'absence de dispositions conventionnelles dans la branche d'activité du salarié concerné, la durée maximale du congé de proche aidant est de trois mois. Ce congé peut être renouvelé, sans dépasser un an sur l'ensemble de la carrière du salarié. Concernant l'AJPA, l'article L. 168-9 du code de la sécurité sociale prévoit que la durée maximale d'indemnisation est de soixante-six jours sur l'ensemble de la carrière.

L'article 37 *bis* modifie ces dispositions afin de créer un droit renouvelable à l'AJPA lorsque le salarié est amené à aider plusieurs de ses proches au cours de sa carrière. Il prévoit ainsi que le droit à l'AJPA peut être renouvelé lorsque le bénéficiaire du congé de proche aidant est ouvert successivement au titre de différentes personnes aidées, sans pouvoir excéder une durée maximale d'un an sur l'ensemble de la carrière.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement qui précise que les modalités de renouvellement du droit à l'AJPA seront fixées par décret.

L'amendement du Gouvernement supprime également la référence à l'ouverture successive du bénéficiaire du congé proche aidant qui conditionnait le renouvellement du droit à l'AJPA. L'article 37 *bis* ainsi modifié prévoit dès lors que

le renouvellement de l’AJPA peut être accordé au titre de différentes personnes aidées, successivement ou simultanément.

### 3. L’avis de la rapporteure

La rapporteure propose le maintien de la rédaction issue du Sénat, dans la mesure où les modifications apportées permettent clarifier les modalités de renouvellement du droit à l’AJPA.

\*

\* \*

#### *Article 37 ter*

### **Prolongation de l’expérimentation du relayage à domicile des proches aidants**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L’article 37 *ter* résulte de quatre amendements identiques de M. Paul Christophe et ses collègues du groupe Horizons, de Mme Servane Hugues et ses collègues du groupe Renaissance, de M. Thibault Bazin et de Mme Annie Vidal, retenus dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en vertu de l’article 49, alinéa 3, de la Constitution.

L’article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d’une société de confiance, dite « loi Essoc », prévoit l’expérimentation de dérogations au droit du travail dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, afin que leurs salariés volontaires puissent effectuer des prestations de suppléance à domicile de proches aidants de personnes nécessitant une surveillance permanente, ou lorsque ces prestations sont réalisées dans le cadre de séjours dits de répit aidants-aidés.

Ces dérogations permettent l’intervention à domicile d’un seul et même professionnel auprès d’une personne en perte d’autonomie ou en situation de handicap, sur une période continue allant de 36 heures à 6 jours consécutifs.

La fin de cette expérimentation était prévue au 31 décembre 2023. L’article 37 *ter* permet sa prolongation jusqu’au 31 décembre 2024, et précise que les frais d’ingénierie et d’évaluation de l’expérimentation sont pris en charge par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA).

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie, visant à supprimer la précision relative à la prise en charge des frais d'ingénierie et d'évaluation de l'expérimentation par la CNSA, dans la mesure où l'article 53 de la loi du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, modifié par le présent article, dispose déjà que leur financement est assuré par la CNSA.

## 3. L'avis de la rapporteure

La rapporteure propose de conserver la rédaction de l'article 37 *ter* issue du Sénat, sans modification.

\*  
\* \*

### *Article 38*

#### **Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant un écart de développement**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

● L'article 38 prévoit la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce destiné à accompagner les enfants de moins de 6 ans qui présentent un handicap ou une suspicion de handicap. Il crée un parcours de prise en charge par la sécurité sociale et les complémentaires santé des bilans et des interventions que ces enfants peuvent être amenés à requérir.

Il réforme également le cadre juridique applicable au budget des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), qui occupent une place majeure dans la mise en place du nouveau parcours.

● Les amendements retenus par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, sont trois amendements rédactionnels et trois amendements de fond.

Ces amendements de fond, identiques, ont été présentés par M. Jérôme Guedj et les membres du groupe Socialistes et apparentés, par M. Sébastien

Peytavie et les membres du groupe Écologiste - NUPES ainsi que par M. Stéphane Viry et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Ils précisent que le repérage des écarts de développement chez les enfants âgés de moins de 6 ans s'appuie, en complément des examens médicaux obligatoires dont bénéficient tous les enfants, sur le bilan de santé et de prévention qui est systématiquement réalisé à l'entrée d'un mineur dans le dispositif de protection de l'enfance.

## **2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté trois amendements de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie, contre l'avis du Gouvernement.

Le premier amendement ajoute les services de l'aide sociale à l'enfance à la liste des acteurs participant au service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce, et précise que ces derniers, avec les services de l'éducation nationale, assurent le repérage des troubles chez les enfants de moins de 6 ans « dans les limites de leur compétence ».

Le deuxième amendement élargit le bénéfice du parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention précoce aux enfants de 0 à 12 ans.

Le troisième amendement précise que les plateformes de coordination et d'orientation (PCO), chargées du parcours relatif aux troubles du neuro-développement, pourront être désignées pour mettre en œuvre le parcours introduit par l'article 38.

## **3. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure propose de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture car les précisions apportées tendent à complexifier le dispositif de l'article 38 et pourraient conduire à rendre plus difficile l'articulation du parcours créé avec les parcours déjà existants pour les enfants présentant des troubles du neuro-développement ou polyhandicapés.

\*

\* \*

*Article 38 bis A (nouveau)*

**Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut juridique du service exerçant les missions d'une maison départementale des personnes handicapées**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

L'article 38 *bis* A est issu de l'adoption de deux amendements identiques de Mme Annick Petrus et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains ainsi que du Gouvernement visant à adapter, à Saint-Martin, d'une part, la composition du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie (CTCA), et d'autre part, le statut juridique du service exerçant les missions d'une maison territoriale des personnes handicapées (MTPH).

Compte tenu des caractéristiques de la collectivité d'outre-mer à compétence départementale de Saint-Martin, notamment sa taille et sa population réduites, les dispositions du code de l'action sociale et des familles ne lui permettent pas de disposer d'une MTPH. La collectivité de Saint-Martin ne bénéficie, dès lors, ni d'une dotation des services de l'État, ni de la mise à disposition d'agents pour exercer les missions d'une MTPH. À l'heure actuelle, ce sont donc les agents de la collectivité qui assurent ces missions.

L'article 38 *bis* A permet d'accorder une base légale au fonctionnement des services de la collectivité, d'en sécuriser les relations avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et de créer officiellement, à Saint-Martin, une MTPH, ce qui rendra la collectivité éligible aux concours financiers versés par la CNSA pour le fonctionnement des MDPH.

**2. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure propose de maintenir la rédaction de l'article 38 *bis* A issue du Sénat, sans modification.

<sup>0</sup> Article 38 bis B (nouveau)

**Expérimentation de dispositifs d'accueil transitoires pour les jeunes adultes en situation de handicap**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat en première lecture.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

L'article 38 bis B résulte deux amendements identiques de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie, ainsi que de M. Khalifé Khalifé et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains. Ils ont recueilli un avis défavorable du Gouvernement.

Cet article propose d'expérimenter, pendant une durée de quatre ans, l'autorisation de dispositifs d'accueil transitoires pour les jeunes adultes en situation de handicap, dans l'attente de leur admission dans un établissement pour adultes. Ces dispositifs doivent permettre de répondre aux difficultés des jeunes dits « Creton » qui sont maintenus, à l'âge adulte, dans des établissements pour enfants, faute de place dans les établissements pour adultes.

**2. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure propose la suppression de l'article 38 bis B.

En effet, si elle déplore, elle aussi, le maintien de jeunes adultes en situation de handicap dans des établissements pour enfants, elle considère que la solution proposée par le présent article ne répondra pas au besoin exprimé. En effet, l'application du présent article aurait en réalité pour effet de créer une nouvelle catégorie d'établissements sociaux et médico-sociaux à destination des personnes handicapées pour assurer la transition entre les établissements pour enfants et les établissements pour adultes, dont le statut et le fonctionnement ne sont pas précisés.

La solution à la situation dénoncée réside dans la création de places supplémentaires dans les établissements pour adultes handicapés, pour qu'il n'existe plus de jeunes dits « Creton » sur notre territoire. C'est l'engagement pris par le Président de la République et le Gouvernement dans le cadre de la Conférence nationale du handicap, et 1,5 milliard d'euros y seront consacrés d'ici 2027.

\*

\* \*

*Article 38 bis*

**Prise en charge renforcée de certains produits et prestations afin de permettre le remboursement intégral des fauteuils roulants**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

L'article 38 *bis* résulte d'un amendement de M. Sébastien Peytavie et des membres du groupe Écologiste - NUPES, retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. Il vise à modifier les conditions de prise en charge des fauteuils roulants par l'assurance maladie.

En application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux, des produits et des prestations est subordonné à leur inscription sur la liste des produits et prestations (LPP).

Depuis la réforme du « 100 % santé » en 2019, l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale précise que l'inscription sur la LPP peut distinguer, au sein d'une même catégorie de produits ou de prestations, plusieurs classes, dont l'une au moins a vocation à faire l'objet d'une prise en charge renforcée. Ces dispositions, en lien avec les articles L. 165-2 et L. 165-3 du code de la sécurité sociale, prévoient ainsi que certaines catégories de produits ou de prestations peuvent faire l'objet d'un prix maximal de vente et donner lieu à une meilleure prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, ainsi qu'à une prise en charge intégrale du reste à charge par l'assurance maladie complémentaire.

L'article 38 *bis* modifie l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que certaines catégories de produits comportant une classe unique peuvent faire l'objet d'une prise en charge renforcée. Dans la continuité des annonces de la Conférence nationale du handicap, cette modification vise à permettre la prise en charge intégrale des fauteuils roulants par l'assurance maladie et les complémentaires santé, afin de supprimer tout reste à charge pour les personnes en situation de handicap.

Toutefois, pour produire pleinement son effet, cette évolution législative devra s'articuler avec le travail déjà engagé par le Gouvernement concernant la révision de la nomenclature des fauteuils roulants, ainsi que la revalorisation et le plafonnement des prix de vente des fauteuils roulants les plus spécifiques. Selon les informations transmises à la rapporteure par le ministère des solidarités et des familles, des discussions tarifaires sont actuellement en cours avec les fabricants et

les distributeurs, et les textes réglementaires devraient être publiés avant la fin de l'année, afin que la prise en charge intégrale des fauteuils roulants puisse entrer en vigueur au cours de l'année 2024.

## **2. Les modifications adoptées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de Mme Chantal Deseyne, rapporteur pour l'autonomie.

## **3. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure propose de conserver la rédaction issue du Sénat, sans modification.

\*

\* \*

### *Article 38 ter (nouveau)*

## **Versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un complément financier de 150 millions d'euros aux départements au titre des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

L'article 38 *ter* est issu d'un amendement du Gouvernement adopté par le Sénat en première lecture. Il prévoit le versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un complément de financement de 150 millions d'euros aux départements au titre des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Le présent article précise que ce complément sera réparti entre les départements en tenant compte du niveau de financement attribué en 2023 au titre de l'APA. Toutefois, deux catégories de départements ne seront pas éligibles :

– les départements disposant du potentiel fiscal par habitant le plus élevé, ce qui permet de concentrer ces financements complémentaires sur les départements en ayant le plus besoin ;

– les départements qui n'atteindront pas un seuil de mise en œuvre de la dotation financière accordée aux services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre des actions engagées pour améliorer la qualité de prise en charge des usagers et les conditions de travail des professionnels.



## 2. L'avis de la rapporteure

La rapporteure propose le maintien de la rédaction issue du Sénat, sans modification.

Elle salue l'adoption, par le Sénat, de cet amendement du Gouvernement qui apporte un soutien financier supplémentaire aux départements. Les conditions d'éligibilité prévues doivent permettre d'encourager les départements à mettre en œuvre la dotation complémentaire dite « qualité » aux services d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette aide, alors même qu'elle est intégralement compensée par la CNSA, est en effet encore trop peu accordée par les départements.

\*

\* \*

### CHAPITRE V

#### **Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

##### *Article 39 bis*

#### **Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante servies par l'Établissement national des invalides de la marine**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption de la version issue du Sénat.

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

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l'article 49 de la Constitution, est issu de trois amendements identiques, déposés par M. Didier Le Gac (groupe Renaissance), par M. Paul Christophe et plusieurs de ses collègues du groupe Horizons et apparentés ainsi que par M. Benoît Mournet et les membres du groupe Renaissance. Il vise à sécuriser le versement par l'Établissement national des invalides de la marine (Enim) de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle de l'amiante.

● Pour mémoire, les marins bénéficient, comme toute personne salariée ou non exerçant une activité professionnelle à quelque titre que ce soit à bord d'un navire, d'un régime spécial défini à l'article L. 5511-1 du code des transports. Ce régime offre une couverture spécifique pour la maladie, la retraite ainsi que les accidents du travail et maladies professionnelles.

Ce régime est géré par l'Enim, créé en 1930 et dont l'organisation et le statut sont déterminés par le décret n° 53-953 du 30 septembre 1953 et le décret n° 2010-1009 du 30 août 2010 portant organisation administrative et financière de l'Enim, qui en a fait un établissement public administratif.

Dans le cadre de ce régime, les marins peuvent percevoir le complément de ressources, appelé aussi indemnités journalières de nourriture (IN), prestation qui a pour objet de compléter les ressources des marins suite à la reconnaissance d'une maladie en cours de navigation, d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Cette indemnité est versée par l'employeur jusqu'à un mois à compter du jour du débarquement du marin, puis par l'Enim ensuite.

L'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante est quant à elle versée par l'Enim aux marins victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante, du fait de fautes inexcusables de l'employeur (FIE) reconnues.

Dans son rapport de 2023 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, la Cour des comptes a considéré que l'imputation sur le budget d'action sanitaire et sociale de l'Enim du versement de ces deux prestations était dénuée de fondement légal. Faisant suite à cette position de la Cour des comptes, l'Enim a suspendu le versement de ces deux prestations le 10 mai 2023 s'agissant de l'indemnité journalière de nourriture, et le 1<sup>er</sup> mai 2023 s'agissant de l'allocation exceptionnelle pour maladie professionnelle liée à l'amiante.

- Le présent article apporte trois principales modifications :

- le deuxième alinéa du **II** valide le versement par l'Enim du complément de ressources, entre le 17 novembre 2017 et le 10 mai 2023, période durant laquelle le versement a été suspendu. L'objectif est d'éviter qu'une action en justice puisse conduire les bénéficiaires à devoir rembourser à l'Enim les prestations prévues, si celles-ci devaient être considérées comme versées à mauvais droit par le juge. Le premier alinéa du **III** opère la même validation pour les allocations exceptionnelles pour maladie professionnelle liée à l'amiante versées entre le 17 novembre 2017 et le 30 avril 2023 ;

- le premier alinéa du **II** ouvre droit à l'Enim de verser directement ou par l'intermédiaire de l'employeur du bénéficiaire le complément de ressources, au profit des assurés qui y avaient droit entre le 11 mai 2023 et le 31 décembre 2023, afin de pouvoir dispenser rétroactivement les montants d'aides qui auraient été attribués sans la suspension du versement du complément de ressources à compter du 11 mai 2023 ;

- enfin, le **I** donne une assise législative au versement, par l'Enim, du complément de ressources (indemnités journalières de nourriture) en modifiant l'article L. 5542-24 du code des transports régissant ce complément.

## 2. Les modifications apportées en première lecture par le Sénat

En première lecture, le Sénat a adopté, à l'initiative de Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, quatre amendements d'ordre rédactionnel et de sécurisation juridique.

## 3. L'avis du rapporteur

Le rapporteur partage l'objectif de cet article, qui permettra de sécuriser, pour le passé comme pour l'avenir, le versement des aides complémentaires aux prestations versées par l'Enim aux marins. C'est pourquoi il appelle à adopter cet article dans sa version issue du Sénat.

Il déplore cependant que ces prestations aient pu être versées, depuis 2017, sans base légale, alors même que le régime géré par l'Enim connaît aujourd'hui d'importantes difficultés financières.

\*

\* \*

### *Article 39 ter A (nouveau)*

#### **Prise en compte pour la retraite des périodes de grossesse ayant donné lieu à une inaptitude de la femme marin sous réserve de versement de cotisations**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture au Sénat.

Avis de la commission : adoption de la version issue du Sénat sans modification.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Cet article est issu de l'adoption au Sénat d'un amendement de Mme Nadège Havet et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement.

Avant 2015, les femmes marins enceintes étaient déclarées inaptes à la navigation en raison de leur état de grossesse, sans pour autant être inaptes au travail, ce qui faisait obstacle au versement d'indemnités journalières en application du décret du 17 juin 1938 relatif au régime d'assurance des marins.

Le décret du 17 juin 1938 a été modifié par le décret n° 2015-1203 du 29 septembre 2015 modifiant le décret du 17 juin 1938 relatif à la réorganisation et à l'unification du régime d'assurance des marins, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Ce décret de 2015 a mis en place les allocations journalières au titre de la maternité pour les femmes marins salariées et non-salariées avec des cotisations vieillesse prises en compte pour pension.

Toutefois, ce dispositif n'a pas bénéficié :

– pour la période de 1986 au 9 juillet 2012, aux femmes qui n’ont pas sollicité le versement d’indemnités extralégales ou n’ont pas fait de demande expresse de versement des cotisations ;

– pour la période du 10 juillet 2012 au 31 décembre 2015, aux femmes qui n’ont pas sollicité les indemnités extralégales.

● Dans ce contexte, le présent article garantit que les périodes pendant lesquelles les femmes enceintes ont été déclarées inaptes à la navigation sont prises en compte, sous réserve de versement des cotisations, au titre de l’assurance vieillesse du régime des marins. Il est précisé que sont concernées les femmes marins enceintes, déclarées inaptes avant le 1<sup>er</sup> janvier 2016, et qui n’ont pas bénéficié de prestations femme enceinte de la part de l’Établissement national des invalides de la marine au titre de l’action sociale et dont la pension n’a pas été liquidée.

## 2. L’avis du rapporteur

Le rapporteur propose d’adopter cet article sans modification.

\*

\* \*

### *Article 39 ter (nouveau)*

## **Renforcement des moyens du Fonds d’indemnisation des victimes de l’amiante pour détecter les personnes susceptibles de bénéficier des droits à l’indemnisation**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption de la version issue du Sénat sans modification.

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

Cet article, inséré par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité en application du troisième alinéa de l’article 49 de la Constitution, est issu de trois amendements identiques, déposés par M. Didier Le Gac et plusieurs de ses collègues des groupes Renaissance, Démocrate (MoDem et Indépendants), Les Républicains, Gauche démocrate et républicaine - NUPES, Horizons et apparentés et Rassemblement National, par M. Pierre Dharréville et plusieurs de ses collègues du groupe Gauche démocrate et républicaine - NUPES ainsi que par M. Sébastien Peytavie et les membres du groupe Écologiste - NUPES.

Cet amendement renforce les moyens d'action dont dispose le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (Fiva) pour détecter les personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation de ces préjudices et lutter ainsi contre le non-recours à la réparation intégrale de préjudices en lien avec l'amiante. Pour ce faire :

– le **1° modifie** l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2001 relatif au Fiva, afin d'ajouter à ses missions celle de la détection des personnes susceptibles de bénéficier du droit à l'indemnisation de ses préjudices ;

– le **2°** donne au Fiva des moyens supplémentaires dans la lutte contre le non-recours en modifiant l'article 53 de la LFSS 2001 précité et consacre un cadre de transferts de données des services de l'État, des collectivités publiques et des organismes assurant la gestion des prestations sociales ou assureurs au bénéfice du Fiva. Il est précisé qu'un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) détermine les conditions d'application du cadre du transfert de données, concernant notamment les catégories de données recueillies et les modalités de transmission et de conservation dont elles font l'objet.

## **2. Les modifications apportées en première lecture par le Sénat**

En première lecture, le Sénat a adopté cinq amendements :

– un amendement à l'initiative de Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement, visant à inclure les organismes de sécurité sociale dans la liste des entités desquelles le Fiva peut requérir des informations ou des données en vue de l'identification de bénéficiaires potentiels ;

– un amendement à l'initiative de la rapporteure, ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, visant à étendre l'obligation de destruction des données et informations personnelles portant sur des personnes non consentantes ou non éligibles aux prestations du Fiva à l'ensemble des données détenues sur ces publics, et non aux seules données obtenues après la première communication ;

– trois amendements d'ordre rédactionnel à l'initiative de la rapporteure.

## **3. L'avis du rapporteur**

Le rapporteur ne peut que se réjouir de l'adoption de cet article, qui devrait permettre d'améliorer le recours aux droits des victimes de l'amiante, qui constitue un élément majeur de préoccupation. Il considère par ailleurs que les modifications apportées par le Sénat sont bienvenues.

Le rapporteur appelle donc à adopter cet amendement dans sa version issue du Sénat.

CHAPITRE VI  
**Poursuivre la transformation du système de retraites**

*Article 40*

**Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis du rapporteur : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● Le présent article adapte le calendrier d'application du report de l'âge d'ouverture des droits à la retraite applicable aux assurés des régimes de retraite de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon afin de tenir compte de leur trajectoire de convergence avec le droit commun.

Il permet en outre d'étendre certaines avancées de la réforme des retraites à ces territoires, en particulier l'assurance vieillesse des aidants (AVA) qui n'est en l'état pas applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Enfin, il tire les conséquences législatives rendues nécessaires par la réforme des retraites pour maintenir l'âge d'annulation de la décote à 67 ans pour les assurés mahorais et leur étendre le bénéfice du nouvel âge de départ anticipé au titre de la retraite pour inaptitude.

Compte tenu du faible montant des dépenses de retraite dans ces régimes, le décalage de l'application du report de l'âge légal aurait un impact marginal sur le solde de la branche vieillesse, de l'ordre de 500 000 euros en 2024 et de 800 000 euros à partir de 2027.

De même, l'application de l'AVA à Saint-Pierre-et-Miquelon entraîne une dépense très faible pour la branche autonomie qui prend en charge le coût des cotisations versées par la caisse de prévoyance sociale. Cette dépense est estimée à moins de 100 000 euros par an.

● Un amendement du rapporteur, d'ordre rédactionnel, a été retenu par le Gouvernement.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté un amendement de précision et un amendement rédactionnel de la commission. Il a par ailleurs adopté un amendement de la commission, avec avis favorable du Gouvernement, pour adapter les modalités

d'application de plusieurs dispositifs résultant de la dernière réforme des retraites aux spécificités du régime saint-pierrais :

– le cumul emploi-retraite intégral <sup>(1)</sup> ;

– la retraite progressive <sup>(2)</sup> ;

– la surcote parentale ouverte aux assurés bénéficiant d'au moins un trimestre de majoration de durée d'assurance pour enfant (au titre de la maternité, de l'éducation ou de l'adoption), après avoir atteint la durée d'assurance requise pour obtenir le taux plein pour leur génération et pour chaque trimestre supplémentaire accompli entre 63 ans et 64 ans <sup>(3)</sup> ;

– la possibilité reconnue aux élus locaux d'effectuer des rachats de trimestres au titre des périodes pendant lesquelles ils étaient élus <sup>(4)</sup> ;

– la pension d'orphelin <sup>(5)</sup>.

L'amendement apporte également une précision sur le champ d'application du seuil spécifique de récupération sur succession de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) applicable en outre-mer tel qu'il résulte de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. L'article L. 815-13 du code de la sécurité sociale prévoit en effet son application à Mayotte alors que l'Aspa ne s'y applique pas dans la mesure où le minimum vieillesse y prend la forme d'une allocation spéciale pour les personnes âgées distincte du droit commun.

### 3. L'avis du rapporteur

● Le rapporteur propose d'adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat, qui complète les mesures permettant l'application de la réforme des retraites à nos concitoyens de Saint-Pierre-et-Miquelon.

\*

\* \*

---

(1) Article L. 161-22 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 351-1-2-1 du code de la sécurité sociale.

(4) 4° de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 358-1 du code de la sécurité sociale.

*Article 40 bis A (nouveau)*

**Extension de la surcote parentale aux fonctionnaires bénéficiant d'une majoration de durée d'assurance au titre du congé parental**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la version adoptée par le Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 40 bis A est issu d'un amendement déposé par le Gouvernement et ayant reçu un avis favorable de la commission.

Il étend le bénéfice de la surcote accordée en raison de la parentalité aux fonctionnaires ayant été placés en congé parental afin d'aligner leurs conditions d'accès à ce dispositif sur celles applicables aux assurés du régime général.

● L'article 11 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a créé une majoration de pension ouverte aux pères et mères de famille bénéficiant d'une pension de retraite à taux plein <sup>(1)</sup>.

Plus précisément, peuvent y prétendre les assurés ayant bénéficié d'une majoration de durée d'assurance due au titre :

– de la maternité, de la grossesse et de l'accouchement, de l'éducation ou de l'adoption <sup>(2)</sup> ;

– de l'éducation d'un enfant en situation de handicap éligible à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé <sup>(3)</sup> ;

– des périodes au cours desquelles ils étaient en congé parental <sup>(4)</sup>.

Pour bénéficier de cette surcote parentale, les retraités doivent en outre avoir validé une durée d'assurance au moins égale à la durée minimale requise pour le bénéfice du taux plein (soit 172 trimestres pour les personnes nées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1965).

La surcote accordée en raison de la parentalité correspond à une augmentation de la pension de retraite de base de 1,25 % par trimestre supplémentaire accompli entre 63 et 64 ans, soit 5 % sur un an au maximum.

---

(1) Article L. 351-1-2-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 351-14 du code de la sécurité sociale.

(3) Article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 351-5 du code de la sécurité sociale.



- Cette surcote s’applique également au régime de la fonction publique d’État <sup>(1)</sup>. Toutefois, le code des pensions civiles et militaires de retraite ne prévoit pas l’éligibilité des parents qui bénéficient d’une majoration de durée d’assurance au titre des périodes au cours desquelles ils étaient en congé parental <sup>(2)</sup>.

L’article 40 *bis* A corrige cette situation afin d’améliorer l’équité entre les différents régimes de retraite.

## 2. L’avis du rapporteur

- Le rapporteur est favorable à cette mesure et propose d’adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 40 bis B (nouveau)*

#### **Interdiction du cumul de la surcote de droit commun et de la surcote parentale au titre de la même année pour les fonctionnaires**

Origine de l’article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la version adoptée par le Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L’article 40 *bis* B résulte de l’adoption d’un amendement déposé par le Gouvernement et ayant reçu un avis favorable de la commission.

- La création d’une surcote parentale <sup>(3)</sup> par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a créé une situation dans laquelle certains fonctionnaires peuvent prétendre, au titre de la même année, au cumul de la prise en compte de cette surcote avec celle de la surcote de droit commun bénéficiant à ceux qui continuent de travailler au-delà de l’âge de départ minimal en ayant un nombre de trimestres d’assurance supérieur au nombre exigé pour une retraite à temps plein.

L’exposé sommaire de l’amendement du Gouvernement précise que les fonctionnaires concernés sont les suivants :

– ceux appartenant aux générations nées entre 1964 et 1972 et occupant un emploi classé en catégorie active, c’est-à-dire un emploi présentant un risque particulier ou des fatigues exceptionnelles justifiant un départ anticipé à la retraite ;

---

(1) IV de l’article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(2) b du I de l’article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

(3) Voir commentaire de l’article 40 bis A.

– ceux appartenant aux générations nées entre 1964 et 1977 et occupant un emploi en catégorie super-active.

Cette faculté de cumul est une anomalie au regard de la situation des assurés du régime général et des autres fonctionnaires. Elle est par ailleurs contraire à l'esprit même de cette surcote parentale dont l'objectif est précisément de compenser pour les mères et les pères, la possible perte du bénéfice de la surcote de droit commun du fait du report de l'âge de départ à la retraite.

● L'article 40 *bis* B corrige cette anomalie en précisant à l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite que ces deux majorations ne peuvent pas être cumulées.

## 2. L'avis du rapporteur

● Le rapporteur est favorable à cette mesure et propose d'adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat.

\*

\* \*

### *Article 40 bis C (nouveau)*

#### **Modalités de prise en compte des trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer ou de l'assurance vieillesse des aidants pour l'attribution des minima de pensions des polypensionnés**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la version adoptée par le Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 40 *bis* C résulte de l'adoption d'un amendement déposé par le Gouvernement et ayant reçu un avis favorable de la commission. Il précise les modalités selon lesquelles les trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) ou de l'assurance vieillesse des aidants (AVA) sont pris en compte pour déterminer l'attribution des minima de pension des personnes polypensionnées, c'est-à-dire celles qui bénéficient de pensions de retraite servies par plusieurs régimes.

● Le minimum contributif (Mico) permet aux retraités modestes du régime général bénéficiant du taux plein d'obtenir un complément de pension lorsque le montant de la pension de retraite qu'ils touchent du régime général n'excède pas

709,13 euros par mois <sup>(1)</sup>. Ce montant est proratisé en fonction de la durée d'assurance effectuée dans le régime général.

Le Mico est majoré pour les assurés justifiant d'une durée d'assurance cotisée au moins égale à 120 trimestres. Grâce à la réforme des retraites, le montant du Mico majoré pour une personne justifiant d'une carrière complète a été augmenté de 100 euros par mois. Il est fixé à 847,57 euros depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023 et fait également l'objet d'une proratisation.

Un dispositif similaire existe dans le régime de la fonction publique d'État : le minimum garanti (Miga) <sup>(2)</sup>.

Les personnes polypensionnées ayant été affiliées durant leur carrière à la fois au régime général et au régime de la fonction publique d'État peuvent bénéficier à la fois du Mico et du Miga si elles en remplissent les conditions d'éligibilité. Le montant versé par chaque régime est néanmoins proratisé en fonction de la durée d'assurance ou de la période de services effectifs que l'assuré a réalisé dans chacun de ces régimes.

- Outre l'augmentation du Mico, l'article 18 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a permis la prise en compte d'une partie des trimestres validés au titre de l'AVPF ou de l'AVA dans la durée cotisée permettant de déterminer l'éligibilité au Mico majoré et de calculer son montant ainsi que comme périodes de services effectifs entrant dans le calcul du Miga. C'est une avancée importante, en particulier pour les mères de famille et pour les proches aidants.

Toutefois, le droit actuel permet que ces périodes soient prises en compte, pour une même carrière, à la fois dans le calcul du Mico majoré et dans celui du Miga. Une personne polypensionnée pourrait ainsi bénéficier deux fois d'un même trimestre validé au titre de l'AVPF ou de l'AVA, ce qui n'est, par construction, pas possible pour une personne ayant fait toute sa carrière dans le secteur privé ou dans la fonction publique.

- Afin de régler cette situation inéquitable, l'article 40 *bis* C renvoie à un décret le soin de déterminer les conditions dans lesquelles les trimestres AVPF et AVA validés dans un autre régime peuvent être pris en compte pour l'attribution du Mico majoré.

## **2. L'avis du rapporteur**

- Le rapporteur est favorable à cette mesure et propose d'adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat.

---

(1) Article L. 351-10 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

*Article 40 bis*

**Adaptation du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable au régime de la fonction publique d'État**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis du rapporteur : maintien de la rédaction du Sénat.

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

● L'article 40 *bis* est issu d'un amendement déposé par M. Philippe Berta et les membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants).

Il permet d'étendre aux fonctionnaires l'allongement du délai de rachat au tarif préférentiel de trimestres d'études supérieures résultant de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

● L'article 10 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 <sup>(1)</sup> a modifié les conditions dans lesquelles le pouvoir réglementaire peut définir un tarif préférentiel pour le rachat des trimestres d'études supérieures dans le cadre du dispositif de versement pour la retraite du régime général. L'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale permet en effet aux assurés de racheter certains trimestres de retraite non validés en contrepartie du versement rétroactif de cotisations dans des conditions qui permettent de garantir la neutralité actuarielle de l'opération. Parmi les périodes éligibles à un tel rachat, se trouvent notamment les périodes d'études supérieures.

Auparavant, le II de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale prévoyait qu'un tel tarif préférentiel n'était ouvert qu'aux assurés présentant leur demande de versement pour la retraite dans un délai de dix ans à compter de la fin de leurs études. Pour les demandes présentées à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2023, la limite n'est plus définie en fonction de la date de fin des études mais par rapport à l'âge de l'assuré. Si la loi prévoit que cet âge ne peut être inférieur à 30 ans, le décret d'application a fixé la limite permettant de bénéficier de ce tarif préférentiel au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint son quarantième anniversaire <sup>(2)</sup>.

● Dans un souci d'équité, l'article 40 *bis* étend l'application de ces nouvelles règles au régime de la fonction publique d'État qui prévoit un dispositif similaire de rachat de trimestres. Il modifie à cette fin l'article L. 9 *bis* du code des

---

(1) Loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Article D. 351-14-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du décret n° 2023-800 du 21 août 2023.

pensions civiles et militaires de retraite en reprenant la nouvelle rédaction de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

● Le Sénat a adopté cet article moyennant l'ajout de deux amendements rédactionnels de la commission.

## **3. L'avis du rapporteur**

● La mesure portée par le présent article améliore l'équité entre fonctionnaires et salariés du secteur privé en matière de rachat de trimestres, objectif auquel souscrit le rapporteur, lequel propose de l'adopter dans la rédaction transmise par le Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 40 quater* **Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés et les mandataires sociaux**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis du rapporteur : maintien de la version adoptée par le Sénat.

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

● L'article 40 *quater* résulte de l'adoption d'un amendement déposé par le rapporteur en séance publique à l'Assemblée nationale.

Il apporte plusieurs modifications aux règles permettant de bénéficier de la retraite progressive telles qu'elles résultent de l'adoption de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

● L'article 26 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 modifie le cadre juridique applicable en matière de retraite progressive. La retraite progressive est un dispositif créé en 1988 <sup>(1)</sup> qui permet aux assurés réduisant leur activité de demander la liquidation provisoire de leur pension de retraite et de bénéficier d'une fraction de cette pension. L'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale prévoit que le bénéfice de la retraite progressive est conditionné à l'atteinte d'un âge fixé par décret à deux ans avant l'âge légal

---

(1) Article 2 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale.

d'ouverture des droits à la retraite <sup>(1)</sup>, soit 62 ans aux termes du calendrier de report de l'âge de départ à la retraite résultant de la réforme des retraites. L'assuré qui souhaite bénéficier d'une retraite progressive doit demander la liquidation provisoire de sa pension et fournir à la caisse dont il relève son contrat de travail attestant qu'il travaille à temps réduit ou à temps partiel.

Or, le code du travail <sup>(2)</sup> prévoit que le salarié ne peut effectuer sa demande de passage à temps réduit pour le bénéfice de la retraite progressive qu'à compter de la date à laquelle il atteint l'âge d'éligibilité à la retraite progressive. En pratique, et compte tenu du délai entre le moment où peut intervenir cette demande et l'accord de l'employeur, il résulte du droit en vigueur que le bénéfice de la retraite progressive n'est pas accessible dès l'âge auquel l'assuré est censé y avoir droit.

Pour corriger ce problème, l'article 40 *quater* modifie les articles L. 3121-60-1 et L. 3123-4-1 du code du travail pour prévoir que le salarié puisse demander à son employeur à passer à temps réduit ou à temps partiel dès qu'il souhaite pouvoir bénéficier de ce dispositif.

● La réforme de 2023 a permis d'étendre le bénéfice de la retraite progressive aux assurés des régimes spéciaux, aux professionnels libéraux, aux avocats et aux fonctionnaires, ce qui a supposé une refonte générale des articles du code de la sécurité sociale la régissant. La réécriture des dispositions législatives applicables en matière de retraite progressive a néanmoins conduit à fermer accidentellement son accès aux non-salariés dont l'activité est soumise à quotité de travail <sup>(3)</sup>.

L'article 40 *quater* rétablit cette possibilité qui concerne notamment les mandataires sociaux assimilés salariés :

- les gérants égalitaires ou minoritaires des sociétés à responsabilité limitée (SARL) et des sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée (Selarl) ;

- les présidents du conseil d'administration, des directeurs généraux et des directeurs généraux délégués des sociétés anonymes (SA) et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme (Selafa) ;

- les directeurs généraux et les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées (SAS) et des sociétés d'exercice libéral par actions simplifiées (Selas).

● Enfin, l'article 40 *quater* rend inéligibles à la retraite progressive les assurés qui bénéficient d'un avantage de préretraite afin d'éviter que la sécurité sociale finance une partie de cet avantage dans le cadre de la retraite progressive.

---

(1) Article D. 161-2-24 du code de la sécurité sociale.

(2) Articles L. 3123-4-1 et L. 3121-60-1 du code du travail.

(3) 1° de l'article L. 161-22-1-5 du code de la sécurité sociale.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● Le Sénat a adopté cet article moyennant l'ajout d'un amendement rédactionnel de la commission.

## 3. L'avis du rapporteur

● Le rapporteur propose d'adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 40 sexies*

## **Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de la prime de feu des sapeurs-pompiers professionnels**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis du rapporteur : maintien de la version adoptée par le Sénat.

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

● L'article 40 *sexies* issu d'amendements identiques déposés en séance publique à l'Assemblée nationale par M. Jean-Marie Fiévet et les membres du groupe Renaissance, M. Didier Lemaire et les membres du groupe Horizons et apparentés ainsi que par M. Pierre Morel-À-L'Huissier et plusieurs de ses collègues du groupe Libertés, Indépendants, Outre-mer et Territoires.

Il supprime la clause d'achèvement de la carrière pour la liquidation de la prime de feu des sapeurs-pompiers volontaires.

● Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1991, la prime de feu est un dispositif spécifique de compensation de la pénibilité du métier de sapeur-pompier professionnel qui permet, sous certaines conditions, de majorer la pension qu'ils touchent à la retraite par la prise en compte de l'indemnité de feu qu'ils perçoivent lors de leur carrière. Concrètement, cette majoration est déterminée sur la base du taux d'un montant fixé en pourcentage du traitement soumis à retenue pour pension <sup>(1)</sup>. Ce pourcentage a été revalorisé en 2020 et est désormais fixé à 25 %.

En l'état actuel du droit, et en application de ce qu'il convient d'appeler la « clause d'achèvement », la liquidation de la prime de feu n'est possible que pour

---

(1) Article 17 de la loi n° 90-1067 du 28 novembre 1990 relative à la fonction publique territoriale et portant modification de certains articles du code des communes.

les fonctionnaires qui achèvent leur carrière en tant que sapeurs-pompiers, à l'exclusion des anciens sapeurs-pompiers qui ont changé de voie professionnelle.

- L'article 40 *sexies* supprime cette clause en précisant explicitement que la prime de feu est ouverte aux anciens fonctionnaires ayant occupé des emplois de sapeur-pompier professionnel. La jouissance de cette prime de feu serait différée jusqu'à l'âge de 59 ans, c'est-à-dire l'âge de départ à la retraite des sapeurs-pompiers.

Par dérogation, l'article ouvre par ailleurs la possibilité aux sapeurs-pompiers et anciens sapeurs-pompiers nés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1966 de bénéficier de cette prime de feu dès l'âge de 57 ans, cet âge évoluant au même rythme que l'âge de départ à la retraite pour atteindre 59 ans pour les assurés nés le 1<sup>er</sup> janvier 1973.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

- Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la commission. Il a également adopté un amendement de la commission visant à mettre en cohérence l'évolution de l'âge d'entrée en jouissance de la prime de feu avec l'évolution de l'âge de départ en retraite anticipée applicable aux sapeurs-pompiers professionnels en application de la réforme des retraites.

## **3. L'avis du rapporteur**

- Le rapporteur salue l'initiative prise par les députés auteurs de cet article qui témoigne d'une véritable reconnaissance pour l'engagement de nos sapeurs-pompiers professionnels. Il propose d'adopter cet article dans la rédaction transmise par le Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 40 septies (nouveau)*

#### **Affectation au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle d'une mission de prévention de l'exposition aux agents chimiques dangereux**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : suppression.

## **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

- L'article 40 *septies* résulte de l'adoption en séance publique au Sénat d'un amendement déposé par Mme Guylène Pantel et plusieurs de ses collègues du



groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen. Il a reçu un avis favorable de la commission mais défavorable du Gouvernement.

Il intègre les agents chimiques dangereux parmi les facteurs de risque professionnels entrant dans le périmètre d'action du fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (Fipu).

● Créé par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 <sup>(1)</sup>, le Fipu a pour mission de participer au financement, par les employeurs, d'actions de sensibilisation, de prévention, de formation, de reconversion et de prévention de la désinsertion professionnelle au profit de salariés particulièrement exposés aux trois facteurs de risques professionnels mentionnés au 1<sup>o</sup> de l'article L. 4261-1 du code du travail <sup>(2)</sup> :

- la manutention manuelle de charges ;
- les contraintes posturales ;
- les vibrations mécaniques.

Placé auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie et doté de 1 milliard d'euros sur la période 2023-2027, le Fipu a ainsi vocation à limiter l'exposition des salariés aux facteurs de risques ergonomiques qui sont les principales causes de développement des troubles musculo-squelettiques. Compte tenu de la complexité qui s'attache à la mesure de l'exposition à ces facteurs de risques salarié par salarié, ils ont été exclus du champ d'application du compte personnel de prévention de la pénibilité (C3P) lors de sa transformation en compte professionnel de prévention (C2P) <sup>(3)</sup>.

● L'article 40 *septies* étend le périmètre d'action du Fipu aux agents chimiques dangereux, lesquels ne bénéficient pas non plus d'une prise en compte dans le cadre du C2P. Cette proposition avait déjà été adoptée par les sénateurs lors de l'examen en première lecture du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 mais avait été supprimée dans le texte issu des travaux de la commission mixte paritaire.

## 2. L'avis du rapporteur

● Le rapporteur n'est pas favorable à l'extension du périmètre d'action du Fipu aux agents chimiques dangereux. D'une part car elle présente le risque de réduire l'efficacité de la lutte contre l'exposition aux facteurs de risques ergonomiques par la diversion des crédits qui lui sont octroyés.

---

(1) Article 17 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

(2) Article L. 221-1-5 du code de la sécurité sociale.

(3) Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

D'autre part car il lui apparaît que la question de la prévention à l'exposition doit plutôt être traitée par la réglementation, les normes et les interdictions. C'est le sens des mesures prévues par le quatrième plan national de santé au travail, dont l'action 2.1 traduit les engagements du Gouvernement en la matière <sup>(1)</sup>. Les petites entreprises peuvent d'ailleurs obtenir des subventions de l'assurance maladie à ce titre. L'on rappellera également que les entreprises sont déjà soumises à des obligations de protection individuelle et collective. Le Fipu n'a pas vocation à se substituer à l'employeur pour le financement des équipements individuels.

Enfin, la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour la période 2023-2027 devrait consacrer d'importants efforts financiers à l'accompagnement de la prévention de l'exposition aux agents chimiques dangereux.

- Pour ces raisons, le rapporteur propose de supprimer cet article.

\*

\* \*

#### *Article 40 octies (nouveau)*

### **Extension aux délégués des collectivités membres d'un établissement public de coopération intercommunale de la possibilité de cotiser sur leurs indemnités de fonction.**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la rédaction du Sénat.

#### **1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 40 *octies* est issu d'amendements identiques déposés en séance publique au Sénat par Mme Sylvie Vermeillet et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste, par M. Éric Kerrouche et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain ainsi que par le Gouvernement.

Il rectifie une omission de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 au sujet de la faculté que cette loi a ouverte aux élus locaux de cotiser sur leurs indemnités de fonction afin de se constituer des droits à la retraite.

● Avant l'adoption de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, seuls les élus locaux dont les indemnités dépassaient 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale (Pass) <sup>(2)</sup> ou ceux d'entre eux qui, exerçant des

---

(1) *Quatrième plan national de santé au travail présenté le mardi 14 décembre 2021 au Conseil national d'orientation des conditions de travail.*

(2) *Le Pass étant fixé à 43 992 euros en 2023, le seuil correspondant à 21 996 euros au moment de l'entrée en vigueur de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023, soit 1 833 euros par mois.*

fonctions exécutives locales <sup>(1)</sup>, avaient cessé toute activité professionnelle pour exercer leur mandat <sup>(2)</sup>, étaient assujettis au versement de cotisations sur ces indemnités <sup>(3)</sup>.

Les élus des plus petites collectivités locales dont l'indemnité était inférieure à 1 833 euros par mois et qui exerçaient un métier en plus de leur mandat ne payaient donc aucune cotisation sur cette indemnité et ne se constituaient pas de droits à la retraite au titre de leur fonction d' élu local.

Dans un objectif de revalorisation des mandats locaux et face à une crise de l'engagement politique, l'article 23 de la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 a créé la possibilité, pour les élus locaux dont les indemnités étaient inférieures à 50 % du Pass, d'opter pour le versement de cotisations sur ces indemnités.

- La rédaction actuelle de l'article L. 382-31 du code de la sécurité sociale ne conduit à ouvrir cette faculté qu'aux élus des collectivités territoriales. S'en trouvent donc exclus les délégués de ces collectivités territoriales membres d'un établissement public de coopération intercommunale (EPCI).

L'article 40 *octies* corrige cet oubli afin de permettre aux élus des intercommunalités de choisir de cotiser sur leurs indemnités s'ils le souhaitent.

## 2. L'avis du rapporteur

- Le rapporteur est naturellement favorable à une évolution qui vise à renforcer l'attractivité du mandat des délégués des communes au sein des EPCI et en particulier de ceux qui sont contraints de cumuler leur engagement local avec un autre métier, parfois à temps partiel. Cette mesure s'inscrit par ailleurs dans le prolongement des engagements de la représentation nationale en faveur de la revitalisation de la fonction publique locale et dont le dernier exemple en date est la proposition de loi visant à revaloriser le métier de secrétaire de mairie, adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 14 novembre 2023 <sup>(4)</sup>.

- Pour cette raison, le rapporteur propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

---

(1) *Maires ou présidents de l'exécutif local et leurs adjoints.*

(2) *Et n'étaient à ce titre affiliés à aucun régime de sécurité sociale.*

(3) *Article L. 382-31 du code de la sécurité sociale.*

(4) *Proposition de loi, adoptée par le Sénat, visant à revaloriser le métier de secrétaire de mairie, n° 1361, déposée le jeudi 15 juin 2023.*

*Article 40 nonies (nouveau)*

**Fixation par décret du taux d'incapacité permanente ouvrant droit au bénéfice d'une pension d'orphelin sans condition d'âge**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la rédaction du Sénat.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

● L'article 40 *nonies* résulte de l'adoption par le Sénat d'un amendement de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, ayant reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement et sous-amendé par les présidents Bruno Retailleau et Philippe Mouiller (groupe Les Républicains).

Il modifie les conditions de fixation du taux d'incapacité permanente ouvrant droit au bénéfice d'une pension d'orphelin sans condition d'âge.

● L'article 18 de la loi de financement rectificative pour 2023 a créé une pension de réversion au bénéfice des orphelins en cas de décès ou de disparition de leurs parents <sup>(1)</sup>.

Cette pension, dont le montant est égal à 54 % du montant de la pension principale dont bénéficiait ou aurait bénéficié l'assuré décédé ou disparu <sup>(2)</sup>, est ouverte aux orphelins en principe jusqu'à l'âge de 21 ans. Cet âge peut néanmoins être modulé en fonction du revenu de l'orphelin <sup>(3)</sup> et de sa situation au regard du handicap.

S'agissant plus spécifiquement des orphelins en situation de handicap, la pension d'orphelin est ainsi due sans condition d'âge si le bénéficiaire justifie, avant 21 ans, d'une incapacité permanente au moins égale à 80 % <sup>(4)</sup>. Ce taux est fixé par la loi, par référence à celui ouvrant droit au bénéfice de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), sans condition de durée <sup>(5)</sup>. Elle est reconnue par les maisons départementales des personnes handicapées.

La rédaction actuelle du code de la sécurité sociale ne permet pas d'écarter l'application de la limite d'âge pour les orphelins en situation de handicap dont le taux est inférieur à 80 %.

---

(1) Article L. 358-1 du code de la sécurité sociale.

(2) Article D. 358-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Les orphelins dont les revenus d'activité n'excèdent pas 55 % du Smic peuvent toucher la pension d'orphelin jusqu'à l'âge de 25 ans.

(4) Article L. 358-5 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 821-1 du code de la sécurité sociale.

Dans le but d'élargir le champ d'application du bénéfice de la pension d'orphelin sans limite d'âge, l'article 40 *nonies* modifie l'article L. 358-5 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le taux d'incapacité permanente ouvrant droit à cette dérogation soit fixé par décret. Concrètement, et comme en témoignent les débats tenus en séance publique au Sénat, cette nouvelle rédaction devrait permettre d'appliquer cette dérogation aux bénéficiaires de l'AAH-2, c'est-à-dire ceux qui présentent un taux d'incapacité permanente compris entre 50 % et 79 % et qui connaissent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi <sup>(1)</sup>.

## 2. L'avis du rapporteur

- Le rapporteur salue cette initiative à laquelle il est favorable. Il relève en outre qu'elle est cohérente avec les dispositions de l'article 40 *decies*, qui visent à étendre le bénéfice de la pension d'orphelin aux assurés d'autres régimes d'assurance vieillesse.

- Le rapporteur propose donc d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*  
\* \*

### *Article 40 decies (nouveau)*

## **Extension du bénéfice de la pension d'orphelin aux travailleurs indépendants, professionnels libéraux, non-salariés agricoles et ministres des cultes**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis du rapporteur : maintien de la rédaction du Sénat.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

- L'article 40 *decies* résulte de l'adoption par le Sénat d'amendements identiques du Gouvernement ainsi que du président Bruno Retailleau et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Il étend le bénéfice de la pension d'orphelin du régime général aux travailleurs indépendants, professionnels libéraux, non-salariés agricoles et ministres des cultes <sup>(2)</sup>.

- Les principales caractéristiques du fonctionnement de la pension d'orphelin étant présentées par le rapporteur dans le commentaire de l'article

---

(1) Article L. 821-2 du code de la sécurité sociale.

(2) Le fonctionnement de la pension d'orphelin est présenté dans le commentaire de l'article 40 *nonies*.

40 *nonies*, le présent commentaire se contentera de présenter les dispositions de l'article 40 *decies*.

Aujourd'hui, seul les assurés du régime général peuvent bénéficier de la nouvelle pension d'orphelin créée par l'article 18 de la loi de financement rectificative pour 2023.

Dans le but de renforcer l'équité au sein du système de retraites, l'article 40 *decies* étend l'application de ce dispositif aux assurés d'autres régimes de sécurité sociale :

– aux non-salariés agricoles par la création d'un nouvel article L. 732-54-5 dans le code rural et de la pêche maritime ;

– aux ministres des cultes par la modification de l'article L. 382-27 du code de la sécurité sociale ;

– aux travailleurs indépendants et professionnels libéraux par la modification de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale.

L'on notera que les fonctionnaires ne sont pas inclus dans le champ de cette extension dans la mesure où ils bénéficient déjà d'un dispositif similaire qui préexistait à la réforme des retraites d'avril 2023 <sup>(1)</sup>.

## 2. L'avis du rapporteur

● Particulièrement attaché à l'équité entre assurés des différents régimes de retraite, le rapporteur est favorable à cet article qui contribue à la renforcer, dans un sens favorable aux droits de nos concitoyens.

● Le rapporteur propose donc d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

\*

\* \*

---

(1) Article L. 40 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

*Article 40 undecies (nouveau)*

**Rendre obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2027 le contrôle biométrique des certificats d'existence pour les retraités résidant à l'étranger**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

**1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture**

Le présent article est issu d'un amendement de la commission ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement.

L'article 1983 du code civil énonce le principe général selon lequel le paiement d'une rente viagère est subordonné à la certitude de l'existence du bénéficiaire. Plus spécifiquement, l'article L. 161-24 du code de la sécurité sociale prévoit que les bénéficiaires d'une pension de vieillesse d'un régime de retraite obligatoire résidant hors de France métropolitaine et des régions, départements et collectivités d'outre-mer doivent justifier chaque année de leur existence <sup>(1)</sup>. Pour rappel, environ 1 400 000 bénéficiaires d'une pension de retraite servie par un régime de sécurité sociale français résident à l'étranger.

Cette preuve est actuellement apportée au moyen d'un certificat d'existence délivré par les autorités consulaires françaises à l'issue d'un entretien avec le bénéficiaire. Ce document est ensuite envoyé par le bénéficiaire à sa caisse d'affiliation, par voie postale. Les modalités de mise en œuvre de cette procédure ont pu sembler imparfaites, dans la mesure où son accomplissement implique de la part de personnes âgées des déplacements qui peuvent être difficiles à réaliser. En outre, la bonne transmission du document est tributaire de l'état du réseau postal du pays de résidence.

Aussi l'article 104 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 a-t-il institué une modalité alternative permettant d'apporter la preuve d'existence requise par les dispositions susmentionnées. Ainsi, aux termes de l'article L. 161-24-1 du code de la sécurité sociale, l'existence du bénéficiaire peut être établie par l'utilisation de dispositifs techniques permettant l'usage de données biométriques. Les conditions de mise en œuvre de cette disposition ont depuis été précisées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil) <sup>(2)</sup>. Le dispositif de vérification repose sur un système de reconnaissance faciale, sous la forme d'une application qui doit être installée sur un équipement mobile du bénéficiaire.

---

(1) *Guadeloupe, Martinique, La Réunion, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Mayotte, Polynésie française, Saint-Pierre-et-Miquelon.*

(2) *Décret n° 2023-688 du 28 juillet 2023 autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel pour le contrôle de l'existence des bénéficiaires d'une pension de vieillesse résidant à l'étranger.*

Les 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> du I du présent article tendent à rendre obligatoire le recours à un tel dispositif, qui revêt actuellement un caractère facultatif.

Le 4<sup>o</sup> du I concerne les résidents des pays dépourvus de titres d'identité biométriques, dans lesquels les conditions de mise en œuvre de ce contrôle ne sont pas réunies. Il renvoie à un décret en Conseil d'État la détermination des modalités d'administration de la preuve d'existence dans ces pays.

Le II fixe la date d'entrée en vigueur de l'article au 1<sup>er</sup> janvier 2027.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale propose à la commission de supprimer cet article. En effet, le dispositif adopté par le Sénat comporte un risque au regard de l'accessibilité du dispositif pour les bénéficiaires d'une pension de retraite résidant à l'étranger. Dans son avis du 9 juin 2022, la Cnil estime qu'environ 700 000 d'entre eux pourraient connaître des difficultés dans la mise en œuvre de la vérification d'identité en raison des disparités d'accès aux équipements numériques <sup>(1)</sup>. Dans la mesure où il pourrait rendre impossible l'application effective de leurs droits par les assurés sociaux, le dispositif proposé par le présent article comporte un important risque contentieux pour les pouvoirs publics.

\*

\* \*

### *Article 40 duodecies (nouveau)*

#### **Communication entre les organismes de protection sociale et l'État des données relatives à la domiciliation des bénéficiaires de prestations sociales**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : maintien.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le présent article est issu d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ayant reçu un avis défavorable de la commission et du Gouvernement. Il tend à permettre l'échange d'informations entre les organismes de protection sociale et plusieurs autres administrations publiques aux fins d'établir les références du domicile des bénéficiaires de prestations dans le cadre du contrôle.

---

(1) Délibération n° 2022-068 du 9 juin 2022 portant avis sur un projet de décret autorisant la création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel pour le contrôle de l'existence des bénéficiaires d'une pension de vieillesse résidant à l'étranger (demande d'avis n° 22003356).



L'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale prévoit un échange d'informations entre les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations sociales, les caisses assurant le service des congés payés, Pôle emploi et les administrations de l'État. Il dispose notamment que ces administrations et organismes peuvent s'échanger tous les renseignements permettant d'établir le respect des conditions de résidence prévues pour l'ouverture des droits et le service des prestations.

Le présent article tend à compléter la liste des cas dans lesquels un tel échange d'informations peut intervenir. Il prévoit ainsi que cet échange peut porter sur les renseignements qui « *permettent d'établir les références du domicile nécessaires au contrôle* ». Le dispositif proposé tend notamment à répondre aux cas où des bénéficiaires de prestations, étant domiciliés dans plusieurs départements à la fois, perçoivent au titre de chacune de leurs domiciliations une prestation qui, au regard des conditions normales de versement de celles-ci, ne leur serait due qu'à une seule reprise.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

● La rapporteure générale partage l'intention des auteurs de l'amendement et propose de conserver cet article introduit par le Sénat, sous réserve de modifications tendant à préciser sa portée.

\*

\* \*

### *Article 40 terdecies (nouveau)*

#### **Intégration des agents des conseils départementaux aux échanges d'informations entre les agents de l'État et des organismes de protection sociale à des fins de lutte contre la fraude**

Origine de l'article : amendement adopté par le Sénat.

Avis de la commission : maintien.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● Le présent article est issu d'un amendement de Mme Nathalie Goulet et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ayant reçu un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

● Le premier alinéa de l'article L. 114-16-1 du code de la sécurité sociale dispose que « *les agents de l'État ou des organismes de protection sociale sont habilités à s'échanger tous renseignements et tous documents utiles à l'accomplissement des missions de recherche et de constatation des fraudes en*

*matière sociale [...], ainsi qu'au recouvrement des cotisations et contributions dues et des prestations sociales versées indûment* ». Le 1<sup>o</sup> du présent article complète cette disposition en ajoutant les agents des collectivités territoriales à la liste des agents habilités à prendre part à ces échanges d'informations.

Le 2<sup>o</sup> précise le champ d'application de cette disposition : il prévoit que les agents des collectivités territoriales concernés sont ceux qui, en application de l'article L. 133-2 du code de l'action sociale et des familles, sont désignés par le président du conseil départemental pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département.

Enfin, le 3<sup>o</sup> étend à ces agents le droit de communication des documents et informations nécessaire pour recouvrer les prestations versées indûment ou des prestations recouvrables sur la succession. En l'état du droit, cette faculté – à laquelle le secret professionnel ne peut être opposé – bénéficie aux agents des organismes de sécurité sociale.

## **2. L'avis de la rapporteure générale**

- La rapporteure générale propose de supprimer cet article introduit par le Sénat.

**TITRE II**  
**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES**  
**ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES**  
**OBLIGATOIRES**

*Article 41*

**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**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

Le présent article fixe le montant, pour 2024, de la dotation des branches maladie et autonomie au Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS), respectivement à 894 et 90 millions d'euros, de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées à 190 millions d'euros et de la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam) à 160,2 millions d'euros.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement de la commission ayant recueilli un avis défavorable du Gouvernement.

D'une part, il prévoit un principe de fixation par la loi, c'est-à-dire en pratique par la loi de financement de la sécurité sociale, du montant des dotations de la sécurité sociale, et en premier lieu de l'assurance maladie, à l'ensemble des fonds et organismes qu'elle subventionne, au-delà des subventions du FMIS et de l'Oniam prévues par le présent article dans sa rédaction initiale.

D'autre part, il alloue explicitement, pour l'année 2024, une dotation à Santé publique France (114,18 millions d'euros), à l'Agence de la biomédecine (53,44 millions d'euros), à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (142,6 millions d'euros) et à la Haute Autorité de santé (71,9 millions d'euros).

### 3. L'avis de la rapporteure générale

L'amendement adopté par le Sénat correspond à une demande récurrente des sénateurs d'obtenir que les dotations de l'assurance maladie aux différents et organismes fassent l'objet d'un vote explicite dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Comme l'an dernier, la rapporteure générale a été sensible à l'argumentation du Sénat. Même si l'annexe 2 au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) retrace le détail des subventions de l'ensemble des opérateurs dans le champ de la sécurité sociale, les modifications apportées par le Sénat permettent d'améliorer l'information en la faisant figurer dans la loi.

Il convient de souligner que le PLFSS suivant pourrait, dans sa partie rectificative, ajuster les montants des dotations en fin d'exercice si cela s'avérait nécessaire, comme le fait l'article 3 du présent PLFSS pour le FMIS.

Pour ces raisons, la rapporteure générale propose de maintenir la rédaction proposée par le Sénat.

\*  
\* \*

#### *Article 43*

### **Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2024**

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

Sort au Sénat : suppression.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée.

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

Le présent article vise à fixer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2024 (à hauteur de 254,9 milliards d'euros), ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

Un amendement rédactionnel de la rapporteure générale a été retenu par le Gouvernement dans le texte sur lequel il a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

## 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté deux amendements de suppression de cet article, avec un avis défavorable du Gouvernement, déposés par la commission et par Mme Cathy Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky.

## 3. L'avis de la rapporteure générale

La rapporteure générale propose de rétablir cet article qui constitue, pour mémoire, un article obligatoire prévu par la loi organique.

\*  
\* \*

*Article 43 bis A (nouveau)*

### **Prévoir un retour au Parlement en cas d'écart constaté en cours d'exercice par rapport aux trajectoires de recettes ou de dépenses votées**

Origine de l'article : amendement adopté au Sénat.

Avis de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement.

Il prévoit « *une clause de retour devant le Parlement* » en cas de dépassement anticipé du montant de l'Ondam 2024 de l'ordre de plus de 1 % (soit 2,5 milliards d'euros), qui impliquerait que le Gouvernement vienne présenter aux commissions des affaires sociales des assemblées une trajectoire actualisée sur laquelle celles-ci seraient chargées d'émettre un avis.

## 2. L'avis de la rapporteure générale

Considérant que le projet de loi de financement de la sécurité sociale permet d'exercer un contrôle du Parlement sur l'évolution des dépenses de l'Ondam en cours d'exercice grâce à la rectification opérée en première partie, la rapporteure générale estime que la demande exprimée par le Sénat d'un meilleur contrôle du Parlement sur l'Ondam de l'année en cours est déjà satisfaite. Elle rappelle en outre que les commissions des affaires sociales des deux assemblées peuvent auditionner les ministres en charge des comptes sociaux et les directeurs d'administration centrale à tout moment pour qu'ils rendent compte des dépenses d'assurance maladie. Au regard de ces éléments, elle propose la suppression de cet article.

*Article 43 bis*

**Prolonger la suspension de l'obligation, pour le comité d'alerte, de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable à des dépenses en lien avec la crise sanitaire**

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

Sort au Sénat : supprimé.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article, introduit par un amendement de la rapporteure générale lors de l'examen en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à prolonger en 2024 la suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable « à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19 ». Cet aménagement déjà mis en place en 2022 et 2023 permet de maintenir un rôle adapté du comité d'alerte.

Pour rappel, l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale prévoit une procédure particulière lorsque le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie supérieur à un seuil fixé par décret et qui ne peut excéder 1 % (ce seuil est aujourd'hui fixé à 0,5 %). Dans ce cas, le comité doit notifier une alerte au Parlement, au Gouvernement et aux caisses d'assurances maladie ainsi qu'aux organismes complémentaires.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté, malgré un avis défavorable du Gouvernement, deux amendements de suppression de cet article déposés par la commission ainsi que par M. Bernard Jomier et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

**3. L'avis de la rapporteure générale**

En cohérence avec son amendement déposé en première lecture, la rapporteure générale propose le rétablissement de cet article. En effet, elle considère qu'il ne serait pas opportun de demander au comité d'alerte de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable à des dépenses en lien avec la crise sanitaire, qui seraient de toute façon nécessaires. Elle souligne au passage que le présent article préserve les dispositions qui prévoient une information du Parlement entre autres en cas de risque sérieux de dépassement.

*Article 44*

**Dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et 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 liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de l'article dans la version issue de l'Assemblée nationale.

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

● Le présent article fixe les montants, pour l'année 2024, des dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, fixées respectivement à 335 millions d'euros et 355 millions d'euros.

Il prévoit également le montant du transfert au bénéfice de la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, fixé à 1,2 milliard d'euros.

Il détermine enfin le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention (CPP), fixé à 191,7 millions d'euros.

● Cet article a été considéré comme adopté sans modification en première lecture par l'Assemblée nationale car il figure dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

**2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement visant à limiter à 1,0 milliard d'euros le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie, soit le montant annuel avant 2022.

**3. L'avis du rapporteur**

Le rapporteur ne peut que déplorer cet amendement et rappelle, comme il l'avait fait en première lecture, que la sous-déclaration des maladies professionnelles demeure au contraire très sous-estimée et devrait être fixée *a minima*, à 2,1 milliards d'euros.

Il appelle à supprimer cet article afin d'envoyer un signal fort sur l'insuffisance des moyens consacrés par ce Gouvernement à la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles.

\*  
\* \*

#### *Article 45*

### **Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles**

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : adoption sans modification.

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

● Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2024, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la troisième partie du présent projet de loi, à 16 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base obligatoires.

● Cet article a été considéré comme adopté sans modification en première lecture par l'Assemblée nationale car il figure dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité au titre de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. Il avait cependant été supprimé en commission.

#### **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

#### **3. L'avis du rapporteur**

En cohérence avec les avis qu'il avait donnés en première lecture, le rapporteur propose de supprimer de nouveau cet article afin d'envoyer un signal fort sur l'insuffisance des moyens consacrés par ce Gouvernement à la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles.

\*  
\* \*



*Article 46 ter*

**Ajustement des réformes du complément de libre choix du mode de garde**

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

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● L'article 46 *ter* résulte d'un amendement du Gouvernement qu'il a intégré dans le texte sur lequel sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Le complément de libre choix du mode de garde (CMG) permet de soutenir les dépenses des familles en lien avec la garde d'un enfant de moins de 6 ans. Il se décompose en deux prestations :

– le CMG « emploi direct », versé à la famille employant un salarié à domicile ou une assistante maternelle, qui indemnise à la fois les cotisations et les contributions sociales assises sur la rémunération de l'employé, et la rémunération elle-même ;

– le CMG « structure », versé à la famille ayant recours à un prestataire de garde à domicile, une crèche familiale ou une micro-crèche.

Le présent article porte plusieurs modifications paramétriques relatives à la réforme du CMG « emploi direct », prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 <sup>(1)</sup>, et qui doit entrer en vigueur en 2025, et propose de reporter de deux ans l'entrée en vigueur du tiers payant pour les bénéficiaires du CMG « structure ».

● Le **a** du 1° du **I** de l'article 46 *ter* supprime, à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, les dispositions qui prévoient que le bénéfice du CMG « emploi direct » est conditionné à une rémunération de l'assistant maternel ou de la personne employée pour assurer la garde de l'enfant inférieure à un plafond fixé par décret. Le 1° du **III** du présent article supprime également ces mêmes dispositions de l'ordonnance n° 2021-1553 du 1<sup>er</sup> décembre 2021 qui permet l'application de cette réforme à Mayotte.

En parallèle, les **b** et **c** du 1° du **I** du présent article introduisent deux plafonds respectivement relatifs à la prise en charge, par le CMG, des cotisations et contributions sociales, et à la prise en charge de la rémunération de la personne qui

---

<sup>(1)</sup> Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

assure la garde de l'enfant. Le niveau et les modalités de calcul de ces plafonds seront fixés par décret.

Ces modifications doivent permettre de ne pas exclure certaines familles du bénéfice du CMG dès lors que le plafond de rémunération horaire est dépassé, notamment les familles situées dans des régions où les coûts horaires de garde sont particulièrement importants ou ayant recours à des modes de garde sur des horaires atypiques.

- Le **c** du **1°** du **I** de l'article 46 *ter* supprime la référence aux périodes d'accueil ou de garde dans le mode de calcul du montant du CMG « emploi direct » qui indemnise la rémunération de la personne assurant la garde de l'enfant. Ce critère, qui vise à tenir compte des horaires atypiques d'accueil ou de garde, n'a en effet qu'un très faible impact pour les familles et les gardes d'enfants à domicile, tout en complexifiant le dispositif.

- Le **2°** du **III** du présent article reporte la date d'entrée en vigueur de la réforme du CMG « emploi direct » du 1<sup>er</sup> juillet 2025 au 1<sup>er</sup> septembre de la même année. Ce décalage doit permettre de faire coïncider la date d'entrée en vigueur des nouveaux dispositifs avec le début de l'année scolaire, dans la mesure où les contrats de travail peuvent être renouvelés ou modifiés au cours de l'été afin de tenir compte de l'évolution du besoin de garde des familles.

- Le **2°** du **I** de l'article 46 *ter* modifie l'article L. 531-9 du code de la sécurité sociale qui prévoit les conditions de cumul du CMG avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) à taux partiel. Il est ainsi précisé que ce cumul n'est possible que pour le CMG « structure », et non pour le CMG « emploi direct ».

- Le **II** du présent article procède par ailleurs à un report de l'entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG « structure », dispositif décidé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 <sup>(1)</sup>, du 1<sup>er</sup> septembre 2024 au 1<sup>er</sup> septembre 2026.

## **2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture**

En première lecture, le Sénat a adopté deux amendements de M. Olivier Henno, rapporteur pour la famille, contre l'avis du Gouvernement.

Le premier amendement rétablit la prise en compte des périodes ou horaires atypiques de garde dans le mode de calcul du CMG « emploi direct ».

Le second amendement revient sur le report de l'entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG « structure » au 1<sup>er</sup> septembre 2026, en prévoyant une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2025.

---

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

### 3. L'avis du rapporteur

Le rapporteur propose de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale.

En effet, selon les éléments d'information apportés par le Gouvernement, le critère des périodes ou horaires atypiques de garde n'est utilisé que par 0,17 % des bénéficiaires du CMG, et conduit à une augmentation de seulement 0,7 % des rémunérations des assistants maternels. C'est donc une modalité de calcul dont l'effet est minime.

Par ailleurs, s'il serait évidemment souhaitable que le tiers payant pour le CMG « structure » puisse entrer en vigueur en 2025, il apparaît que des difficultés techniques ne permettent pas son application efficace à cette date. Le report de cette entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2026 doit garantir la meilleure réalisation de la réforme.

\*  
\* \*

#### *Article 46 quater*

### **Demande de rapport sur la prestation partagée d'éducation de l'enfant et ses effets sur le recours au congé parental**

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

Sort au Sénat : supprimé.

Avis de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

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

L'article 46 *quater* résulte de quatre amendements identiques de la rapporteure générale, de M. Paul Christophe et des membres du groupe Horizons et apparentés, de Mme Michèle Peyron et des membres du groupe Renaissance ainsi que de Mme Perrine Goulet et des membres du groupe Démocrate (MoDem et Indépendants), qui ont été retenus dans le texte sur lequel le Gouvernement a engagé sa responsabilité en vertu de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution.

Il prévoit la remise par le Gouvernement, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, d'un rapport au Parlement dressant un bilan de la mise en œuvre de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréParE) et de ses effets sur le recours au congé parental et sur son partage entre les parents. Ce rapport peut étudier l'hypothèse d'une réforme de l'indemnisation du congé parental au cours de la première année de l'enfant afin

qu'il soit mieux rémunéré, mieux partagé entre les parents, et qu'il ne contribue pas à éloigner les parents de l'emploi.

## 2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté deux amendements de suppression de l'article 46 *quater* de M. Olivier Henno, rapporteur pour la famille, ainsi que de Mme Marie-Do Aeschlimann et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

## 3. L'avis du rapporteur

Le rapporteur propose de rétablir l'article 46 *quater* dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

Cette demande de rapport s'inscrit en effet dans la démarche engagée par la ministre des solidarités et des familles Aurore Bergé en faveur de la création d'un congé familial, mieux indemnisé que le congé parental tel qu'il existe à l'heure actuelle. Ce rapport doit ainsi permettre au Parlement de mieux appréhender les modalités d'évolution de cette prestation familiale.

\*  
\* \*

### *Article 46 quinquies (nouveau)*

#### **Autoriser le cumul de l'allocation journalière de présence parentale avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour les parents résidant en Corse ou en outre-mer**

Origine de l'article : amendement adopté en première lecture par le Sénat.

Avis de la commission : suppression.

## 1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 46 *quinquies* résulte de l'adoption, par le Sénat, de deux amendements identiques de Mme Viviane Malet et plusieurs de ses collègues des groupes Les Républicains et Union Centriste ainsi que de M. Victorin Lurel et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, contre l'avis du Gouvernement.

Il modifie l'article L. 544-9 du code de la sécurité sociale, qui précise les prestations sociales non cumulables avec le bénéfice de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), dont le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), lorsque ces prestations sont perçues pour le même enfant.

L'article 46 *quinquies* vient ainsi préciser que le principe de non-cumul de l'AJPP et de l'AEEH n'est pas applicable dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, dans les collectivités de Saint-Barthélemy, de Saint-Martin, de Saint-Pierre-et-Miquelon et dans la collectivité de Corse.

## 2. L'avis du rapporteur

Le rapporteur propose la suppression de cet article.

En effet, à l'article 4 de la proposition de loi visant à renforcer le principe de la continuité territoriale en outre-mer, les dispositions de l'article 46 *quinquies* ont été adoptées par l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable du Gouvernement. Le rapporteur souhaite donc que ces dispositions soient maintenues dans la proposition de loi initiale, pour en garantir la cohérence.

\*

\* \*

### Article 48

#### Objectif de dépenses de la branche autonomie

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Avis de la commission : maintien de la rédaction du Sénat.

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

- L'article 48 fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 39,9 milliards d'euros pour l'année 2024, en hausse de 2,4 milliards d'euros par rapport à l'objectif pour 2023 tel que rectifié suite à la loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023.

- Cet article n'a pas fait l'objet de modification en première lecture à l'Assemblée nationale.

### 2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En première lecture, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement augmentant l'objectif de dépenses de la branche autonomie pour 2024 à hauteur de 40,0 milliards d'euros, afin de tenir compte de l'impact financier du soutien complémentaire de 150 millions d'euros apporté par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements au titre des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), prévue à l'article 38 *ter*.

### **3. L'avis de la rapporteure**

La rapporteure propose le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat, tirant les conséquences financières de l'adoption de l'article 38 *ter*, qui vient apporter un soutien financier important aux départements dans leurs dépenses relatives à la politique d'autonomie.

## COMPTES RENDUS DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

### 1. Réunion du mercredi 22 novembre 2023 à 17 heures

*Lors de sa deuxième réunion du mercredi 22 novembre, la commission des affaires sociales examine, en nouvelle lecture, le projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1875) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier, MM. Paul Christophe, Cyrille Isaac-Sibille et François Ruffin, rapporteurs) <sup>(1)</sup>.*

**Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq.** Réunie dans cette salle hier en fin d'après-midi, la commission mixte paritaire n'est pas parvenue à élaborer un texte pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024. Ce projet de loi sera examiné en nouvelle lecture demain, à quinze heures, en séance publique. Le délai de dépôt des amendements a été fixé à neuf heures demain matin.

Notre commission doit procéder à une nouvelle lecture en fonction de ces éléments de calendrier, ce qui devrait nous conduire à achever nos travaux d'ici à minuit. En tout, 578 amendements ont été déposés ; 9 ont été retirés par leurs auteurs et 17 ont été déposés en double ; 205 amendements ont été déclarés irrecevables : 34 étaient inopérants, 162 n'étaient pas en relation directe avec une disposition restant en discussion, par application de la règle dite de l'entonnoir, et 8 ne respectaient pas l'article 40 de la Constitution ; 1 était contraire à l'article 38. Nous avons donc 347 amendements à examiner.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Hier soir, vous avez tous entendu avec ravissement Mme la ministre Bergé annoncer qu'elle me transmettrait aujourd'hui le rapport que nous attendons depuis le mois de mai. Il a été adopté en séance publique et conservé dans le texte considéré comme adopté suite à l'engagement de la responsabilité du Gouvernement en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. Nous ne devrions pas avoir à faire des pieds et des mains auprès des divers ministres pour l'obtenir ! C'est inadmissible !

**Article liminaire :** *Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour 2023 et 2024*

*Amendements de suppression AS1 de M. Jérôme Guedj, AS95 de M. Sébastien Peytavie, AS195 de M. Pierre Dharréville et AS215 de M. Damien Maudet*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Avant de me lancer dans un exercice rendu formel par la perspective du recours à l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, je

---

(1) <https://assnat.fr/prW6ma>

tenais à dire à Caroline Fiat que, si ce rapport existe et que la ministre ne le transmet pas, j'irai, en tant que coprésident de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, le chercher directement à la direction de la sécurité sociale qui doit nous le transmettre. Mais je suis sûr qu'on va nous le communiquer !

L'amendement vise à supprimer l'article liminaire pour des raisons déjà développées. C'est un état des lieux biaisé, confirmant une trajectoire qui n'est pas à la hauteur des enjeux.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Nous contestons les prévisions de solde des administrations de sécurité sociale pour 2023 et 2024.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Comme nous avons eu l'occasion de le dire souvent en commission et trop peu, hélas, en séance, nous défendons une société de la protection de la pleine santé. Il faut, pour cela, sortir de la logique de l'enveloppe fermée et penser le budget sur un temps long.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Je suis ravi de vous retrouver, même si l'on se demande un peu quel est l'objet de notre discussion. La commission mixte paritaire a duré dix-huit minutes, ce qui laisse peu de temps pour coconstruire. Et j'imagine que notre texte finira en 49.3, ce qui démobilise nos collègues de la majorité. C'est dommage qu'ils ne puissent pas travailler dans de bonnes conditions.

Mais nous faisons contre mauvaise fortune bon cœur et examinons les articles l'un après l'autre. La prévision d'un excédent de 17 milliards d'euros en 2024 montre qu'il y a de l'argent, ce qui est une très bonne nouvelle. Malheureusement, vous ne l'emploierez pas pour répondre aux besoins sociaux, ni à ceux de protection des familles, de couverture des chômeurs, de dignité des retraités et de soins aux malades.

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** L'article liminaire, purement informatif, conditionne la conformité du projet de loi à la Constitution. Nos dépenses sociales vont continuer de croître – de 30 milliards d'euros en 2024 – pour répondre aux besoins de la population. Mais nous devons aussi maîtriser nos dépenses.

Avis défavorable.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** On sait bien que cet article est nécessaire ! C'est en toute connaissance de cause que nous voulons le supprimer, pour vous obliger à revoir le PLFSS et à mettre les 10 milliards d'euros qui manquent. Je vous entends déjà me répondre qu'il faut absolument voter le texte sans quoi on ne pourra plus payer au 1<sup>er</sup> janvier. Bien sûr que si, puisque vous pourriez prolonger par ordonnance les dépenses et les recettes engagées. Il s'agit de nous donner un peu de temps pour une discussion sérieuse, hors des 49.3.



**M. Nicolas Turquois (Dem).** Faites plutôt des propositions positives ! S'attaquer à l'article liminaire, c'est l'aveu d'une forme d'impuissance à argumenter sur le fond. Il faut partir d'un constat : nous parlons ici de l'article liminaire. Je regrette cette forme d'opposition brute de décoffrage.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je suis ravi de vous revoir, parce que nous avons un peu manqué de temps en séance en première lecture...

En effet, il faut un article liminaire qui nous donne la photographie de l'ensemble des comptes. Mais est-ce que cette photographie est belle ? C'est plutôt cela la question ! Certains de mes collègues Insoumis invitent le Gouvernement à procéder par ordonnances. Mais l'abus d'ordonnances nuisant à la santé démocratique, mieux vaut les éviter.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Si l'adoption de l'article liminaire est obligatoire, il ne faut pas nous faire voter. Or il y a bel et bien un vote à émettre ; nous allons donc nous prononcer, si c'est possible.

La photographie proposée nous déplaît, et pas seulement à nous puisque plusieurs organisations ont fait savoir leur mécontentement. Nous n'allons pas vous donner quitus.

**Mme la rapporteure générale.** Les 17 milliards d'euros de solde témoignent de la pertinence des réformes – des retraites ou de l'assurance chômage – qui ont conduit à produire une grande partie de cet excédent.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements AS10, AS17, AS14, AS16, AS19 et AS12 de M. Thibault Bazin (discussion commune)*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je suis soulagé du rejet des amendements, dont l'adoption aurait fait tomber tous mes amendements d'appel sur différents sujets !

L'amendement AS10 vise à soutenir le désengorgement des urgences des centres hospitaliers, en favorisant le développement des centres de soins non programmés ralenti par plusieurs freins, notamment le problème du conventionnement des infirmiers diplômés d'État. Il serait profitable que vous en parliez au ministre, madame la rapporteure.

L'amendement AS17 concerne le développement de la prévention de la perte d'autonomie, dont on ne sait pas si elle concerne les personnes en situation de handicap. Monsieur Guedj, vous devriez ajouter cette question à votre liste, puisque vous êtes presque déjà en mission. Un très intéressant rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) suggérait d'élargir la compétence des conférences des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie au champ des personnes handicapées, en y associant les caisses d'allocations familiales, ce qui n'apparaît pas dans la proposition de loi sur le bien-vieillir, laquelle n'est d'ailleurs

pas intégrée à ce PLFSS, ce qui interroge par rapport aux amendements votés sur les articles 8, 9, 10 et 11.

L'amendement AS14 a trait à une autre recommandation du rapport Fauchier-Magnan, Fenoll et Toche de l'Igas, en permettant le financement par la prestation de compensation du handicap des frais liés à l'exercice du droit au répit, pour soi ou pour un proche aidant. Un collègue de la majorité avait trouvé cette proposition intéressante en première lecture. Quand allons-nous l'inscrire dans un texte ?

L'amendement AS16 vise à mettre en place un service de suppléance ponctuelle de l'aidant, en ajoutant aux cas d'emploi de la dotation de la branche autonomie ce type d'action, qui n'est pas non plus dans la proposition de loi sur le bien-vieillir. Quand le faisons-nous ? Je ne suis pas sûr que cela coûterait très cher, mais il faut le tuyau spécifique de financement. Les moyens manquent pour développer des offres dans le cadre du droit au répit.

L'amendement AS19 transcrit une autre recommandation du même rapport : ajouter les personnes atteintes d'une pathologie chronique et leurs proches aidants comme catégories de public ciblées au 2° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Le rôle d'aidant a fréquemment des conséquences négatives sur la vie professionnelle et privée et sur la santé, en faisant courir un risque d'épuisement et parfois d'isolement.

L'amendement AS12, enfin, vise à faire reconnaître les plateformes d'accompagnement et de répit comme des services médico-sociaux éligibles directement à l'objectif de dépenses de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

**Mme la rapporteure générale.** Je reconnais et respecte votre travail, monsieur Bazin, mais beaucoup de collègues font l'effort de déposer leurs amendements dans les branches correspondantes, ce qui n'est certes pas toujours simple dans le PLFSS. Je vois aussi que le virus Bazin a contaminé votre collègue, Yannick Neuder, qui a déposé beaucoup d'amendements d'appel. Je ne voudrais pas que cela crée un précédent.

Avis défavorable, puisque vos amendements ne relèvent pas de l'article liminaire. Vous pourrez présenter vos amendements au ministre demain.

**M. Thibault Bazin (LR).** Vous m'aviez déjà fait cette réponse en première lecture en me donnant rendez-vous en séance, où le ministre chargé des comptes publics avait reconnu ne pas être compétent pour me répondre. Mes appels n'ont pas été entendus. Demain, ce sera la même chose. Je précise moi-même que ce sont des amendements d'appel, qui ne sont pas rattachés aux articles correspondants. Mais sur certaines branches, il n'y a aucun article ! Les rapporteurs pourraient reprendre ces idées qui peuvent faire consensus.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** M. Bazin pose une bonne question. Même s'il partage avec le grand âge la question de l'autonomie, le champ du handicap a des besoins spécifiques. Nous devons aussi travailler sur les aidants, sur le droit au répit. Nous avons bien envie de voter pour les amendements de M. Bazin.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Ce sujet mérite en effet que l'on s'y attarde. Vous trouvez que les amendements n'ont pas été déposés au bon endroit, que les virgules et les décimales ne vont pas. Sur les retraites, les virgules et les décimales vous allaient beaucoup mieux ! Vous êtes contents d'avoir créé une cinquième branche, mais c'est une brindille. Ces amendements sont très intéressants et je ne vois pas pourquoi on s'en priverait.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendements AS57, AS56, AS54, AS58, AS59 et AS49 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS20 de M. Thibault Bazin et AS232 de M. Yannick Neuder, amendements identiques AS55 de M. Thibault Bazin et AS231 de M. Yannick Neuder (discussion commune)*

**M. Thibault Bazin (LR).** Les amendements concernent la politique familiale. Lors de son audition sur le projet de loi de finances (PLF), la ministre a tenu des propos très optimistes, s'engageant à travailler sur ce sujet et reconnaissant un problème de natalité. Mais au rendez-vous budgétaire, on ne voit rien. Elle a annoncé vouloir faire des assises de la natalité en décembre. À ce rythme, on procrastinera pour attendre un an de plus. Le Gouvernement a encore le temps de tenir sa promesse de rétablir l'universalité de la politique familiale. La question du rétablissement du quotient familial se pose également. À votre bon cœur, chers collègues !

Vous avez raboté la prestation d'accueil du jeune enfant – un couple dont chaque membre gagne le Smic a pu perdre jusqu'à 546 euros. La suppression de la majoration de l'indemnité journalière en cas de maladie pour les parents de trois enfants et plus a représenté une perte de 33 %. Or nous avons besoin d'un renouvellement des générations. Le taux d'emploi des mères de trois enfants est inférieur à celui des mères d'un ou de deux enfants.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je regrette que le temps de notre débat soit une nouvelle fois tronqué. Alors que nous sommes relativement d'accord sur ces questions de politique familiale, de santé, de grand âge, reste la question du financement. Si la politique budgétaire avait été plus économe dans le PLF, nous aurions peut-être pu bénéficier de largesses dans le PLFSS. Il serait en outre intéressant de savoir ceux que le Gouvernement souhaite conserver parmi les nombreux amendements déposés.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Bonne nouvelle ! Chers collègues, regardez vos boîtes de courriel : nous avons reçu le rapport que je réclame à cor et à cri depuis six mois ! Je remercie la ministre Bergé, qui a tenu sa parole.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je sais qu'il est frustrant d'examiner un budget de la sécurité sociale voué à un 49.3, pour la majorité comme pour les oppositions. Il nous appartient néanmoins d'avoir un temps d'échange sur le fond. La ministre prétend prendre un virage sur la politique familiale et revenir sur certains éléments rabotés par le passé. Concrètement, comment cela se traduit-il dans le budget ? C'est maintenant que cela doit se décider.

**M. Yannick Neuder (LR).** Je suis mal à l'aise vis-à-vis des Français qui se posent des questions sur l'autonomie, la santé ou la politique familiale. Alors que l'on pourrait laisser penser que l'absence de majorité dans l'hémicycle renforce la démocratie, force est de constater que c'est tout l'inverse qui se produit : on n'a plus le temps de discuter et on est peu motivés pour défendre nos propositions. Quand on décide de s'engager, ce n'est pas pour en arriver à ces discussions où l'on tourne dans un bocal. Nous ne prenons pas suffisamment en compte les considérations des Français, qui ne savent pas qu'une majorité relative à l'Assemblée nationale signifie moins de démocratie dans l'examen des textes budgétaires.

**Mme Caroline Janvier (RE).** Bien que je fasse le même constat que vous, monsieur Neuder, j'estime que nous partageons la responsabilité. Notre majorité est seulement relative ; par définition, aucun groupe d'opposition n'est majoritaire. Depuis plus d'un an, nous échouons à construire des accords sur certaines politiques publiques. Pour la deuxième année consécutive, nous devons donc recourir à l'article 49, alinéa 3, pour faire adopter les budgets. D'aucuns ergoteront qu'il existe d'autres options, ce qui est assez malhonnête.

Certes, nous avons échoué à tirer les conséquences politiques de la nouvelle configuration de l'Assemblée nationale et à nous mettre d'accord – je fais partie de ceux qui estiment que nous devons trouver d'autres modes de fonctionnement. Mais, pour avancer, nous devons d'abord admettre que chacun a sa part de responsabilité et qu'il faut saisir toutes les occasions pour y remédier, comme les rencontres de Saint-Denis ou les comptes de Ségur.

**M. Jérôme Guedj (SOC).** On sait ce que la défense des amendements a d'artificiel. Dans le prolongement de l'audition d'Aurélien Rousseau, ministre de la santé et de la prévention, il faut se demander si nous sommes capables d'inventer une autre méthode pour préparer les PLFSS. Au mois de septembre, on découvre le texte, la trajectoire de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et diverses dispositions, et on ignore ce qui précisément sera retenu. Il faudrait organiser les comptes de Ségur dès janvier et chercher comment défendre les mesures issues de travaux parlementaires, par exemple. Voilà ce qu'il faut demander au ministre, si vous voulez une coconstruction.

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Nous expliquer que c'est de notre faute si vous utilisez le 49.3, c'est fort de café ! La seule méthode valable serait-elle de se plier à la pensée unique ? La Constitution prévoit cette procédure d'adoption pour les textes budgétaires parce qu'ils sont très politiques, fondés sur des orientations spécifiques. Je ne crois pas qu'un consensus soit possible, quelle que soit la méthode, parce que nous n'avons pas la même conception des dépenses de santé – force est de le constater. En revanche, vous pourriez entendre les remarques des oppositions, par exemple sur le niveau chaque année insuffisant de l'Ondam, ce qui aboutirait peut-être à des votes différents, notamment lors des motions de censure.

**Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq.** Les comptes de Ségur ont permis de préparer le PLFSS ; les membres du Gouvernement ont rencontré les parlementaires, de manière renouvelée, à leur demande et pour répondre à l'intérêt qu'ils avaient exprimé. Il ne faut pas non plus ignorer que certains amendements adoptés lors de l'examen en commission ont été intégrés au texte sur lequel la Première ministre a engagé la responsabilité de son gouvernement. La sécurité sociale a besoin d'un budget, même si les divergences sont fortes.

**Mme la rapporteure générale.** Je ne suis pas d'accord avec vous, monsieur Neuder. Après la lecture définitive, je vous enverrai les statistiques relatives aux amendements des groupes d'opposition retenus : dès la première lecture, leur nombre est nettement supérieur à celui des amendements adoptés pendant la précédente législature, lorsque nous disposions d'une majorité absolue. Nous sommes tous concernés par la difficulté de débattre en séance, cependant la coconstruction existe.

**M. Yannick Neuder (LR).** J'entends votre argument, mais le nombre d'amendements ne préjuge pas de la qualité de l'apport. Nous nous sommes placés en opposition au texte parce que nous savons bien que le budget des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) n'est pas suffisant : compte tenu de l'inflation, les montants mis sur la table ne leur permettront pas de fonctionner. Je sais bien que le problème est budgétaire, c'est la raison pour laquelle j'ai fait un lien avec le PLF. Mais on ne peut se déclarer satisfait : il manque 2 milliards d'euros, alors que tous les hôpitaux et plus de 50 % des Ehpad sont déjà déficitaires. Certes, la commission n'a pas de machine à billets, mais les acteurs ont unanimement dénoncé l'insincérité du texte.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Sous la précédente législature, le groupe La France insoumise comptait dix-sept députés ; or nous sommes maintenant soixante-quinze. De trois commissaires aux affaires sociales, nous sommes passés à dix. Il est heureux qu'un plus grand nombre de nos amendements aient été retenus ! J'ajoute que la situation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) a empiré, justifiant d'en déposer plus. Évidemment, vous en avez retenu davantage !

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article liminaire non modifié.*

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

**Article 1<sup>er</sup>** : *Rectification des tableaux d'équilibre pour 2023*

*Amendements de suppression AS2 de M. Jérôme Guedj, AS96 de M. Sébastien Peytavie, AS197 de M. Pierre Dharréville et AS216 de M. Hadrien Clouet*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** Mon amendement vise à supprimer l'article 1<sup>er</sup>, pour les raisons que nous avons maintes fois développées et que nous répéterons dans l'hémicycle.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Pour objecter à la suppression de l'article, vous affirmez que les tableaux qu'il contient sont une photographie de la situation. Cependant, toutes les fédérations hospitalières et plusieurs groupes parlementaires la contestent. En effet, l'inflation, qui demanderait une compensation de 1,5 milliard d'euros, n'a pas été intégralement prise en compte, non plus que l'ensemble des mesures de revalorisation du travail de nuit et des gardes. Il faudrait abonder l'Ondam hospitalier de 1,9 milliard supplémentaire. En 2023, il a fallu augmenter les crédits en avril et en septembre. Dans ces conditions, il est légitime de dénoncer le flou de la photographie, c'est-à-dire l'insincérité du texte. Aussi demandons-nous la suppression de l'article 1<sup>er</sup>.

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Le PLFSS que nous élaborons contribuera-t-il à améliorer l'accès aux soins ? Non, et cela ne date pas d'aujourd'hui. Depuis l'instauration de la tarification à l'activité en 2004, l'hôpital décline, et il est désormais à genoux. Aucun PLFSS depuis n'a changé la donne, et celui-ci ne fera pas exception. Selon la Fédération hospitalière de France (FHF), il manque 3 milliards d'euros : 1,5 milliard pour compenser l'inflation – dont 1 milliard pour les seuls hôpitaux ; 1 milliard pour soutenir le pouvoir d'achat des agents de la fonction publique ; 400 millions pour reconduire les mesures transitoires prises à l'été 2022. Avec ce budget, les ESMS resteront la tête sous l'eau ; vous annoncez aux personnels soignants déjà exsangues qu'ils repartent pour une année, encore fragilisés mais avec davantage de difficultés à affronter. Nous demandons donc la suppression de cet article.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** On observe un effet ciseaux : les besoins en santé vont croissant – la population vieillit, les conditions de travail se dégradent, etc., – mais l'Ondam rectifié pour 2023 est largement insuffisant, notamment à l'hôpital, pour satisfaire les besoins de la population, c'est-à-dire pour faire en sorte qu'on vive mieux, plus longtemps et en meilleure santé.

S'agissant du recours au 49.3, tous nos amendements ont été balayés lors de l'examen du texte. En revanche, à l'occasion de la défense de la motion de censure que nous avons déposée, nous avons expliqué que l'entretien postnatal précoce n'entraîne dans aucun parcours de soins intégré : Mme Borne a sorti la mesure de son

chapeau. La motion de censure est le seul recours productif – comptez sur nous pour en déposer d’autres.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons déjà eu ce débat en première lecture ; nous l’aurons de nouveau demain en séance, avec le ministre.

Nous reparlerons de l’Ondam à l’article 43.

Nous avons une divergence politique de fond, ce n’est pas un tabou. Selon vous, le financement prévu est insuffisant et une augmentation des crédits résoudrait tous les problèmes du système de santé. Ce n’est pas notre conception.

Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS196 de M. Yannick Monnet*

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Cet amendement vise à corriger le tableau d’équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. Nous proposons de réaffecter à l’assurance maladie les recettes dédiées au remboursement de la dette sociale pour 2023. En effet, 18,3 milliards d’euros sont affectés à la Caisse d’amortissement de la dette sociale (Cades) ; or le choix de considérer la dette liée au covid comme une dette sociale est très contestable.

Au plus fort de la crise, les dépenses liées au covid ne relevaient pas des missions ordinaires de la branche, tout comme l’Unedic n’avait pas à supporter les dépenses exceptionnelles induites par l’allongement des droits et par les mesures de chômage partiel. La sécurité sociale a ainsi supporté les congés maladie des personnes fragiles et les congés de garde d’enfants, en plus des dépenses de soin et des congés maladie liés au coronavirus. Dans le même temps, les recettes ont souffert de la récession et du report des cotisations sociales des entreprises. Il aurait donc été plus pertinent que la dette revienne à l’État, ce qui aurait de surcroît été plus favorable au régime de la sécurité sociale.

*Suivant l’avis de la rapporteure générale, la commission rejette l’amendement.*

*Puis elle adopte l’article 1<sup>er</sup> non modifié.*

**Article 2 :** *Rectification de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie de l’ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs*

*Amendements de suppression AS3 de M. Jérôme Guedj, AS97 de M. Sébastien Peytavie et AS198 de M. Yannick Monnet*

**M. Jérôme Guedj (SOC).** J’ai l’impression de vivre un jour sans fin. Certes, c’est le principe de la navette parlementaire, mais c’est épuisant. Nous le répétons : le montant de l’Ondam rectifié inscrit à l’article 2 est insuffisant, pour les

Ehpad comme pour les structures hospitalières, car il ne permet d'absorber ni le coût de l'inflation, ni certains coûts salariaux venus aggraver des difficultés de fonctionnement déjà profondes. Vous allez aggraver la situation alors que 85 % des Ehpad sont en déficit et qu'un gros tiers des établissements hospitaliers sont déjà dans une posture très délicate.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** La boucle infernale nous ramène à l'Ondam : la rectification prévue est toujours insuffisante au regard des besoins de financement ; toutes les fédérations hospitalières le répètent. Il faut l'entendre, même si vous contestez notre logique politique. L'Ondam hospitalier pour 2023 se montait initialement à 100,7 milliards d'euros, il a été rectifié à 101,3 milliards, il est désormais à 102,5 milliards : ce n'est pas sérieux.

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Malgré tout, cette journée se terminera – et nous savons comment.

Je ne comprends pas comment on peut élaborer un budget de la sécurité sociale sans se préoccuper des besoins. Le débat devrait porter sur leur estimation ; or votre seule préoccupation est de savoir quelle somme Bercy accepte de vous laisser. Je récusé cette approche mercantile de la santé.

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit plutôt d'un principe de réalité. Quand la sécurité sociale a été créée il y a quarante-cinq ans, il y avait beaucoup de cotisants, et très peu de droits sociaux. Certes, monsieur Monnet, le principe était « De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins. » Mais nous avons désormais beaucoup moins de cotisants, et beaucoup plus de droits sociaux. Il faut donc poser la question des exonérations, dont il est possible de débattre calmement. Nous examinerons tout à l'heure un amendement visant à autoriser les exonérations efficaces. La Première ministre a confié à un groupe d'experts la mission d'analyser leur efficacité. Nous devons donc débattre sans tabous du moyen de financer les droits acquis et de nouveaux droits, afin de maîtriser les dépenses.

Pour 2023, l'Ondam se monte à 247 milliards d'euros environ : on peut d'autant moins nous reprocher une absence de progression que l'évolution était bien moindre quand les actuelles oppositions étaient au pouvoir.

Avis défavorable.

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Je vous remercie d'ouvrir le débat des moyens à mobiliser pour satisfaire les besoins, car nous n'en discutons jamais lors des examens des PLFSS. Vous avancez le principe de réalité économique, mais ce n'est pas la bonne manière d'aborder la question. Nous avons des besoins : débattons de la mobilisation des moyens nécessaires pour les satisfaire. Le montant des exonérations non compensées s'élève à 3 milliards d'euros au moins ; 8 milliards de déficit, sur un budget de 640 milliards, ne devraient pas constituer un problème insoluble. Le transfert de la dette covid est quasiment réglé. Partons du principe qu'il est urgent de trouver des moyens, non de restreindre les dépenses.



**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** L'emploi du mot « mercantile » vous a choquée, madame la rapporteure générale. Allez assister aux comités de direction et aux conseils d'administration et offusquez-vous lorsque vous entendrez appeler les patients et les résidents des « clients ». Car c'est bien le terme employé ! Voilà la réalité du terrain, qui découle de ce que vous votez ici. Cela explique comment on en arrive à des faits de maltraitance.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Il faut prendre en considération à la fois les besoins et les recettes. Comment pouvez-vous dire que nous ne nous intéressons pas aux besoins, alors que l'Ondam est passé de 190 milliards d'euros en 2017 à presque 250 milliards aujourd'hui ?

Monsieur Guedj, je partage votre impression d'être un hamster dans sa roue. Si les comptes de Ségur avaient lieu en janvier, dites-vous, l'approche serait peut-être différente. Dans le même temps, M. Monnet affirme que le PLFSS est un texte politique, que son groupe ne votera pas. J'entends l'importance de la dimension politique, mais vous pourriez vous abstenir : décider dès le départ qu'on votera contre un texte est une attitude stérile.

**Mme Caroline Janvier (RE).** À chaque lecture d'un PLFSS, nous redécouvrons l'eau tiède. Il faut évidemment identifier les besoins et en débattre dans l'examen de la partie consacrée aux dépenses, comme nous débattons de la manière de financer les prestations nécessaires dans l'examen de celle consacrée aux recettes.

Il est dommage que vous caricaturiez notre action, par exemple en parlant de « vision mercantile ». Il s'agit d'un texte budgétaire. Nous identifions des familles de risques et nous prévoyons pour y répondre des prestations, que nous finançons. L'exercice est le même chaque année, ce n'est pas nous qui l'avons défini.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements AS39 de M. Laurent Panifous, AS98 et AS99 de M. Sébastien Peytavie (discussion commune)*

**M. Laurent Panifous (LIOT).** Mon amendement tend à mettre en lumière les conséquences de l'inflation sur les structures hospitalières et médico-sociales. Les abondements supplémentaires consentis au cours de l'exercice 2023 semblent ne pas avoir été suffisants. La FHF considère qu'il faudrait augmenter le seul Ondam hospitalier de 1,5 milliard d'euros. Le Sénat a rehaussé les crédits adoptés ici en première lecture de 200 millions, mais c'est encore trop peu. Nous appelons à couvrir les effets de l'inflation pour les Ondam hospitalier et médico-social – huit Ehpad publics sur dix étaient déjà structurellement déficitaires avant l'inflation.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Nous voilà ramenés au jour de la marmotte : pour proposer d'augmenter les crédits des ESMS, des règles absurdes

nous obligent à proposer de déshabiller la médecine de ville. On voit que c'est la procédure même de l'examen du budget qui pose un problème.

Nous parlons de besoins, sans même envisager ceux liés à la transition écologique des établissements, ni les besoins humains d'un système en souffrance : il n'est question que de compenser l'inflation ! Nous demandons vraiment le minimum.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Je défendrai dans un instant un amendement visant à rétablir le texte initial, modifié par le Sénat. Nous avons tous entendu les fédérations hospitalières et les autres acteurs du secteur. Ils s'inquiètent de la fin de l'exercice 2023. Nous avons également entendu le ministre, qui a dressé des perspectives. Il faut conserver la version adoptée en première lecture et attendre les circulaires.

*La commission rejette successivement les amendements.*

*Amendement AS221 de M. Yannick Monnet*

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** L'objet du débat est toujours le même, mais chaque année le contexte est différent, de nouveaux besoins émergent. Je trouve l'exercice utile.

Je ne nie pas que l'Ondam augmente mais, même rectifié, il reste inférieur aux besoins. C'était déjà le cas lors de l'examen du projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Je caricature tellement, les moyens sont si abondants, que les membres du personnel soignant apportent du matériel emprunté chez eux, comme les lampes torches, et leurs piles, nécessaires pour ne pas réveiller les patients – les « clients ». (*Exclamations.*) Vous pouvez toujours crier sur moi, c'est la réalité du terrain ! On nous dit qu'en médecine, le « client » ne doit pas dépenser tant. C'est avec ce mot que j'ai été formée ! J'achetais moi-même les huiles de massage pour les résidents que je soignais. Vous pouvez hurler, je hurlerai plus fort que vous ! Le mercantile, c'est vous !

**Mme Annie Vidal (RE).** Je ne peux pas laisser dire ça. J'ai travaillé plusieurs années dans un centre hospitalier universitaire. Au début, on parlait de « patients », puis de « patientèle », mais jamais de « clientèle ». Ma circonscription compte dix-sept Ehpad, que je visite régulièrement. Je le précise, parce que certains pensent que nous travaillons seulement sur des dossiers, sans jamais nous rendre sur le terrain. Je rencontre très régulièrement les directeurs, les familles, les membres des conseils de la vie sociale – tout le monde – : j'entends toujours parler de « résidents », jamais de « clients ». Ma circonscription n'est pas unique. Les réalités sont diverses : la situation que vous décrivez n'est pas générale.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS221 de M. Pierre Dharréville*

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS487 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Je viens d'évoquer cet amendement, qui vise à rétablir l'article 2 dans sa rédaction initiale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 2 modifié.*

**Article 4 :** Rectification du montant M de la clause de sauvegarde pour 2023

*Amendements de suppression AS100 de M. Sébastien Peytavie, AS199 de M. Pierre Dharréville et AS220 de M. Damien Maudet*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Le montant M est le résultat d'une entente entre les entreprises du médicament et l'État, une aide publique indirecte consentie en contrepartie de la baisse supposée du prix des médicaments. En raison de la pandémie, les profits de ces entreprises explosent depuis deux ans. Pour maîtriser la dépense, il faut contrôler leur chiffre d'affaires et leurs bénéfices et négocier à la baisse les prix, sans nécessairement offrir une aide publique d'État. Les laboratoires pharmaceutiques privés bénéficient largement de la recherche et des commandes publiques. Quelle est la stratégie de l'État pour éviter que le prix des médicaments n'augmente considérablement, sans avoir à offrir une contrepartie financière ?

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Depuis plusieurs années, le montant M est régulièrement rehaussé, ce qui augmente les marges de l'industrie pharmaceutique. Les justifications avancées sont l'inflation et le coût croissant des produits innovants. En 2021, ce montant atteignait 23,9 milliards d'euros ; l'article 4 prévoit de le porter à 24,9 milliards, contre 24,6 milliards en 2023. Or cette disposition a des effets sur la branche maladie : pour 2023, la perte de recettes s'élève à 120 millions. L'étude d'impact précise qu'il s'agit d'un « new deal » entre les pouvoirs publics et les entreprises du médicament, qui s'engageraient à consentir en 2024 plus d'efforts sur les prix et les volumes de vente sur le marché français. Selon nous, accroître la motivation financière des industriels et leurs marges ne relève pas d'un « new deal » ; cette mesure ne contribuera pas à transformer en profondeur le marché du médicament mais elle le perpétuera, quand les patients en vivent chaque année plus durement les effets pernicieux.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Nous pensons aussi que l'augmentation du plafond connu sous le nom de montant M est un cadeau aux entreprises et à l'industrie pharmaceutique. Pour limiter les effets de rente, ce

secteur doit s'acquitter d'une contribution sur les bénéfices tirés de la vente de traitements remboursés. En augmentant de 300 millions d'euros le plafond de chiffre d'affaires au-delà de laquelle cette contribution doit être versée, vous lui permettez de réaliser davantage de bénéfices au détriment de la sécurité sociale. Une telle mesure revient à demander aux assurés de faire un chèque qui sera encaissé indirectement par les entreprises du secteur.

Cela s'inscrit dans un ensemble de reculades : abandon de la contribution spécifique relative aux médicaments récents ; abandon de l'intégration dans la clause de sauvegarde des achats par Santé publique France pour les stocks de l'État ; suppression de l'obligation pour les industriels de garantir la poursuite de l'approvisionnement en médicaments d'intérêt thérapeutique majeur matures.

Bref, c'est encore un recul et un chèque de trop. C'est non.

**Mme la rapporteure générale.** Je rappelle que cet article est issu des travaux de la mission sur la régulation des produits de santé, confiée par la Première ministre à des personnalités qualifiées.

Avis défavorable : il faut conserver l'équilibre qui a été trouvé.

S'agissant des sujets de pénuries et d'accès aux médicaments évoqués par vos amendements, nous aurons l'occasion d'y revenir aux articles 32 à 36.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je m'oppose à ces amendements, car il ne faut pas avoir la mémoire courte. La crise sanitaire a souligné l'impérieuse nécessité de maîtriser la production de masques, de vaccins et de médicaments. Les pénuries que nous connaissons et que subissent les Français nécessitent de mettre en place un modèle vertueux.

Le but n'est pas de faire seulement des bénéfices, bien entendu, mais de créer les conditions durables pour assurer une production en France et une distribution bien organisée. Pour cela, il faut prendre des engagements et les respecter, afin de recréer un cadre attractif – équation d'autant plus complexe que d'autres pays se sont montrés plus volontaristes.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements identiques AS102 de M. Sébastien Peytavie et AS245 de Mme Caroline Fiat*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Cet amendement de repli vise à abaisser le montant M.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Les frais de médicaments ont atteint des niveaux inédits et suivent une spirale inflationniste. Nous voyons bien qu'un chantage est fait à travers une pénurie organisée, notamment sur les formes pédiatriques.

Il est grand temps de mettre fin à ces pratiques en reprenant la maîtrise de la production de ce qui est nécessaire. Il faut arrêter de faire des cadeaux à des laboratoires qui ont déjà largement amorti leurs investissements pour des médicaments courants dont nous avons cruellement besoin.

**Mme la rapporteure générale.** Je suis d'accord avec les propos de Thibault Bazin sur la recherche de l'équilibre. Nous l'avons atteint pour cette année dans le cadre de la première lecture et je propose d'en rester là.

Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements identiques AS506 de Mme Stéphanie Rist, AS211 de M. Yannick Monnet et AS341 de M. Damien Maudet*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir l'article 4 dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale en supprimant la rectification du montant Z pour l'année 2023 telle que votée par le Sénat.

**M. Yannick Monnet (GDR - NUPES).** Même si nos amendements sont identiques, vous avez bien compris qu'il s'agit pour nous d'un amendement de repli.

Les entreprises pharmaceutiques, ce n'est pas l'artisan du coin ou la petite boutique. Pourtant, elles ont bénéficié des aides de l'État pendant la crise sanitaire. Cela ne les a pas empêchées de verser dans le même temps 51 milliards d'euros à leurs actionnaires, alors que 81 % d'entre elles ont touché des aides au titre du chômage partiel.

Autre exemple : Sanofi perçoit depuis des années entre 125 et 130 millions d'euros grâce au crédit d'impôt recherche. Mais cette entreprise a supprimé 2 000 emplois.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Cet article prévoit, une fois encore, de faire des cadeaux à certaines industries du secteur de la santé – en l'occurrence celles qui produisent du matériel médical. On sait que c'est un gros marché de 31 milliards d'euros.

Comme pour le montant M, une contribution obligatoire est prévue au-delà d'un certain chiffre d'affaires, ce qui est logique dès lors que la sécurité sociale garantit l'existence d'un marché grâce à ses remboursements. Il s'agit ainsi de limiter le taux de profit, afin de garantir la couverture des assurés et la sûreté d'approvisionnement à un prix réaliste.

L'amendement AS341 permet de ne pas accorder une ristourne supplémentaire aux producteurs. En effet, nous ne croyons pas qu'augmenter les profits autorisés permettra d'accroître la production destinée à la France. De nombreux pays qui rémunèrent davantage les producteurs font face à des pénuries.

Et inversement, certains en Europe ont un système de prix plus administrés et une production plus abondante. C'est par exemple le cas de la Suède.

**M. Thibault Bazin (LR).** Vous souhaitez revenir sur une modification adoptée par le Sénat et que j'avais proposée en première lecture.

Nous faisons face à une difficulté en ce qui concerne les dispositifs médicaux. Nous devons maîtriser les dépenses publiques, mais il faut aussi adopter le virage ambulatoire. La clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux pourrait aller à l'encontre de ce dernier et il faut que l'on soit extrêmement prudent dans l'articulation des différentes politiques publiques.

Je ne pense pas que le Sénat ait fait une erreur en augmentant le montant Z. Nous finirons par y venir.

*La commission adopte les amendements.*

*Amendement AS275 de M. Frédéric Mathieu*

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Cet amendement prévoit que le montant M au-delà duquel la clause de sauvegarde est déclenchée soit modulé en fonction des aides publiques perçues par l'entreprise assujettie. Il est urgent de faire toute la transparence sur les aides publiques perçues par ces entreprises, qu'il s'agisse du crédit d'impôt recherche ou d'autres mécanismes fiscaux.

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement risque d'être contre-productif. Il limite les possibilités de négociations et aboutirait à de moindres baisses des prix au bout du compte.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 4 modifié.*

**Article 4 bis (nouveau) :** *Diminution du taux applicable à la première part de la contribution sur les ventes en gros*

*La commission adopte l'amendement de suppression AS507 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 4 bis est supprimé.*

*La commission adopte la première partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale modifiée.*

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

TITRE I<sup>er</sup>  
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT  
ET À LA TRÉSORERIE**

Chapitre I<sup>er</sup>

**Renforcer les actions de lutte contre la fraude aux cotisations**

**Article 5 :** *Réforme de la procédure de l'abus de droit, sécurisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt et adaptation de son calendrier*

*Amendement AS40 de M. Laurent Panifous*

**M. Laurent Panifous (LIOT).** L'article 5 reporte une fois de plus la mise en place de l'avance immédiate de crédit d'impôt dont peuvent bénéficier les allocataires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou de la prestation de compensation du handicap (PCH), notamment lorsqu'ils ont recours à des aides à domicile.

Alors que cette mesure prévue en 2023 a déjà été reportée en 2024, l'article prévoit désormais un report en 2027. Cette mesure est pourtant neutre pour les finances publiques puisqu'il s'agit d'octroyer le bénéfice du crédit d'impôt immédiatement et non plus l'année suivante.

En première lecture, la raison avancée pour justifier ce report était qu'il fallait du temps aux services concernés pour s'adapter à ce nouveau crédit d'impôt. Mais quatre ans constituent un délai un peu exagéré. C'est la raison pour laquelle je propose une application de la mesure au 1<sup>er</sup> janvier 2025, ce qui semble assez raisonnable.

**Mme la rapporteure générale.** Pour des raisons techniques déjà évoquées en première lecture, il est impossible d'anticiper l'entrée en vigueur de l'avance immédiate de crédit d'impôt. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 5 non modifié.*

**Article 6** : *Renforcement des obligations des plateformes numériques pour garantir le paiement des cotisations dues par ses utilisateurs*

*Amendement AS529 de Mme Stéphanie Rist et sous-amendement AS579 de M. Hadrien Clouet*

**Mme la rapporteure générale.** Je propose de rétablir l'article 6, qui renforce les obligations des plateformes pour le paiement des cotisations sociales dues par leurs utilisateurs.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Ce sous-amendement de repli vise à moduler les plafonds de pénalités applicables aux micro-entrepreneurs et aux plateformes en cas de méconnaissance des nouvelles obligations introduites par la réforme du recouvrement des cotisations. On sait bien que ces acteurs posent des difficultés en matière d'impôts et de cotisations sociales, ce qui nous oblige parfois à les subventionner malgré nous.

**Mme la rapporteure générale.** J'avais déjà émis un avis défavorable à ce que vous proposez lors de la première lecture.

*Successivement, la commission rejette le sous-amendement et adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 6 est ainsi rétabli.*

**Article 6 bis (nouveau)** : *Transmission à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des déclarations souscrites par les plateformes de mise en relation auprès de l'administration fiscale*

*Amendement de suppression AS530 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement vise à supprimer cet article, qui prévoit la transmission à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole des déclarations souscrites par les plateformes auprès de l'administration fiscale.

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Qu'est-ce qui justifie cet amendement de suppression ?

**Mme la rapporteure générale.** Outre que la mesure concerne très peu de personnes – ce qui n'est pas forcément un argument pertinent –, son application supposerait des adaptations informatiques très complexes et coûteuses.

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Les données de la Mutualité sociale agricole (MSA) sont réputées être très difficilement accessibles. Cette mesure permettrait leur transmission et, malgré le coût des adaptations techniques, il serait opportun que cet objectif figure dans la loi.



**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit en l'occurrence de transmettre les données de l'administration à la MSA.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 6 bis est supprimé.*

**Article 7 :** Annuler la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux en cas de fraude

*Amendement AS103 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Cet amendement vise à rendre automatique l'annulation par l'assurance maladie des cotisations sociales qu'elle a prises en charge au bénéfice du professionnel de santé reconnu coupable de fraude.

**Mme la rapporteure générale.** Je partage pleinement l'intention de cet amendement : nous devons faire preuve de fermeté lorsqu'il est avéré qu'un professionnel de santé a commis une fraude. Cette exigence ne doit évidemment pas se limiter aux professionnels de santé : elle s'impose aux pouvoirs publics dans leurs rapports avec toutes les professions. Mais j'avais déjà eu l'occasion en première lecture d'évoquer la fragilité juridique majeure du dispositif proposé.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS104 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Cet amendement prévoit que soit récupéré l'ensemble des cotisations sociales que l'assurance maladie a prises en charge au bénéfice du professionnel de santé lorsque celui-ci a été reconnu coupable de fraude.

**Mme la rapporteure générale.** Vous prévoyez une sanction automatique, ce qui est probablement contraire à la Constitution. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS81 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet article va dans le bon sens pour lutter contre la fraude. Il faut d'ailleurs mieux lutter contre tous les types de fraude, car celle-ci n'est pas seulement le fait des professionnels de santé.

Il n'est pas prévu que ces sanctions fassent l'objet de discussion avec les représentants des professionnels de santé. Ce point aurait dû faire partie des

négociations conventionnelles, qui ont repris. Tel est le sens de cet amendement quasi rédactionnel, qui vise à respecter le dialogue social.

**Mme la rapporteure générale.** Cette procédure associe déjà des représentants des professionnels de santé, dans le cadre de la commission des pénalités. Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 7 non modifié.*

**Article 7 ter :** *Sanctionner pénalement l'incitation publique à la fraude sociale et la mise à disposition d'instruments destinés à faciliter la fraude*

*Amendement de suppression AS345 de M. Hadrien Clouet*

**M. Jean-Hugues Ratenon (LFI - NUPES).** Sombrant dans la démagogie la plus totale, le Gouvernement légifère à partir d'un fait divers, en réaction à une vidéo d'un youtubeur qui s'était vanté de toucher indûment l'allocation aux adultes handicapés (AAH).

La fraude aux prestations sociales, estimée entre 1 et 3 milliards d'euros par an, relève en majeure partie d'erreurs de déclaration et elle est pour l'essentiel non intentionnelle. Le durcissement du régime de sanctions pour lutter contre des réseaux organisés d'incitation ou de facilitation de la fraude sociale ne se fonde sur aucune réalité empirique. La manœuvre vise en réalité à ajouter au discours nauséabond sur un prétendu assistanat qui creuserait le trou de la sécurité sociale.

Le Gouvernement espère ainsi faire diversion, car la principale atteinte aux finances publiques résulte de la fraude fiscale, qui représente 80 à 100 milliards d'euros par an.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons supprimer cet article.

**Mme la rapporteure générale.** Vous voulez supprimer un article qui permet de mieux lutter contre la fraude sociale, ce qu'attendent nos concitoyens. Il faut tout mettre en œuvre pour lutter contre cette fraude. Je relève d'ailleurs que le dispositif ne vise pas seulement les prestations. Il concerne aussi les contributions.

Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** J'ai beaucoup de respect pour notre collègue Ratenon, mais il se trompe lorsqu'il dit que la fraude sociale n'existe pas. Elle est documentée dans plusieurs rapports, dont celui de la Cour des comptes publié en 2019 et celui de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale relative à la lutte contre les fraudes aux prestations sociales.

La fraude sociale existe, notamment en ce qui concerne l'AAH. Il faut la combattre, comme toutes les autres formes de fraude – dont la fraude fiscale. Cet article est l'un des outils pour le faire.

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Nous n'avons pas dit que la fraude sociale n'existait pas. Nous sommes bien conscients qu'elle est réelle, mais il existe déjà des outils pour lutter contre elle.

En outre, cet article est une réaction à un fait divers. Si nous légiférons chaque fois qu'il y en a un, nous n'en sortirons pas et, surtout, nous ne conserverons pas la capacité d'analyse et de recul qui doivent être le propre du législateur.

Je suis convaincue que cet article ne répond pas au fond du problème.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 7 ter non modifié.*

**Article 7 quinquies :** *Information des ordres professionnels en cas de fraude d'un professionnel de santé*

*Amendement AS531 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir une disposition introduite en première lecture par notre assemblée, qui prévoit la transmission par l'assurance maladie aux ordres professionnels des informations portant sur fraudes commises par un professionnel de santé.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 7 quinquies est ainsi rétabli.*

**Article 7 sexies (nouveau) :** *Maintien des pénalités et majorations de retard dues aux régimes agricoles liées à une infraction de travail dissimulé en cas de procédure collective*

*La commission adopte l'article 7 sexies non modifié.*

## Chapitre II

### **Simplifier le recouvrement social et le financement de la sécurité sociale**

**Article 8 :** *Simplification de l'organisation du recouvrement*

*Amendement AS508 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement permet de sécuriser les relations financières entre la MSA et ses partenaires, notamment ceux pour qui elle recouvre les contributions de formation professionnelle et la taxe d'apprentissage.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS80 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement prévoit que lorsqu'une branche professionnelle choisit de confier à un organisme tiers la collecte des contributions au fonds de financement du paritarisme, l'opérateur de compétences (Opc) dont elle relève communique les informations relatives aux entreprises concernées et nécessaires à cette collecte. Il est important de préciser la nature des informations et les modalités de cette communication.

**Mme la rapporteure générale.** Je comprends votre intention mais j'envisageais plutôt de conserver la rédaction du Sénat. Il me faudrait un peu de temps pour étudier les conséquences de ce que vous proposez. Je vous apporterai une réponse d'ici à demain.

Demande de retrait.

**M. Thibault Bazin (LR).** J'espère que nous pourrions avancer, car ces échanges d'information et l'évolution des outils permettraient aux acteurs de mieux travailler ensemble.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS164 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'article 8 prévoit notamment la possibilité pour les branches professionnelles de confier aux Opc la collecte des contributions relatives au financement du paritarisme.

Or certaines branches ne souhaitent pas user de cette faculté, mais préfèrent confier la réalisation de cette collecte à un organisme tiers. Pour cela, il est nécessaire que l'Opc de référence – qui dispose des informations relatives aux entreprises rattachées et indispensables à la réalisation de cette collecte – soit autorisé à les transmettre à l'organisme tiers.

**Mme la rapporteure générale.** Même réponse que pour l'amendement précédent.

*L'amendement est retiré.*

*La commission adopte l'article 8 modifié.*

**Article 8 bis A (nouveau) :** *Dispositif transitoire d'étalement du paiement des cotisations et contributions sociales par les entreprises ultramarines*

*La commission adopte l'amendement AS509 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 8 bis A est supprimé.*

**Article 9** : *Simplification du schéma de financement du système de retraite dans le cadre de l'extinction des régimes spéciaux*

*Amendements de suppression AS83 de M. Thibault Bazin, AS169 de M. Sébastien Peytavie, AS251 de M. Frédéric Mathieu et AS424 de M. Pierre Dharréville*

**M. Thibault Bazin (LR)**. Lors de l'examen en commission du PLFSS en première lecture, nous nous sommes inquiétés au sujet de l'Agirc-Arrco. Nous voulions nous assurer que ces organismes ne seraient pas mis à contribution pour financer des mesures prévues par la réforme des retraites. Au fond, ce qui appartient aux salariés doit rester aux salariés.

Un certain nombre d'avancées et de précisions ont été obtenues au Sénat. Je vais donc retirer mon amendement, en espérant que les engagements seront conservés en l'état. Mais nous restons vigilants.

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES)**. Une nouvelle fois, nous avons l'impression de vivre dans le jour de la marmotte : nous étions contre la suppression des régimes spéciaux lors de la réforme des retraites et cet article poursuit le basculement vers le régime général.

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES)**. Notre amendement est identique à celui de M. Bazin, mais nous ne partageons pas ses scrupules.

Vous voulez commettre un hold-up sur le régime Agirc-Arcco. On sait que le projet du Gouvernement consiste à y ponctionner entre 1 et 3 milliards d'euros par an.

Or, comme l'a dit à l'instant notre collègue de droite, cet argent est issu des cotisations. Il est donc la propriété sociale et collective des travailleurs qui ont consenti à ces cotisations pour qu'elles soient gérées collectivement de manière démocratique.

On ferait mieux de s'inspirer de ce que font les travailleurs dans ce type d'organismes pour généraliser la méthode à la sécurité sociale, plutôt que d'essayer d'y mettre fin en se servant dans leur sein – ce qui correspond à une forme de fiscalisation des régimes de protection sociale, l'État estimant qu'il peut utiliser à sa guise et à son profit les sommes accumulées grâce aux cotisations antérieures des salariés.

Toutes ces raisons nous conduisent à proposer de supprimer l'article 9, au nom du droit des salariés d'administrer eux-mêmes leurs cotisations sociales.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES)**. Comme cela a été fort bien dit précédemment, cet article vise à assurer l'équilibre des régimes spéciaux, qui ont été fermés en utilisant le 49.3 – contre l'avis d'une majorité de l'opinion publique et sans doute de l'Assemblée nationale.

Notre groupe n'a pas changé d'avis sur ce sujet, d'autant que l'ensemble des projections présentées dans ce PLFSS montre bien que le choix de fermer les régimes spéciaux et de reporter de deux ans l'âge légal de départ à la retraite n'aura que peu d'effets sur le déficit de l'assurance vieillesse. En revanche, il aura de lourdes conséquences en matière de chômage des seniors et du point de vue de la santé de l'ensemble des travailleurs.

En outre, la fermeture des régimes spéciaux crée des déficits, puisque le nombre de cotisants sera moindre et que les pensions devront continuer à être versées.

Pour combler le manque de ressources, le Gouvernement voulait d'ailleurs piocher de force dans les réserves de l'Agirc-Arrco. J'invite M. Bazin à ne pas se laisser embobiner par le Gouvernement, puisque la possibilité d'utiliser ces réserves figure toujours dans le texte et que le Gouvernement est en train d'essayer de forcer la main de l'Agirc-Arrco.

Nous proposons donc de supprimer cet article.

**Mme la rapporteure générale.** En toute cohérence, avis défavorable. D'ailleurs, mon amendement suivant rétablit l'écriture retenue en première lecture afin de permettre aux représentants syndicaux et patronaux de conclure la convention de solidarité de l'Agirc-Arrco au profit des petites retraites.

**M. Thibault Bazin (LR).** La version du Sénat diffère de celle de l'Assemblée nationale : la compensation de la fermeture des régimes spéciaux a remplacé la contribution au titre de la solidarité financière. Les représentants de l'Agirc-Arrco ne nient pas la pertinence d'un tuilage, notamment pour les nouveaux ayants droit, ni leur participation à l'extinction des régimes spéciaux.

Certaines mesures de la réforme des retraites, comme la valorisation des petites pensions, ont un coût : nos interlocuteurs de l'Agirc-Arrco ont réitéré leur opposition à la participation des excédents de leur régime au financement de ces dispositions puisqu'ils seront déjà mobilisés pour financer d'autres mesures, notamment le cumul entre l'emploi et la retraite. Je préfère apporter ces précisions car le paysage est complexe.

*L'amendement AS83 ayant été retiré, la commission rejette les amendements.*

*Amendement AS510 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Comme je l'ai indiqué, l'amendement vise à rétablir la possibilité pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agirc-Arrco de négocier, par voie conventionnelle, une contribution au titre de la solidarité du système de retraite.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je m'oppose fortement à l'amendement. Le Gouvernement entretient le flou sur le sujet. Votre amendement de rétablissement ne vise-t-il pas à anticiper l'échec des discussions ? Remettre ce couperet est pour nous une ligne rouge ; cette attitude arrive au plus mauvais moment, car nous avons besoin d'insuffler une dynamique de coconstruction, notamment entre les partenaires sociaux sur le cumul entre l'emploi et le travail et sur la revalorisation du travail.

Cet amendement envoie un très mauvais message : conservez la version du Sénat, qui garantit en outre le financement de l'extinction des régimes spéciaux.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS13 de M. Jérôme Guedj et AS350 de Mme Caroline Fiat **tombent**.*

*Amendement AS511 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à sécuriser la contribution des industries électriques et gazières de la Banque de France et de la RATP au financement du compte professionnel de prévention de leurs personnels recrutés depuis le 1<sup>er</sup> septembre.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS512 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement a pour objet de rétablir les dispositions du texte de l'Assemblée nationale sur les modalités de fixation de la contribution tarifaire d'acheminement.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je m'oppose là encore à l'amendement, car la version du Sénat intègre davantage les propositions des acteurs. Notre pays a besoin de cohésion sociale ; le collège paritaire de l'Agirc-Arrco a appelé, non à supprimer l'article 9, mais à le modifier. Vous allez nous obliger à nous opposer à l'article 9 alors qu'un chemin est possible pour trouver un accord avec les représentants du régime.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 9 **modifié**.*

**Article 10** : *Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale et avec le budget de l'État*

*Amendement de suppression AS212 de M. Pierre Dharréville*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** L'article 10 porte sur les transferts financiers entre la sécurité sociale et le budget de l'État en 2024. Il est

important pour comprendre les évolutions du financement de la sécurité sociale et de la philosophie de son modèle. Nous dérivons progressivement d'un système assis sur les cotisations sociales des employeurs et des travailleurs destinées à financer des prestations sociales ouvertes, sans contrepartie, à toutes et tous à un système reposant sur le financement de l'État, qui impose des conditions au versement des prestations.

La fiscalisation des recettes de la sécurité sociale a commencé par la création de la contribution sociale généralisée (CSG) et n'a cessé de progresser, au point que les ressources fiscales sont équivalentes aux recettes sociales dans le budget de celle-ci. En 2024, les 640 milliards d'euros de recettes proviennent pour moitié de cotisations sociales et pour moitié de la CSG, de la TVA et des taxes affectées. Les recettes de la taxe sur les salaires, de la taxe sur les véhicules de tourisme affectés à des fins économiques ou de la taxe générale sur les activités polluantes contribuent indirectement à financer la suppression des cotisations sociales décidée par les gouvernements successifs.

Le Gouvernement doit trouver 87,9 milliards d'euros pour compenser les exonérations de cotisations sociales des entreprises : la seule solution est de rétablir ces cotisations.

**Mme la rapporteure générale.** Votre amendement est d'appel puisque l'article 10 augmente les ressources de la sécurité sociale. Nous reviendrons sur les cotisations sociales lorsque nous examinerons l'article 10 *quinquies*.

Nous prévoyons de geler les bornes d'éligibilité des « bandeaux » maladie et famille : cela représente un gain de 600 millions d'euros, qui sera affecté à la sécurité sociale.

L'avis est défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS513 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à rétablir la version de l'Assemblée nationale et à modifier la clef de répartition de la taxe sur les salaires.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS260 de Mme Caroline Fiat*

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Cet amendement vise à supprimer les alinéas 16 et 17 de l'article.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*



*Amendement AS514 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de rétablir la neutralisation de l'augmentation des ressources de la CNSA sur les plafonds de concours de l'APA et de la PCH.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS515 de Mme Stéphanie Rist et sous-amendement AS581 de Mme Caroline Fiat*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir les dispositions compensant partiellement les allègements généraux au profit de l'Unedic.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Nous proposons de plafonner l'absence de compensation des pertes de cotisations chômage pour l'Unedic, dans le but de limiter la participation de l'organisme au financement de France Travail.

**Mme la rapporteure générale.** L'avis est défavorable : nous avons déjà débattu de la question en première lecture. Les économies financeront les politiques de l'emploi, ce qui améliorera les comptes de la sécurité sociale.

*Successivement, la commission rejette le sous-amendement et adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 10 modifié.*

**Article 10 bis A (nouveau) :** *Exonération des non-résidents de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale sur les revenus du patrimoine qu'ils perçoivent en France*

*La commission adopte l'amendement de suppression AS532 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence l'article 10 bis A est supprimé.*

**Article 10 bis :** *Affiliation au régime des non-salariés agricoles des exploitants de petites surfaces agricoles sous conditions de revenus*

*La commission adopte l'article 10 bis non modifié.*

**Article 10 ter :** *Réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants*

*Amendement de suppression AS261 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'assiette unique pour les cotisations sociales, la CSG et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) pourrait être plus large, pour les professions libérales, que l'assiette actuelle des cotisations sociales : ce changement augmenterait les charges des professionnels concernés.

Afin que la réforme de l'assiette ne pénalise aucun travailleur indépendant, nous proposons de garantir que la nouvelle assiette ne soit pas supérieure à l'actuelle.

Cet amendement de suppression d'un article ajouté au dernier moment, lors du recours à l'article 49, alinéa 3, par le Gouvernement, peut surprendre ; néanmoins, après échange avec l'administration, il nous est apparu que nous ne disposions pas d'une étude d'impact de la mesure sur l'ensemble des acteurs ; les chiffres sont contestés, et il est possible que la réforme fasse des perdants dont il est difficile d'évaluer le nombre. L'article pourrait affecter à terme l'équilibre des caisses et l'augmentation des cotisations. Une analyse approfondie est nécessaire, parce que nous ne mesurons pas toutes les conséquences de ce changement.

**Mme la rapporteure générale.** Vous appelez notre attention sur les éventuels perdants de la réforme de l'assiette sociale des travailleurs indépendants, pour laquelle vous aviez vous-même montré de l'intérêt l'année dernière.

La notion de perdants doit être mise en perspective, puisque la nouvelle assiette se traduira par davantage de cotisations, donc davantage de droits pour les travailleurs indépendants. Or, comme l'assiette des cotisations et celle de la CSG seront unifiées, le plafonnement de la seconde limiterait l'impact positif de la réforme sur les droits sociaux des indépendants.

Les cotisations sociales de certains professionnels pourraient augmenter plus fortement que ne diminueraient la CSG et la CRDS : cette situation concernerait, hors les microentrepreneurs, moins de 8 % des travailleurs indépendants, dont une majorité serait constituée de professionnels libéraux percevant des revenus nets annuels supérieurs à 130 000 euros ; dans la plupart des cas, ces hausses seraient partiellement compensées par une baisse correspondante d'impôt sur le revenu et s'élèveraient à des niveaux inférieurs à 1 % du revenu net des professionnels concernés – elles pourraient se situer entre 1 % et 2 % pour de rares travailleurs indépendants dont les revenus dépassent 220 000 euros par an et pour les médecins conventionnés en secteur 2.

L'avis est défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Mon amendement visait à échanger sur la question ; fort des éléments que vous venez de fournir, je retire l'amendement.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS160 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il est nécessaire de porter un regard à la fois microéconomique et macroéconomique sur l'équilibre des caisses. La réforme conduira à une augmentation des cotisations maladie de certains assurés et à une baisse des cotisations retraite, sauf si leur taux augmentait comme s'y sont déclarées prêtes les différentes caisses. Il y aura des effets incitatifs, d'autres dissuasifs : certains professionnels pourraient diminuer leur activité.

Quand on modifie un système, il faut toujours penser aux dynamiques d'impact. Je vous demande une étude d'impact sur l'équilibre des caisses de retraite et deux autres sur les effets de l'évolution des cotisations sociales et des pensions pour l'ensemble de ces professionnels.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet article ayant été ajouté au moment du recours à l'article 49, alinéa 3, il n'est pas couvert par l'étude d'impact qui accompagne le dépôt du projet de loi. Je reconnais la nécessité de modifier la donne pour les indépendants, mais il faut étudier les conséquences de la réforme sur les professions libérales. Prenons le cas des infirmières : elles travaillent et gagnent beaucoup à certaines périodes et travaillent peu ou pas à d'autres ; il faut donc évaluer l'impact sur le temps long, notamment sur le calcul de la retraite et sur l'équilibre des caisses. Je demande simplement l'élaboration d'une étude sur l'impact de cet article : n'oublions pas que les avocats et les médecins ont été très inquiets. Il faut s'assurer que la réforme fonctionne pour l'ensemble des caisses.

**Mme la rapporteure générale.** Vous avez raison de relayer cette inquiétude, que nous avons également entendue : la réforme ne sera déployée qu'en 2025 ; nous avons donc toute l'année 2024 pour travailler avec les indépendants et avec les caisses, comme le Gouvernement s'y est engagé, et pour adapter le dispositif si nécessaire.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS552 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, qui prévoyait le cadrage par l'État de l'évolution des paramètres des régimes complémentaires des professionnels libéraux, dans le cadre de la réforme de l'assiette des cotisations sociales.

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous devons trouver un équilibre avec la version adoptée par le Sénat, par exemple sur le calendrier du déploiement de la réforme.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 10 ter modifié.*

**Article 10 quinquies :** *Modification des bornes maximales de salaires ouvrant droit au bénéfice des « bandeau famille » et « bandeau maladie »*

*Amendement de suppression AS244 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Je crains que l'article 10 quinquies, qui limite les exonérations de cotisations patronales, dissuade les employeurs, notamment dans l'industrie, d'augmenter l'emploi et les salaires. Voilà pourquoi je souhaite supprimer l'article.

Certaines politiques publiques ne visent que l'emploi, d'autres que la compétitivité, mais il y a parfois des liens entre eux, surtout dans le secteur industriel.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS353 de M. Frédéric Mathieu*

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** Cet amendement vise à durcir modérément le dispositif de l'article, en diminuant de 2,5 à 1,6 Smic le plafond au-dessus duquel les exonérations de cotisations maladie sont limitées.

Selon les données accessibles, le produit des allègements généraux de cotisations sociales devrait progresser de 2,5 % en 2024 : ces ressources seraient bien plus utilement allouées si elles abondaient les caisses de la sécurité sociale. Aucune étude n'a jamais prouvé l'effet sur l'emploi des allègements de cotisations sociales, alors que le phénomène de trappe à pauvreté qu'ils contribuent à créer est évident.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS358 de Mme Ségolène Amiot*

**Mme Ségolène Amiot (LFI - NUPES).** Dans la même veine, l'amendement a pour objet d'abaisser de 3,5 à 2,5 Smic le plafond au-dessus duquel les exonérations de cotisations sociales de la branche famille sont limitées.

Les allègements de cotisations sociales sont inefficaces et privent la sécurité sociale d'environ 2 milliards d'euros. Il serait bien plus profitable de remplir les caisses de la sécurité sociale et de limiter plus fortement les exonérations de cotisations sociales.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 10 quinquies **non modifié**.*

**Article 10 sexies A (nouveau) :** *Modification des règles de prise en compte des salariés mis à disposition par des groupements d'employeurs dans leur effectif*

*La commission **adopte** l'article 10 sexies A **non modifié**.*

**Article 10 sexies B (nouveau) :** *Suppression de la restriction selon laquelle l'obligation pour l'employeur de prendre partiellement en charge le coût des services de location de vélos s'applique aux seuls services publics de location de vélos*

*La commission **adopte** l'article 10 sexies B **non modifié**.*

**Article 10 sexies C (nouveau) :** *Pérennisation de la possibilité d'exonérer de cotisations et contributions sociales la prise en charge par l'employeur des frais d'abonnements aux transports publics de ses salariés jusqu'à 75 % de leur prix*

*Amendement de suppression AS516 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Nous abordons une série d'amendements visant à supprimer des articles introduits par le Sénat.

L'article 10 *sexies* C pérennise le taux d'exonération de 75 % des cotisations sociales des employeurs au titre des abonnements de transport souscrits pas les salariés.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 sexies C est **supprimé**.*

**Article 10 sexies D (nouveau) :** *Extension aux établissements publics de coopération intercommunale de l'exonération patronale pour l'emploi des aides à domicile dont bénéficient les centres intercommunaux d'action sociale*

*Amendement de suppression AS517 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Le présent article étend aux établissements publics de coopération intercommunale l'exonération de cotisations sociales employeurs.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 sexies D est **supprimé**.*

**Article 10 sexies E (nouveau) :** *Création d'une exonération exceptionnelle de cotisations sociales pour les entreprises du secteur vitivinicole*

*Amendement de suppression AS518 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'article exonère de cotisations sociales employeurs les entreprises de la filière viticole.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 sexies E est **supprimé** et l'amendement AS153 de M. Sébastien Peytavie **tombe**.*

**Article 10 sexies F (nouveau) :** *Renforcement de l'exonération de cotisations patronales dite « Lodeom » applicable outre-mer pour les entreprises du secteur des bâtiments et travaux publics pour 2025 et 2026*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS519 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 10 sexies F est **supprimé**.*

**Article 10 sexies G (nouveau) :** *Pérennisation du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS520 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 10 sexies G est **supprimé**.*

**Article 10 sexies H (nouveau) :** *Extension du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi aux coopératives agricoles de fruits et légumes*

*Amendement de suppression AS521 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons débattu, en première lecture, du sujet de cet article que l'amendement vise à supprimer.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je regrette la suppression de ces articles, dans lesquels je me retrouve beaucoup. Je rêverais que l'Assemblée nationale soit capable de les adopter, mais je me sens minoritaire...

Nous avons prolongé le dispositif d'exonération lié à l'emploi des travailleurs occasionnels et des demandeurs d'emploi dans le secteur agricole pour quelques années, alors que le Sénat souhaite sa pérennisation : je ne sais pas où nous serons dans quelques années, mais le dispositif sera, à mon avis, toujours là.

Je vous invite, madame la rapporteure générale, à ranger votre sécateur et à conserver ces beaux articles. Je m'opposerai à votre amendement de suppression.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 sexies H est **supprimé**.*

**Article 10 sexies I (nouveau)** : *Application du dispositif de réduction de cotisations sociales pour les employeurs mettant leurs agents publics sapeurs-pompiers volontaires à disposition des services départementaux d'incendie et de secours*

*Amendement de suppression AS522 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Je garde mon sécateur pour supprimer cet article qui étend aux employeurs publics le dispositif de réduction de cotisations pour la mise à disposition d'agents publics engagés en tant que sapeurs-pompiers volontaires.

**M. Thibault Bazin (LR).** Après une déclaration d'amour aux agriculteurs, passons aux pompiers : tout le monde les aime, surtout à l'approche de la Sainte-Barbe. Dans les territoires ruraux, il est nécessaire que davantage d'agents publics puissent être engagés comme sapeurs-pompiers volontaires. L'article n'est peut-être pas parfaitement rédigé, mais nous pourrions y travailler d'ici à la séance publique de demain.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 sexies I est supprimé.*

**Article 10 nonies** : *Habilitation à réviser par ordonnances le parcours déclaratif des travailleurs indépendants et l'assiette sociale des personnes non-salariées agricoles résidant dans les départements et régions d'outre-mer*

*Amendements de suppression AS210 de M. Yannick Monnet et AS271 de M. Thibault Bazin*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Cet article habilite le Gouvernement à légiférer par ordonnances pour adapter les dispositions du projet de loi aux territoires d'outre-mer. Avec la perspective du 49.3, l'amendement perd de son intérêt, mais il est inacceptable que les dispositions relatives aux outre-mer soient systématiquement, projet de loi après projet de loi, prises par ordonnances.

Les législateurs doivent délibérer en intégrant pleinement les problématiques de ces territoires dans leur réflexion et leurs décisions.

**M. Thibault Bazin (LR).** Que le Gouvernement puisse, pour les régimes complémentaires dans les territoires d'outre-mer, fixer par ordonnance le mode de calcul, le montant, les taux de cotisation et les valeurs d'achat et de service, dans l'hypothèse où les caisses ne le feraient pas dans un délai contraint, pose problème. Il serait plus opportun d'accélérer les discussions, de manière à faire évoluer cet article.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** les amendements.

Puis elle **adopte** l'article 10 nonies **non modifié**.

**Article 10 decies** : Rapport d'évaluation des conséquences de la suppression du Régime social des indépendants sur les difficultés rencontrées par les indépendants en outre-mer pour rembourser leurs dettes envers ce régime

Amendement AS523 de Mme Stéphanie Rist.

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement vise à rétablir la rédaction adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale, en vue de demander au Gouvernement de remettre au Parlement un rapport sur les difficultés rencontrées par les travailleurs indépendants outre-mer pour rembourser leurs dettes envers leur ancien régime social.

La commission **adopte** l'amendement.

En conséquence, l'article 10 decies est **ainsi rétabli**.

**Article 10 undecies (nouveau)** : Réforme de la contribution sur les boissons non alcooliques comprenant des sucres ajoutés

La commission **adopte** les amendements de suppression AS524 de Mme Stéphanie Rist et AS447 de M. Paul Christophe.

En conséquence, l'article 10 undecies est **supprimé**.

**Article 10 duodecies (nouveau)** : Création d'une contribution perçue sur les produits alimentaires transformés contenant des sucres ajoutés

La commission **adopte** les amendements de suppression AS525 de Mme Stéphanie Rist et AS462 de M. Paul Christophe.

En conséquence, l'article 10 duodecies est **supprimé**.

**Article 10 terdecies (nouveau)** : Unification des catégories fiscales pour le tabac à chauffer

Amendement de suppression AS526 de Mme Stéphanie Rist

**Mme la rapporteure générale.** Nous souhaitons supprimer l'article par cohérence avec les positions que nous avons prises lors de la première lecture du projet de loi.

La commission **adopte** l'amendement.

En conséquence, l'article 10 terdecies est **supprimé**.



**Article 10 quaterdecies (nouveau) :** *Instauration d'une taxe sur les dépenses de publicité portant sur les jeux d'argent et de hasard*

*La commission adopte l'amendement de suppression AS533 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 10 quaterdecies est supprimé.*

### Chapitre III

## **Améliorer la lisibilité de la régulation macroéconomique des produits de santé**

**Article 11 :** *Simplification des mécanismes de régulation macroéconomique des produits de santé*

*Amendement de suppression AS270 de M. Jérôme Legavre*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Cet article représente un cadeau financier aux entreprises pharmaceutiques et à celles qui vendent des dispositifs médicaux.

Au prétexte de conduire une simplification, l'article réforme le mode de calcul de la clause de sauvegarde visant à circonscrire l'assiette de la contribution au seul montant remboursé par l'assurance maladie, en lieu et place du chiffre d'affaires.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Si nous voulons produire à nouveau des médicaments en France pour assurer notre souveraineté sanitaire, il faut s'en donner les moyens. Cela passe par de la lisibilité et de la visibilité. Des discussions approfondies se sont tenues et des engagements ont été pris : ce n'est pas l'idéal, mais il faut au moins conserver cet acquis, donc maintenir l'article 11.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Ce qu'il faut, c'est un pôle public du médicament.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS560 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale adoptée en première lecture. Le dispositif plafonne la contribution due par chaque entreprise redevable au titre des spécialités génériques qu'elle exploite.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 11 est **ainsi rédigé** et les amendements AS298 de M. Yannick Neuder, AS200 de M. Pierre Dharréville, AS368 de M. Damien Maudet et AS267 de M. Thierry Frappé **tombent**.*

**Article 11 bis A (nouveau)** : *Rapport de la Caisse nationale de l'assurance maladie en cas de cessation de prise en charge d'un produit inscrit sur la liste en sus*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS527 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 11 bis A est **supprimé**.*

**Article 11 ter** : *Modification du taux applicable à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux*

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS373 de Mme Caroline Fiat.*

*Amendement AS528 de Mme Stéphanie Rist.*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à rétablir une précision, adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture, selon laquelle la contribution liée à la clause de sauvegarde des dispositifs médicaux n'est pas due lorsque la différence entre le remboursement de l'assurance maladie et le montant Z est négative.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 ter **modifié**.*

## TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**Article 13** : *Tableaux d'équilibre pour 2024*

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** les amendements de suppression AS129 de M. Sébastien Peytavie et AS201 de M. Yannick Monnet.*

*Amendement AS351 de Mme Ségolène Amiot*

**M. Hadrien Clouet (LFI - NUPES).** La Cades, qui absorbe une partie des créances de la sécurité sociale pour, par des versements réguliers à la sécurité sociale, rembourser ses créanciers privés, pose problème d'un point de vue politique, comptable et même moral, du simple fait de son existence puisque les engagements de la sécurité sociale sont supérieurs aux recettes qui lui sont affectées. Son utilisation pose également problème puisque, cette année, 16 milliards d'euros

sont immobilisés pour rembourser les créanciers privés. Nous proposons que ce remboursement soit étalé afin de dégager des ressources pour le régime d'assurance maladie, le régime de retraite et les hôpitaux.

**Mme la rapporteure générale.** Le meilleur moyen de ne plus supporter les coûts liés à l'amortissement de la dette sociale est de permettre à la Cades de faire son travail. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS370 de Mme Ségolène Amiot*

**M. Hadrien Clouet (LFI-NUPES.** Le remboursement de 16 milliards d'euros sur une année est excessif. Le rythme du remboursement lissé sur plusieurs années détermine les fonds disponibles chaque année. Il nous semble préférable de renégocier avec les créanciers le niveau des intérêts et le délai de remboursement afin de pouvoir dégager des fonds et effectuer des dépenses utiles pour le système de protection sociale.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 13 **non modifié**.*

**Article 16** : *Approbation de l'annexe A*

*Amendement AS534 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement propose de rétablir l'article 16 et l'annexe A, supprimés par le Sénat.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 16 et l'annexe A sont **ainsi rétablis**.*

*Puis la commission **adopte** la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 **modifiée**.*

TROISIÈME PARTIE  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2024

TITRE I<sup>ER</sup>  
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Chapitre I<sup>er</sup>  
**Poursuivre la transformation du système de santé pour renforcer la  
prévention et l'accès aux soins**

**Article 17** : *Déploiement de la campagne de vaccination HPV dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins*

*Amendement AS561 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement supprime la disposition, introduite par le Sénat, rendant obligatoire la consultation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS562 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Par cet amendement, je propose de supprimer une disposition introduite par le Sénat relative à l'organisation des campagnes d'information.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS189 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** La vaccination contre le papillomavirus n'est aujourd'hui obligatoire qu'au collège. Par cet amendement, initialement proposé par nos amis socialistes, je demande au Gouvernement de remettre un rapport sur l'élargissement de la vaccination au-delà du collège.

**Mme la rapporteure générale.** Lors de la discussion en première lecture en séance, le ministre s'est engagé à évaluer cette possibilité. La remise d'un rapport est donc inutile.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 17 modifié.*

**Article 17 bis (nouveau) :** *Extension de l'obligation vaccinale contre les infections invasives à méningocoques à d'autres sérogroupes et suppression du rapport annuel du Gouvernement sur l'impact de l'extension vaccinale des nourrissons*

*La commission **adopte** l'article 17 bis **non modifié***

**Article 20 :** *Évolution des rendez-vous prévention aux âges clefs de la vie*

*Amendement AS563 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer la disposition introduite par le Sénat précisant que l'organisation des rendez-vous de prévention doit être réalisée en coordination avec le médecin traitant.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS89 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement vise à intégrer la promotion de la vaccination dans les objectifs des rendez-vous prévention.

**Mme la rapporteure générale.** Il est superfétatoire car déjà satisfait. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** successivement les amendements en discussion commune AS186 de M. Sébastien Peytavie et AS367 de Mme Sandrine Rousseau.*

*Amendement AS379 de Mme Sandrine Rousseau*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES).** Cet amendement vise à prendre en compte l'impact environnemental – produits chimiques contenus dans les aliments, risques de transmission de virus de l'animal à l'humain – dans les consultations de prévention.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS564 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer une disposition, introduite par le Sénat, précisant dans la loi les professionnels pouvant

participer aux rendez-vous de prévention car, une fois l'expérimentation en cours dans le Nord achevée, la liste de ces professionnels sera définie par décret.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS565 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement supprime la date butoir pour la publication de l'arrêté du ministre de la santé portant sur les conditions de mise en place des rendez-vous de prévention.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS91 de M. Thibault Bazin **tombe**.*

*Amendement AS90 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Afin d'impliquer l'ensemble des acteurs du système de santé, les détails des rendez-vous de prévention doivent pouvoir être fixés dans les négociations conventionnelles habituelles. Tel est l'objet de cet amendement qui vise à supprimer l'alinéa 10.

**Mme la rapporteure générale.** La réouverture des négociations conventionnelles serait un processus lourd et long, alors que nous souhaitons mettre en place les rendez-vous de prévention le plus rapidement possible.

**M. Thibault Bazin (LR).** Il me semble que des négociations sont en cours.

**Mme la rapporteure générale.** Elles ne concernent que les médecins.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS92 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement vise à préciser les modalités de la mise en œuvre du dépistage et de la prévention visuelle à l'occasion des rendez-vous de prévention afin notamment de détecter les signes avant-chuteurs chez les personnes âgées. N'oublions pas que les chutes sont responsables de 130 000 hospitalisations par an.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 20 **modifié**.*

**Article 20 bis A (nouveau) :** *Expérimentation du financement de programmes d'activité physique adaptée pour des patients atteints de cancer*

*Amendement AS316 de M. Frédéric Valletoux*

**M. Paul Christophe (HOR).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS317 de M. Frédéric Valletoux*

**M. Paul Christophe (HOR).** L'amendement est défendu.

**Mme la rapporteure générale.** Avis favorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Madame la rapporteure générale, vous vous êtes prononcée contre un de mes amendements car vous le jugiez superfétatoire. Cela me semble être le cas de cet amendement et je ne vois pas de raison d'y être favorable, si ce n'est pour faire plaisir à M. Valletoux.

**M. Paul Christophe (HOR).** Cela va mieux en le disant !

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 20 bis A modifié.*

**Article 21 :** *Mieux articuler les droits à la complémentaire santé solidaire avec le bénéfice de certains minima sociaux*

*La commission adopte l'article 21 non modifié.*

**Article 22 :** *Inscription dans le droit commun des parcours issus des expérimentations de l'article 51*

*Amendement AS488 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer une disposition adoptée par le Sénat qui rigidifie l'écriture de l'article.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement AS126 de M. Thibault Bazin.*

*Amendement AS489 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer une disposition adoptée par le Sénat prévoyant la consultation des représentants des professionnels.

**M. Thibault Bazin (LR).** La réussite des parcours de soins coordonnés implique la consultation des professionnels. Cela va mieux en l'écrivant, comme dirait mon collègue Paul Christophe...

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS122 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement vise à réinstaurer le dialogue conventionnel interprofessionnel dans le cadre de la fixation des montants des forfaits prévus pour la prise en charge des parcours de soins renforcés et de leur ventilation.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS112 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Cet amendement apporte une précision visant à mieux coordonner les différents acteurs du parcours de réadaptation.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS132 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** La structure responsable de la coordination des parcours de soins coordonnés renforcés doit regrouper l'ensemble des acteurs y prenant part. Cet amendement vise à y intégrer les représentants des syndicats de professionnels de santé.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS133 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Afin de recueillir un avis favorable, je précise que cet amendement est soutenu par M. Valletoux ! (*Sourires.*) Il tend à préciser que c'est le médecin qui est chargé de coordonner la prise en charge du patient pendant le parcours. Je ne pense que cela est superfétatoire.

**Mme la rapporteure générale.** Les médecins jouent bien sûr un rôle central et ils continueront à le jouer dans le cadre des rendez-vous de prévention. La précision que vous proposez me semble donc superfétatoire.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*



*Amendement AS134 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Plusieurs professionnels de santé sont impliqués dans les rendez-vous de prévention. Le dialogue interprofessionnel doit donc être favorisé, nous en avons d'ailleurs discuté avec le ministre en séance publique. Cet amendement, dont la rédaction est sans doute imparfaite, est une occasion d'amorcer la réflexion sur ce sujet.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle **rejette** l'amendement AS135 de M. Thibault Bazin.*

*Amendement AS136 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** La présentation de cet amendement, que je retire, est l'occasion pour moi d'adresser une alerte à Mme la rapporteure sur le risque, auquel je la sais sensible, de voir les dispositifs de ce PLFSS devenir des « trucs technos » déconnectés de la réalité. Il est essentiel à cet égard que les projets régionaux de santé soient conçus après concertation avec les professionnels et prise en compte de leurs différents avis.

*L'amendement est **retiré**.*

*Amendement AS490 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer un amendement introduit par le Sénat prévoyant que les avis du Conseil stratégique des industries de santé relatifs à la généralisation des expérimentations doivent être formulés, au plus tard, trois mois avant leur échéance.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 22 **modifié**.*

**Article 22 bis A (nouveau) :** *Élargir la négociation conventionnelle de l'aide financière complémentaire pour cause de maternité ou paternité aux différentes professions de santé*

*La commission **adopte** l'article 22 bis A **non modifié**.*

**Article 22 bis :** *Inscrire la prévention comme un objectif à part entière du dispositif d'innovation en santé*

*La commission **adopte** l'article 22 bis **non modifié**.*

**Article 22 ter** : *Autoriser les professionnels de santé des établissements scolaires à adresser des assurés sociaux au dispositif MonSoutienPsy*

*Amendement de suppression AS165 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES)**. Le dispositif MonSoutienPsy n'est pas adapté pour un suivi psychologique de qualité. Cet amendement vise donc à le supprimer.

**Mme la rapporteure générale**. Nous sommes tous d'accord : ce dispositif doit être amélioré. Il a toutefois le mérite d'exister. Les professionnels de santé travaillant dans les établissements scolaires peuvent ainsi orienter des élèves vers ce dispositif, qui pourra améliorer leur qualité de vie.

Avis défavorable.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES)**. Ce PLFSS aurait pu être l'occasion de revoir ce dispositif. L'un de ses problèmes, ce sont les files d'attente devant les centres médico-psychologiques. Pour y remédier, des crédits supplémentaires pour recruter davantage auraient été nécessaires, mais ce n'est pas le choix de ce PLFSS. Je soutiens donc cet amendement qui supprime un dispositif qui ne fonctionne pas.

**Mme Sandrine Rousseau (Ecolo - NUPES)**. J'ajoute que, outre les files d'attente, le nombre limité de séances, le tarif, la nécessité d'une prescription médicale préalable font partie des problèmes de ce dispositif, unanimement dénoncé par les professionnels comme par les usagers. Malheureusement, nous ne pouvons pas discuter davantage de ce dispositif pivot du PLFSS. Je le regrette, car derrière ce débat se pose la question de la réelle prise en compte de la santé psychique, et particulièrement celle des enfants.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 22 ter non modifié.*

**Article 22 quater** : *Financement forfaitaire du traitement du cancer par radiothérapie*

*La commission adopte l'article 22 quater non modifié.*

## 2. Réunion du mercredi 22 novembre 2023 à 21 heures 15

*Lors de sa troisième réunion du mercredi 22 novembre, la commission des affaires sociales examine, en nouvelle lecture, le projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2024 (n° 1875) (Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale, Mme Caroline Janvier, MM. Paul Christophe, Cyrille Isaac-Sibille et François Ruffin, rapporteurs) <sup>(1)</sup>.*

**Mme la présidente Charlotte Parmentier-Lecocq.** Nous poursuivons l'examen en nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 : 171 amendements restent en discussion.

**Article 23 : Réforme des financements médecine-chirurgie-obstétrique des établissements de santé**

*Amendements identiques AS503 de Mme Stéphanie Rist et AS109 de M. Sébastien Peytavie*

**Mme Stéphanie Rist, rapporteure générale.** L'amendement vise à supprimer les alinéas 1 à 5, par lesquels le Sénat a souhaité expérimenter pendant trois ans la réforme du financement des établissements de santé. Pour rappel, celle-ci prévoit la limitation de la tarification à l'activité aux seules spécialités qui peuvent être financées de cette manière ainsi que l'attribution de dotations populationnelles pour des missions de service public. Elle prend également en compte toutes les activités non programmées, ce qui conduira à un financement plus équitable, par exemple pour les maternités.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Une réforme de la tarification à l'activité était attendue depuis de nombreuses années. L'expérimentation proposée par le Sénat n'est pas à la hauteur.

**M. Thibault Bazin (LR).** Devant un article qui n'éclairait pas suffisamment le chemin de la réforme, le Sénat a proposé, non pas de supprimer la réforme, mais d'en faire une expérimentation. De fait, j'ai besoin d'explications, car le ministre n'est pas clair sur le modèle qui en sortira.

**Mme la rapporteure générale.** Non seulement le Sénat prévoit une expérimentation, mais il en recule la date à 2028, ce qui n'est pas tout proche.

Le modèle du financement populationnel n'est pas nouveau ; il a été adopté pour les urgences, la psychiatrie ou encore les soins de réadaptation. Qu'il demande du temps pour être appliqué compte tenu des réformes de financement que les établissements, publics ou privés, ont connu dans les dernières années, nous l'entendons, et la rédaction de l'Assemblée nationale le prenait en considération. Il faut avancer vers un financement plus juste. On ne peut pas crier que les

---

(1) <https://assnat.fr/WssyN6>

établissements de santé sont en difficulté financière, et repousser les transformations et les réformes qui pourraient mieux les financer.

*La commission **adopte** les amendements.*

*Amendement AS504 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement vise à revenir à la rédaction initiale de la réforme du financement des établissements de santé.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement ASI06 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Il s'agit d'intégrer l'approche Une seule santé (*One Health*) à notre système de santé en ajoutant les mots « et environnementale » après le mot « publique ».

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons eu le débat en première lecture. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS380 de Mme Laurence Cristol*

**Mme Laurence Cristol (RE).** La rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture prévoyait la prise en charge par forfaits de prestations liées au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse. Il nous importe de la rétablir afin d'améliorer la qualité de vie des patients.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS505 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement supprime une disposition introduite par le Sénat.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement ASI07 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Vous avez précédemment refusé de prendre en considération l'enjeu déterminant de santé environnementale, peut-être accepterez-vous de faire de l'espérance de vie sans incapacité un objectif de santé publique.

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement semble satisfait. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

L'avis défavorable concernant la santé environnementale ne signifie pas nécessairement que nous nous opposons à l'objectif visé. Simplement, c'est une précision qui ne rentre pas dans le cadre de cette réforme de financement. Il ne faut pas caricaturer. Je vous rejoins entièrement sur ce sujet de la santé environnementale, et notre commission pourrait d'ailleurs s'emparer de ces enjeux fondamentaux, qui relèvent beaucoup de la politique européenne et mondiale.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS555 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de supprimer la remise d'un rapport annuel relatif à l'utilisation de la dotation populationnelle dans le domaine des activités de psychiatrie, introduite par le Sénat.

**M. Thibault Bazin (LR).** Quand on modifie les paramètres des dotations de financement, il faut en mesurer l'impact. On a vu, avec les réformes de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, que des écueils se dressent parfois, qui nécessitent le report des changements. Avec l'article 23, on pilote à vue. Pour une fois que le Sénat demande un rapport, c'est qu'il doit lui paraître nécessaire : il serait bon de le lui accorder. Il faudra bien qu'on puisse évaluer l'évolution de la dotation populationnelle, qui dépend aussi des territoires.

**Mme la rapporteure générale.** Dans le cadre du Printemps social de l'évaluation, j'avais pu évaluer les transformations de financement des établissements dans les dernières années. La réforme de la psychiatrie est en train de se déployer. Une telle évaluation semble prématurée.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS556 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement rétablit la rédaction initiale de l'Assemblée nationale et de la date d'entrée en vigueur de la réforme.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 23 **modifié**.*

**Article 23 bis (nouveau) :** *Expérimenter une rémunération forfaitaire des établissements de santé pour la mise à disposition d'expertise et l'appui à la prise en charge à domicile*

*La commission **adopte** l'article 23 bis **non modifié**.*

**Article 25 :** *Élargir les compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique*

*Amendement AS314 de M. Thierry Frappé*

**M. Thierry Frappé (RN).** Pour faciliter l'accès aux soins de patients souffrant, par exemple, d'angine ou de cystite aiguë, l'article 25 offre la possibilité aux pharmaciens d'officine de mener des entretiens d'orientation et de délivrer des traitements, y compris antibiotiques, en se fondant sur les résultats de tests rapides d'orientation diagnostique (Trod). Il convient de préciser que cette mesure de simplification ne devrait s'appliquer que dans les situations où ni un médecin ni un régulateur de santé ne sont disponibles pour le patient.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS145 de M. Thibault Bazin et AS294 de M. Thierry Frappé*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il s'agit de préciser les modalités de formation des pharmaciens et celles du retour d'information au médecin traitant dans le cadre de l'évolution des compétences. Comme l'activité de vaccination, cette nouvelle activité doit être encadrée.

**M. Thierry Frappé (RN).** Mon amendement a été travaillé avec la Confédération des syndicats médicaux français. Dans un contexte de pénurie médicale, l'évolution des compétences des pharmaciens vise à pallier les difficultés d'accès aux soins de la population. Cette pratique ne remplace pas l'expertise médicale ; elle doit pouvoir bénéficier à la population dans des conditions garantissant la sécurité et la qualité des soins. Comme la vaccination, cette nouvelle activité doit être encadrée à la fois par une condition de formation, justifiant l'acquisition de certaines compétences cliniques pour pouvoir poser un diagnostic et reconnaître les signes d'alerte ; et par une garantie de transmission d'informations au médecin traitant. Ces deux axes figureront dans le décret en Conseil d'État prévu.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons eu le débat en première lecture. Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS146 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Pour reprendre les mots de Pierre Dharréville, ça va mieux en l'écrivant. Un test n'est pas un diagnostic et encore moins un diagnostic différentiel. Il importe qu'il puisse faire l'objet d'une évaluation.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Je ne suis docteur ni en pharmacie, ni en médecine. Si la lecture d'un test n'est pas un diagnostic, de quoi s'agit-il ?

**M. Thibault Bazin (LR).** Je ne suis pas plus médecin que vous, mais il y a bien une différence entre un test et un diagnostic.

Madame la rapporteure générale, j'espère que la nuit vous portera conseil et que vous conviendrez demain que l'évaluation mérite d'être précisée.

**Mme la rapporteure générale.** Je ne comprends pas bien ce que vous entendez par « évaluation » : souhaitez-vous évaluer les malades ? la quantité de pharmaciens qui effectuent des tests ?

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements AS147 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Ne faites pas semblant de ne pas comprendre. Il s'agit d'évaluer le dispositif de facilitation de la prise en charge, pour s'assurer que les pharmaciens seront formés aux tests facilités et que les patients seront mieux pris en charge.

L'amendement AS147 vise à préciser que le parcours d'accès simplifié est possible « en l'absence de médecin traitant ou de médecin régulateur ». C'est une question de bon sens : on déploie un tel dispositif car on manque de médecins.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons déjà eu ce débat. Dès leur quatrième année, les étudiants en pharmacie sont formés à la lecture de Trod. Lors de l'épidémie de covid, vous avez peut-être effectué un tel test auprès de votre pharmacien. Les mesures que vous voulez introduire à présent vous ont-elles alors semblé nécessaires ?

Mon avis reste défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Ne me faites pas dire ce que je n'ai pas dit. J'ai voulu des amendements de précision, qui n'enlèvent rien au dispositif. Je suis très attaché au travail des pharmaciens, et salue leur engagement remarquable dans la vaccination contre la grippe et la covid.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS566 de Mme Stéphanie Rist et AS342 de M. Thierry Frappé*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de revenir sur une disposition introduite par le Sénat, réservant les Trod aux patients âgés de plus de 10 ans. Or les pharmaciens disposent déjà d'une autorisation pour les moins de 10 ans.

**M. Thierry Frappé (RN).** Pour reprendre les cas de diagnostic d'angine ou de cystite aiguë, il s'agit de supprimer la restriction de patients âgés de plus de 10 ans.

*La commission **adopte** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 25 **modifié**.*

**Article 25 bis (nouveau) :** *Limitation de la dispensation de dispositifs médicaux aux besoins effectifs du patient en termes de soins*

*Amendement AS578 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à introduire des précisions dans l'article relatif au gaspillage des dispositifs médicaux.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 25 bis ainsi **modifié**.*

**Article 25 ter :** *Assouplissement du régime applicable aux substitutions de biosimilaires*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS567 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 25 ter est **supprimé** et les amendements AS355, AS349 et AS366 de Mme Josiane Corneloup **tombent**.*

**Article 26 :** *Possibilité pour les médecins du travail de déléguer aux infirmiers qualifiés en santé au travail la réalisation de certains actes pour le renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles bénéficiaires du suivi individuel renforcé*

*Amendement AS110 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Nul ne peut nier les situations de souffrance psychique et d'épuisement des agriculteurs et agricultrices. Pour la tuberculose, par exemple, on teste les vaches, la poule, le chien, le chat, mais à aucun moment on ne se préoccupe de l'agriculteur. L'amendement a pour objet d'orienter automatiquement vers un professionnel en cas de détresse.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**M. Thibault Bazin (LR).** Le sentiment de détresse et d'isolement des agriculteurs est en effet un sujet préoccupant. La Mutualité sociale agricole (MSA) a développé des outils remarquables, avec des réseaux d'alerte sentinelles, qu'il faut promouvoir, soutenir et développer, pour éviter le plus de drames possible.

*La commission **rejette** l'amendement.*



*Amendement AS111 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Cet amendement de repli vise à informer de l'existence d'une aide au répit proposée par la MSA. Le taux de suicide dans la profession des agriculteurs devra nous conduire à nous pencher sur le sujet. Pour l'heure, informer ne coûte pas grand-chose et peut sauver des vies.

**Mme la rapporteure générale.** Si j'approuve l'intention qui sous-tend vos amendements et reconnaît l'engagement de la MSA pour répondre à la détresse ou problèmes de santé des agriculteurs, de telles mentions n'ont pas leur place dans l'écriture du PLFSS.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

**M. Jean-François Rousset (RE).** La MSA est très organisée : elle crée des cellules dans chaque département, va au-devant des agriculteurs en souffrance et mène des actions de prévention selon un maillage territorial. Il me semble que cette possibilité existe déjà.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Elle existe tellement qu'il y a encore beaucoup de suicides... De toute manière, on sait comment les choses seront pliées demain après-midi. Par cette information, il s'agit d'envoyer un message à une population. Cela ne coûte pas grand-chose et ça vaut le coup.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Il faut en effet voter cet amendement, et je remercie M. Peytavie de l'avoir déposé. La MSA est certes très organisée, mais elle est aussi demandeuse qu'un tel amendement soit déposé dans le cadre du PLFSS. Son adoption sera un très bon signal, malgré le 49.3, demain.

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous le voterons.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS354 de M. Yannick Monnet*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Il convient de prévoir un avis préalable de la Haute Autorité de santé (HAS) sur la liste des actes pouvant faire l'objet d'une délégation à un infirmier en santé au travail, dans le cadre d'un renouvellement périodique de l'examen médical d'aptitude des salariés agricoles.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons eu le débat en première lecture. La délégation de tâches entre médecin et infirmier qui est étendue aux salariés agricoles existe déjà dans la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 26 **non modifié**.*

**Article 26 bis A (nouveau)** : Clarifier le cadre d'application de la charte de la visite médicale dans le champ de la liste des produits et prestations

*La commission **adopte** l'article 26 bis A **non modifié**.*

**Article 26 bis B (nouveau)** : Expérimentation d'une évolution des actes effectués par les manipulateurs en électroradiologie

*La commission **adopte** l'article 26 bis B **non modifié**.*

**Article 26 quater** : Reporter à mars 2024 l'intégration des produits de contraste dans le périmètre des charges financées par les forfaits techniques en imagerie médicale

*La commission **adopte** l'article 26 quater **non modifié**.*

**Article 26 sexies** : Mettre en place un parcours de soins dédié aux dépressions post-partum

*La commission **adopte** l'article 26 sexies **non modifié**.*

## Chapitre II

### Garantir la soutenabilité de notre modèle social

**Article 27 A (nouveau)** : Avis préalable des commissions des affaires sociales sur les projets de textes réglementaires modifiant le niveau de la franchise annuelle ou de la participation forfaitaire

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS568 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 27 A est **supprimé** et les amendements AS391 de M. Frédéric Mathieu et AS393 de Mme Ségolène Amiot **tombent**.*

**Article 27 B (nouveau)** : Sanction des rendez-vous médicaux non honorés par les patients

*Amendements de suppression AS569 de Mme Stéphanie Rist, AS171 de M. Sébastien Peytavie, AS209 de M. Pierre Dharréville et AS395 de M. Damien Maudet*

**Mme la rapporteure générale.** Je continue mon travail de sécrateur en proposant de supprimer cet article.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Il s'agit de supprimer l'article qui crée une nouvelle sanction financière à l'égard des patients n'ayant pas honoré un rendez-vous médical.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Qui a bien pu avoir cette idée d'une taxe pour les rendez-vous non honorés ? Il y a cinquante milliards de motifs de ne pas pouvoir aller à un rendez-vous. Les gens ne s'amuse pas à prendre un rendez-vous médical pour ne pas l'honorer et énerver le médecin – ils n'en ont déjà pas. Nous proposons donc par l'amendement AS395 de supprimer cet article.

**M. Thibault Bazin (LR).** Je ne dis pas que la sanction est la bonne solution, mais le problème est réel : les médecins se déplacent pour rien et les délais d'attente s'allongent. Le phénomène se développe avec les rendez-vous en ligne. Le rendez-vous non honoré, c'est du temps médical perdu et une perte de chance pour les autres patients ; il emporte un vrai enjeu d'efficience. J'ai même vu des situations où plus de la moitié des rendez-vous d'une journée n'étaient pas honorés. Il arrive un moment où il faut responsabiliser les patients.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Il est vrai qu'une vision consumériste du rapport à la santé se développe parfois dans la société. De la même manière qu'on achète des chaussures en ligne, on préempte avec une certaine légèreté un horaire de rendez-vous médical. Cela peut exister, personne ne dit le contraire.

En revanche, instaurer une taxe est une solution révoltante. Lorsque des rendez-vous ne sont pas honorés, bien souvent, les médecins en tiennent compte lorsque le patient reprend un rendez-vous. Il y a donc des moyens d'agir, mais la taxe n'est pas le bon.

**Mme Caroline Janvier (RE).** Je suis plutôt favorable au principe de la taxe, car de nombreux médecins en libéral me disent perdre beaucoup de temps dans leur journée, du fait de rendez-vous non honorés. Et non, les médecins ne sanctionnent pas leurs patients en refusant d'assurer leur suivi.

Certains patients se comportent comme des consommateurs et ce n'est pas normal. La santé est un bien public ; cela implique des devoirs, et pas seulement des droits.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Le faible nombre de généralistes ou de spécialistes conduit des patients à réserver plusieurs rendez-vous en parallèle, très longtemps à l'avance. Il se peut qu'ils oublient d'en annuler un. Dans ces conditions difficiles, venir taxer nos concitoyens, plutôt que d'essayer de les prévenir, ne me semble pas correct.

**Mme la rapporteure générale.** Une campagne d'information a été lancée à ce sujet. Il est fondamental d'informer nos concitoyens sur la perte de chance pour autrui qu'entraîne l'oubli d'annulation d'un rendez-vous. Ce point figure dans la lettre de cadrage de la négociation conventionnelle avec les médecins. Il faut

aborder la question de manière pragmatique : si les patients n'informent pas leur médecin, voire agressent les secrétaires médicales, il faut informer, mener une réflexion mais toujours dans le cadre des négociations conventionnelles.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 27 B est **supprimé** et les amendements AS170 de M. Sébastien Peytavie et AS318 de M. Frédéric Valletoux **tombent**.*

**Article 27 C (nouveau) : Renforcer les incitations des professionnels de santé à contribuer au développement du dossier médical partagé et à la maîtrise des dépenses**

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS570 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 27 C est **supprimé** et l'amendement AS143 de M. Laurent Panifous **tombe**.*

**Article 27 D (nouveau) : Améliorer la prise en compte de l'effet financier des conventions professionnelles**

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS571 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 27 D est **supprimé**.*

**Article 27 : Diminuer les arrêts de travail non justifiés en améliorant et en facilitant les contrôles sur les prescripteurs et les assurés**

*Amendements de suppression AS113 de M. Sébastien Peytavie, AS203 de M. Pierre Dharréville et AS374 de M. Jérôme Legavre*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Avec l'article 27, qui vise à repérer et à faire la chasse aux arrêts maladie injustifiés, se pose la question essentielle de la souffrance au travail. Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie nous donne une photographie précise des principales causes d'arrêt de travail en 2022 : en dehors du covid, qui arrive en tête du classement avec 1 680 000 arrêts maladie, 1 520 000 arrêts ont été prescrits pour des syndromes dépressifs, 874 000 pour des gastro-entérites, 787 000 pour des lombalgies, 479 000 pour des sciatiques et 260 000 pour des tendinopathies. Il faut dire que la qualité de vie au travail n'a pas été la priorité des différentes réformes récemment mises en œuvre.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Nous nous opposons à la suspension automatique des indemnités journalières à l'issue du contrôle mandaté par l'employeur. L'avis du médecin-conseil de l'assurance maladie doit demeurer systématique et ne peut en aucune manière être contourné, comme le fait pourtant l'article 27. Ce dernier contribue à fragiliser le salarié dans ses rapports avec son

employeur, notamment lorsqu'il se trouve en situation de faiblesse. Il conviendrait de s'interroger davantage sur les raisons pour lesquelles certains arrêts maladie sont prescrits.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** On ne peut pas jeter un regard suspicieux sur un arrêt maladie, et encore moins discréditer le médecin traitant qui l'a prescrit. Cet article me semble donc très dangereux, tant pour les médecins, soumis au secret médical, que pour les salariés. Je suis très inquiète, d'autant qu'un grand nombre de salariés ne prennent pas les arrêts maladie qui leur sont prescrits.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons longuement débattu de cette question en première lecture. Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis, suivant l'avis de la rapporteure générale, elle rejette successivement les amendements AS382 de Mme Ségolène Amiot et AS114 de M. Sébastien Peytavie (en discussion commune).*

*Amendement AS394 de Mme Ségolène Amiot*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Cet amendement de repli vise à laisser à l'assuré la possibilité de demander à son organisme de prise en charge la saisine du service de contrôle médical pour examen de sa situation.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS423 de Mme Sandrine Rousseau*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Nous demandons l'instauration d'un délai avant la suspension des indemnités journalières pour permettre à l'assuré de saisir le contrôle médical de l'assurance maladie. Une saisine dans le délai fixé doit empêcher l'application de la décision de suspension.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS398 de Mme Caroline Fiat*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Cet amendement de repli vise à porter à trente jours après la notification de la décision le délai à compter duquel la suspension du versement des indemnités journalières prend effet.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS398 de Mme Katiana Levavasseur*

**Mme Christine Loir (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS426 de Mme Sandrine Rousseau*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** La relation du salarié avec son employeur se dégrade souvent après l'annonce d'un cancer. Or l'article 27 incitera encore davantage les personnes malades à garder leur cancer secret – une situation déjà bien trop fréquente à ce jour – par crainte d'être licenciées ou mises au placard.

**Mme la rapporteure générale.** Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, qui est satisfait par l'adoption d'un amendement du Gouvernement au Sénat.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **adopte** ensuite l'amendement rédactionnel AS584 de Mme Stéphanie Rist.*

*Puis elle **adopte** l'article 27 ainsi **modifié**.*

**Article 27 bis :** *Suppression du délai de carence sur les arrêts de travail consécutifs à une interruption médicale de grossesse*

*La commission **adopte** l'article 27 bis **non modifié**.*

**Article 28 :** *Limitation de la durée des arrêts de travail prescrits en téléconsultation et limitation de la prise en charge des prescriptions aux téléconsultations avec vidéotransmission*

*Amendements de suppression AS115 de M. Sébastien Peytavie, AS204 de M. Pierre Dharréville et AS399 de M. Hadrien Clouet*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Il s'agit encore une fois de supprimer un article relatif aux arrêts maladie. Que l'on parle des retraites ou de France Travail, la question essentielle de la souffrance au travail n'est jamais abordée. Il faut prendre en compte l'ensemble des arrêts maladie prescrits.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Nous nous opposons à la restriction des arrêts de travail prescrits par téléconsultation. Cette disposition, dans la lignée de l'article 27, constitue une remise en cause du principe de l'arrêt de travail sous le prétexte erroné – le ministre l'a en partie reconnu – que les augmentations de dépenses d'indemnités journalières auraient pour cause principale l'abus des patients.

Par ailleurs, alors que le Gouvernement présente généralement la télémédecine comme un remède à la désertification médicale, il en fait à l'article 28 un outil qui pénalise les patients n'ayant pas d'autre choix que d'y recourir pour faire reconnaître leur état de santé et obtenir un arrêt. Vous le savez, nous considérons qu'une téléconsultation ne peut permettre à elle seule d'engager un traitement ou un parcours de soins ; il n'empêche que vos intentions sont contradictoires et qu'il convient de prendre soin des personnes malades plutôt que de leur créer des difficultés.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Avant-hier, un article de *Que choisir* rapportait que 89 % des Français étaient confrontés aux déserts médicaux ; or vous leur expliquez que, sans médecin, ils ne peuvent plus être en arrêt maladie. Plus précisément, ils pourront obtenir un arrêt de trois jours à l'issue d'une téléconsultation, mais pour le faire prolonger, ils devront consacrer ces trois jours à la recherche d'un médecin. Ce n'est pas comme cela qu'ils guériront ! Quand on est en arrêt maladie, c'est que l'on n'est pas bien : on doit se reposer et se soigner. Il faut donc supprimer l'article 28.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

Là encore, nous avons débattu de cette question en première lecture, en commission. D'une part, la plupart des arrêts prescrits en téléconsultation sont d'une durée inférieure à trois jours. D'autre part, si les patients sont encore souffrants au bout de trois jours, il est important qu'ils consultent un médecin physiquement.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS573 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de supprimer le renvoi à un décret pour la fixation des affections et catégories d'assurés sociaux auxquelles les dispositions de l'article 28 ne s'appliquent pas.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS182 et AS168 de M. Sébastien Peytavie et AS48 de M. Jérôme Guedj tombent.*

*Amendement AS486 de Mme Sandrine Rousseau*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Cet amendement vise à fixer les conditions de prolongation des arrêts maladie prescrits par téléconsultation. La prolongation d'un arrêt pour dépression ou burn-out ne nous semble pas nécessiter d'examen médical en présentiel : nous proposons donc qu'elle puisse se faire par téléconsultation, les patients concernés pouvant avoir des difficultés à sortir de chez eux.

**Mme la rapporteure générale.** Ce genre d'arrêt maladie, d'une durée souvent supérieure à trois jours, nécessite une consultation physique. Aussi la

prolongation d'un premier arrêt de trois jours exige-t-elle la consultation d'un médecin. Avis plutôt défavorable.

**M. Thierry Frappé (RN).** Il est vrai que la santé mentale d'un patient peut être appréciée en téléconsultation, mais la communication paraverbale et d'autres aspects accessoires ne peuvent parfois être décelés qu'en consultation physique. Du reste, les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous sont de deux à trois jours : le patient a donc tout à fait la possibilité de rencontrer un médecin physiquement.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS574 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement vise à supprimer la disposition introduite le Sénat fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 28 au 1<sup>er</sup> avril 2024.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 28 modifié.*

**Article 29 : Réduire l'impact environnemental du secteur des dispositifs médicaux**

*Amendement AS154 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'article 29 va dans le bon sens car les enjeux environnementaux sont majeurs. Dans le secteur des dispositifs médicaux, dont on a déjà parlé cet après-midi et dont l'importance est grande, surtout compte tenu du virage ambulatoire, les entreprises travaillent chaque jour à améliorer leur impact environnemental propre ainsi que celui de leurs produits. Toutefois, il est important de clarifier les critères des nouvelles normes de conditionnement en renvoyant à un décret afin que les patients ne soient pas pénalisés par des mesures franco-françaises désincitatives et impossibles à mettre en place immédiatement par les entreprises. Notre amendement vise donc à préciser ces nouveaux critères ainsi que le calendrier de leur entrée en vigueur.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons déjà eu ce débat en première lecture. Je rappelle que la commission compétente pour évaluer l'impact environnemental d'un dispositif médical est celle qui apprécie aussi sa sécurité d'utilisation. Votre amendement est donc satisfait.

*L'amendement est retiré.*



*Amendement AS536 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 29 ainsi modifié.*

**Article 29 bis :** *Dispositifs médicaux numériques permettant la télésurveillance*

*La commission adopte l'amendement de correction AS537 de Mme Stéphanie Rist, puis elle adopte l'article 29 bis ainsi modifié.*

**Article 30 :** *Inciter au recours aux transports partagés*

*Amendements de suppression AS205 de M. Yannick Monnet et AS329 de M. Thierry Frappé*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** L'amendement AS205, qui rejoint les préoccupations exprimées notamment par France Assos Santé, vise à supprimer une disposition qui sanctionne une nouvelle fois les patients, et particulièrement ceux qui rencontrent des difficultés majeures pour accéder aux transports sanitaires dans des conditions correctes. Plutôt que d'appliquer une telle mesure, contraignante et pénalisante pour les patients, et d'adopter une approche policière du rapport aux soins, il conviendrait de réformer l'offre de transports sanitaires, qui se caractérise par des inégalités territoriales, des situations de monopole et des problèmes de financement.

**M. Thierry Frappé (RN).** Notre amendement AS329 vise à supprimer l'article 30 en raison du risque qu'il comporte en matière de secret professionnel, bien que les entreprises de transport sanitaire et de taxi conventionné soient tenues de respecter ce principe. Si les patients se rencontrent dans un lieu tiers pour se rendre à l'hôpital ou dans un centre de soins, leur identité et le motif de leur consultation médicale risquent d'être divulgués.

**Mme la rapporteure générale.** Nous avons déjà débattu de ce sujet. Cependant, je tiens à nouveau à vous rassurer : un patient ne pourra être contraint de partager un transport sanitaire que si son état de santé le lui permet – cela suppose, par exemple, qu'il ne soit pas atteint d'une maladie infectieuse comme le covid.

Avis défavorable.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS352 de M. Thierry Frappé*

**M. Thierry Frappé (RN).** Cet amendement vise à rendre facultatif le recours aux transports partagés. Il s'agit, en quelque sorte, de maintenir la situation actuelle en favorisant l'utilisation de ces transports à condition que cela résulte d'un choix du patient, sans que ce dernier puisse être pénalisé. Si un patient souhaite recourir aux transports partagés, il verra ses frais de transport pris en charge après application au prix facturé d'un coefficient de minoration.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS449 de Mme Sandrine Rousseau*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** La prise en compte des enjeux environnementaux et de la question de l'empreinte carbone dans le secteur du transport sanitaire est assez complexe, du fait des contraintes qu'elle entraîne pour les usagers. En milieu rural, par exemple, le recours à un transport partagé peut impliquer de faire de gros détours ; cependant, il ne doit pas rallonger le trajet du patient de plus de quarante-cinq minutes par rapport au temps qu'aurait pris un transport individuel. Tel est l'objet de notre amendement, qui fixe cette limite raisonnable. Certes, des personnes socialement isolées peuvent être contentes d'avoir l'occasion de discuter avec d'autres. On peut aussi s'en remettre au choix du patient, mais cela ne permet pas de prendre en compte la question de l'empreinte carbone – il faudra pourtant bien le faire un jour, tant pour le transport des médicaments que pour celui des patients.

**Mme la rapporteure générale.** Avis défavorable.

**Mme Christine Loir (RN).** Il n'y a pas que l'empreinte carbone : il faut aussi tenir compte du manque énorme de chauffeurs et de moyens de transport sanitaire. Nous avons tout à gagner à transporter deux personnes par véhicule.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendements identiques AS155 de M. Thibault Bazin et AS180 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Thibault Bazin (LR).** Mon amendement permettra peut-être de satisfaire l'ensemble des demandes qui ont été exprimées, tout en étant conforme à l'interprétation que Mme la rapporteure générale fait du texte, puisqu'elle a indiqué qu'un patient atteint d'une forme grave de covid ne serait pas contraint de partager un transport sanitaire. Nous proposons ainsi de préciser que toutes les « personnes à risque susceptibles de développer des formes graves de covid-19 » sont exclues du dispositif.

Notre amendement rejoint aussi celui que vient de défendre M. Peytavie en introduisant la notion « de durée de trajet, de confort et d'hygiène ». Il me semble important de mentionner ces trois critères, sans les préciser outre mesure – nous n'instaurons pas de limite de quarante-cinq minutes. Il s'agit là d'un vrai problème

pour les transports bariatriques, que notre ancien collègue Gérard Cherpion a longtemps défendus.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Nous avons déjà eu ce débat : vous estimiez alors, madame la rapporteure générale, que cette question serait soumise à l'appréciation du médecin généraliste, qui prendrait évidemment tous les éléments en compte. Cependant, même si certaines personnes atteintes d'affections de longue durée (ALD) ou en situation de handicap sont à risque de développer une forme grave de covid-19, il arrive souvent que les professionnels qui les accueillent ne prennent aucune précaution et ne portent pas de masque. De nombreuses personnes en situation de handicap ne sortent plus à cause de cela, en dépit des recommandations de certains médecins et de membres de leur entourage qui les incitent à faire un effort parce que cela leur ferait du bien de voir du monde. Il est certes très important de favoriser les transports sanitaires partagés – c'est un enjeu de demain en matière de mobilité et de réduction de notre empreinte carbone –, mais il ne coûte pas grand-chose de préciser quelque peu le dispositif de l'article 30, d'instaurer des garde-fous et de mentionner les personnes auxquels il ne s'applique pas.

**Mme la rapporteure générale.** Les conditions d'application du dispositif seront fixées par voie réglementaire : ce n'est pas dans la loi qu'il convient de dresser la liste des pathologies qui empêchent le recours à une ambulance partagée ou d'ajouter des critères qui vont rigidifier le système. Par ailleurs, certains patients en ALD peuvent emprunter sans danger des transports partagés lorsqu'ils se rendent à une consultation de suivi.

Avis défavorable.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Nous savons bien ce qui arrivera demain. Cependant, le vote de notre amendement permettrait d'envoyer au pouvoir exécutif un message important et d'inspirer les dispositions qui seront prises par voie réglementaire.

**M. Thierry Frappé (RN).** Dans certaines situations, il est évidemment impossible d'emprunter un transport partagé. Pour autant, cette solution est parfois envisageable, même pour des patients en ALD. Rien n'empêche non plus les professionnels de respecter les gestes barrières, de porter un masque et d'utiliser du gel hydroalcoolique.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 30 non modifié.*

### Chapitre III

## **Garantir et sécuriser l'accès des Français aux médicaments du quotidien et aux produits de santé innovants**

**Article 31** : *Rénovation du modèle de financement de l'Établissement français du sang*

*Amendement AS402 de Mme Caroline Fiat*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES)**. Cet amendement, que nous nous sommes efforcés de diviser en deux parties, concerne le tarif de cession des poches de plasma de l'Établissement français du sang.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 31 **non modifié**.*

**Article 32** : *Préparations officinales spéciales en cas de pénuries*

*Amendement AS538 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale**. Nous souhaitons rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en supprimant la possibilité de déléguer aux officines la fabrication des préparations hospitalières spéciales.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES)**. Pourquoi serait-il prématuré de prévoir la possibilité de déléguer aux officines la fabrication de ces préparations hospitalières spéciales ? En passant leur diplôme, les docteurs en pharmacie ont acquis cette compétence – c'est un peu leur métier ! S'ils lisent l'exposé sommaire de votre amendement, je ne suis pas sûre qu'ils prennent les choses avec beaucoup d'humour.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS539 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale**. Il s'agit, là encore, de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, en supprimant la possibilité d'étendre à d'autres établissements l'autorisation de fournir la matière première à usage pharmaceutique.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS540 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** À nouveau, rétablissement d'une mesure supprimée par le Sénat.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 modifié.*

**Article 33 :** *Renforcer les leviers d'épargne de médicaments en cas de rupture d'approvisionnement*

*Amendement AS541 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Je demande le rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale et le maintien de l'extension des pouvoirs de police sanitaire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) – une mesure que j'avais défendue en première lecture.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS116 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Cet amendement vise à tenir compte des différences entre pharmacies d'officine et pharmacies à usage intérieur (PUI) en termes de gestion et de problèmes rencontrés dans un contexte de pénurie. Si les pharmacies d'officine ne disposent que de stocks limités compte tenu de leurs délais d'approvisionnement, de leur répartition sur le territoire et de leurs modalités de dispensation, les PUI sont tenues de sécuriser la dispensation des produits de santé pour des patients dont les pathologies sont plus lourdes, avec des prescriptions plus diverses et des délais d'approvisionnement plus longs. L'état de rupture est donc atteint dès que les PUI ne disposent plus d'un stock suffisant pour garantir pendant plusieurs jours une continuité thérapeutique aux patients dont elles ont la charge. Il est par conséquent nécessaire d'appliquer les dispositions de l'article 33 dès que les PUI se montrent incapables de constituer un stock suffisant.

**Mme la rapporteure générale.** C'est tout le sens de l'article 33, qui définit un nouveau cadre pour les ruptures d'approvisionnement, lequel sera précisé par décret. Cette nouvelle définition permettra de mieux adapter la notion de rupture aux différents contextes des pharmacies de ville ou hospitalières ainsi qu'aux spécificités de nos territoires.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS543 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en supprimant les dispositions introduites par le Sénat étendant les mesures de lutte contre les pénuries aux situations de « risque de rupture ».

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS542 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Là encore, je demande le rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendements identiques AS177 de M. Sébastien Peytavie, AS206 de M. Pierre Dharréville et AS397 de M. Hadrien Clouet*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Notre amendement vise à supprimer l'alinéa 12, qui permet d'interdire la prescription de certains médicaments par un acte de télémédecine en situation de pénurie. Une telle possibilité me paraît dangereuse alors que 87 % du territoire national peut être qualifié de désert médical.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Une nouvelle fois, c'est le patient qui se trouve pénalisé ! Nous devons nous attaquer aux pénuries – nos collègues sénatrices Sonia de la Provôté et Laurence Cohen ont d'ailleurs rendu un rapport assorti d'un certain nombre de préconisations à ce sujet –, et les mesures adoptées ne sont visiblement pas suffisantes puisque la situation perdure. Vous agissez sur les conséquences, mais il faut aussi s'attaquer aux causes du problème, faute de quoi un certain nombre de patients risquent de se retrouver en difficulté.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Comment peut-on voter en faveur d'une telle mesure ?

**Mme la rapporteure générale.** Cette mesure importante permettra de lutter contre la pénurie de médicaments. Le ministre a eu également l'occasion de proposer un plan de lutte plus global. Avis défavorable.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Une telle mesure sera parfaitement inefficace. Un malade parviendra toujours à trouver un médicament, comme nous avons pu le constater l'hiver dernier avec l'amoxicilline et le doliprane. Les gens en ont fait, des kilomètres, malgré le prix du litre d'essence à 2 euros !

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Je suis tout à fait d'accord avec Caroline Fiat. Je ne vois pas en quoi une telle mesure permet de lutter contre la pénurie. Cela signifie-t-il que les patients en sont responsables ? Quelque chose m'échappe.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Dans les dix prochaines années, nous manquerons encore plus de médecins traitants. Or, avec une telle mesure, un malade qui téléconsulte sera contraint de prendre un nouveau rendez-vous avec un médecin en présentiel pour qu'il lui donne une ordonnance. Les consultations vont se multiplier ! Une telle mesure peut être dangereuse pour les patients. La question de la surprescription est, quant à elle, très différente.

**M. Thierry Frappé (RN).** La restriction de prescription de médicaments en rupture d'approvisionnement en téléconsultation ne me paraît pas de bonne politique. Il est évident que, quelques jours après, le patient ira voir un médecin pour avoir un traitement. Je pourrais prescrire de l'amoxicilline ou du doliprane l'après-midi, en consultation ordinaire, et le soir, je ne le pourrais pas en téléconsultation parce que le médicament est en rupture ? Il y a un problème.

**M. Nicolas Turquois (Dem).** Ces propos sont excessifs. L'alinéa 12 permet éventuellement au ministre d'adapter la délivrance de médicaments dans le cadre des téléconsultations. Cela ne signifie pas que ce sera systématique mais, si ses services constatent un usage anormal de certains produits alors qu'une menace de pénurie se précise, il pourra prendre une telle disposition. Il s'agit d'un élément de contrôle et d'un équilibre utile.

**Mme la rapporteure générale.** En cas de pénurie d'antibiotiques, il est plus simple de s'assurer que l'on souffre effectivement, par exemple, d'une angine. En téléconsultation, il est impossible de réaliser un Trod. S'il y a un risque de pénurie, le ministre peut faire en sorte que les patients qui ont des symptômes d'angine soient invités à ne pas téléconsulter.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendement AS544 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Les mesures de police sanitaire confiées au directeur général de l'ANSM visent à répondre en urgence à une situation de crise, circonstances qui supposent une rapidité incompatible avec la concertation d'un grand nombre d'acteurs comme le propose la rédaction issue du Sénat. Il convient donc de revenir à la rédaction initiale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 33 modifié.*

**Article 33 bis (nouveau)** : *Recourir à un formulaire permettant de s'assurer de la pertinence des prescriptions de médicaments à fort enjeu*

*La commission **adopte** l'article 33 bis **non modifié**.*

**Article 34** : *Facilitation de l'ajout d'un acte à la nomenclature lorsqu'il prévoit l'utilisation d'un dispositif médical*

*Amendement AS491 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à rétablir la rédaction de l'alinéa 4 adoptée à l'Assemblée nationale.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS156 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** Il importe de préciser l'implication des organisations représentatives des professionnels de santé, qui ont parfois le sentiment d'être mises de côté. Cela contribuera à une meilleure prise en compte des besoins et des expertises des professionnels dans l'évaluation des actes.

**Mme la rapporteure générale.** Les professionnels de santé peuvent déjà déposer une telle demande par l'intermédiaire des conseils nationaux professionnels. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS492 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à rétablir la rédaction de l'alinéa 10.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 34 **modifié**.*

**Article 34 ter (nouveau)** : *Date de remise du rapport annuel du Comité économique des produits de santé au Parlement*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS493 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 34 ter est **supprimé** et l'amendement AS117 de M. Sébastien Peytavie **tombe**.*



**Article 35** : *Améliorer les dispositifs d'accès dérogatoires aux produits de santé innovants*

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement AS400 de Mme Caroline Fiat.*

*Puis elle **adopte** l'article 35 **non modifié**.*

**Article 36** : *Soutien au maintien sur le marché des médicaments matures*

*Amendement AS546 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Il s'agit de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale en supprimant l'obligation de publicité pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS547 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Cet amendement tend à supprimer les dispositions relatives à l'instauration d'une nouvelle catégorie de plan de gestion des pénuries introduites par le Sénat.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS548 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** Je propose de rétablir la possibilité pour l'ANSM de compléter la liste des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS549 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement vise à rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale en supprimant l'extension de l'obligation d'information aux pharmacies détenues par une personne morale de droit public.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Amendement AS176 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** L'amendement vise à réduire le délai maximal pour qu'une entreprise remette à l'ANSM le rapport de bilan de la recherche de repreneur en le portant à six mois au lieu de neuf. Compte tenu de l'augmentation croissante des phénomènes de pénurie de médicaments et de la nécessité d'assurer la continuité de la production des médicaments concernés, nous ne pouvons laisser des délais trop importants pour fournir un tel rapport.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Amendement AS175 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Il s'agit d'instaurer une sanction à l'égard des entreprises n'ayant pas trouvé de repreneur. Elle s'élève à 3 % de leur chiffre d'affaires annuel.

*Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 36 **modifié**.*

**Article 36 bis :** *Sortie de l'expérimentation relative à l'usage médical du cannabis et dispositif d'autorisation provisoire du cannabis à usage médical*

*Amendement AS550 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale et à supprimer la nécessité d'un avis d'ordre général de la HAS.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 36 bis ainsi **modifié**.*

**Article 36 ter (nouveau) :** Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à la sécurité sociale à son retour sur le territoire français

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS551 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 36 ter est **supprimé**.*

#### Chapitre IV

### **Renforcer les politiques de soutien à l'autonomie**

**Article 37 :** *Réforme du modèle de financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes dans les départements volontaires*

*Amendement AS118 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Le regroupement des sections soins et dépendance des Ehpad ne doit pas se limiter à une expérimentation, cette réforme étant largement attendue par les acteurs du secteur.

**Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie.** Vous proposez de revenir à la version initiale de l'article 37 en supprimant le principe d'une expérimentation plutôt que la différenciation et de moduler les tarifs d'hébergement en fonction des ressources. J'ai eu l'occasion de donner un avis défavorable sur ce second point.

S'agissant du premier, je propose de maintenir la rédaction du Sénat et, donc, le principe d'une expérimentation afin de permettre à un plus grand nombre de départements de s'engager, un certain nombre d'entre eux jugeant que le choix irréversible de la différenciation est très contraignant.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 37 non modifié.*

**Article 37 bis :** *Possibilité de renouveler son droit à l'allocation journalière de proche aidant pour chaque personne aidée au cours de la carrière*

*La commission adopte l'article 37 bis non modifié.*

**Article 37 ter :** Prolongation de l'expérimentation du relayage à domicile des proches aidants

*La commission adopte l'article 37 ter non modifié.*

**Article 38 :** *Création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce auprès des enfants de 0 à 6 ans présentant un écart de développement*

*Amendement AS422 de Mme Élise Leboucher*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** L'amendement vise à garantir l'articulation entre les structures des secteurs sanitaire et médico-social, les services départementaux de protection maternelle et infantile et les services de l'éducation nationale, qui doivent assurer en priorité cette action de repérage, diagnostic et intervention, et les professionnels libéraux et psychologues, qui assurent cette action en complémentarité. Il convient donc d'assurer un maillage territorial afin de permettre au secteur public de pouvoir prendre toute sa place.

**Mme la rapporteure.** Votre amendement donne la priorité aux médecins de structures sur les médecins libéraux dans le repérage des troubles infantiles. Or nous avons évidemment besoin des médecins généralistes et des pédiatres, qui sont en première ligne et constituent parfois la seule interface pour les parents.

Avis défavorable.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS494 de Mme Caroline Janvier*

**Mme la rapporteure.** L'amendement vise à rétablir la rédaction de l'alinéa 11.

*La commission adopte l'amendement.*

*Amendement AS328 de Mme Katiana Levavasseur*

**M. Thierry Frappé (RN).** L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis de la rapporteure, la commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS157 de M. Thibault Bazin*

**M. Thibault Bazin (LR).** L'amendement vise à compléter l'alinéa 13 par la phrase : « Cette rémunération comprend le temps dédié par les professionnels réalisant ces prestations à la concertation disciplinaire ». En cancérologie, par exemple, ces réunions sont particulièrement utiles et permettent d'améliorer la prise en charge. Le temps qui y est consacré doit être pris en compte.

**Mme la rapporteure.** Votre amendement est satisfait, le forfait prenant en compte ce temps-là. Demande de retrait ou avis défavorable.

*L'amendement est retiré.*

*Amendement AS120 de M. Sébastien Peytavie*

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Il convient de privilégier les équipes pluridisciplinaires et les centres d'action médico-sociale précoces (Camsp). Nous alertons sur un risque de glissement de l'accompagnement de la santé mentale vers un dispositif Mon soutien psy libéralisé, et un reflux du service public.

**Mme la rapporteure.** Il n'est pas question du dispositif Mon soutien psy, dont nous savons qu'il peut être amélioré, mais d'inclure le plus grand nombre possible de professionnels, les Camsp étant au cœur de ce parcours.

Avis défavorable à cet amendement d'appel.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** C'est la nature même du dispositif qui est en cause. Il faut pouvoir passer par un centre médico-psychologique (CMP), un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP), un Camsp, et par les équipes pluridisciplinaires. Je crains que le champ du suivi psychologique n'échappe au service public.

**M. Thibault Bazin (LR).** Les jeunes sont orientés vers un Camsp ou un CMPP, lesquels ne sont d'ailleurs pas forcément liés aux centres psychothérapeutiques pour adultes. Qu'en est-il de l'expérimentation des maisons de l'enfant et de la famille dans trois départements ? Pourrait-elle être étendue ? Les

délais d'attente sont élevés pour les enfants. Une montée en charge s'impose. En matière de santé mentale, les besoins sont de plus en plus importants.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Les Camsp doivent être effectivement dotés d'équipes pluridisciplinaires, où les psychologues ont toute leur place. Or ils ont tendance à devenir des lieux d'aiguillage vers d'autres dispositifs. D'une manière générale, les recrutements de psychologues sont insuffisants dans les structures publiques.

**Mme la rapporteure.** Cette discussion est importante mais le dispositif sur lequel nous devons voter n'est pas en cause. Je suis d'accord avec vous s'agissant des Camsp, des CMPP et des CMP ou des maisons des adolescents. Ce sont autant de guichets qu'il convient de conforter et c'est précisément le sens de cet article, qui donne plus de moyens aux Camsp en faisant en sorte que ces derniers dépendent moins des financements départementaux puisque la participation des agences régionales de santé augmente.

Nous avons besoin de tout le monde, y compris des psychologues libéraux.

*La commission rejette l'amendement.*

*Amendement AS495 de Mme Caroline Janvier*

**Mme la rapporteure.** L'amendement tend à supprimer les alinéas 17 et 18 afin de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale.

*La commission adopte l'amendement.*

*Puis elle adopte successivement les amendements AS496 et AS497 de Mme Caroline Janvier.*

*Elle adopte ensuite l'article 38 modifié.*

**Article 38 bis A (nouveau) :** *Adaptation à Saint-Martin de la composition du conseil territorial de la citoyenneté et de l'autonomie et du statut juridique du service exerçant les missions d'une maison départementale des personnes handicapées*

*La commission adopte l'article 38 bis A non modifié.*

**Article 38 bis B (nouveau) :** *Expérimentation de dispositifs d'accueil transitoires pour les jeunes adultes en situation de handicap*

*La commission adopte l'article 38 bis B non modifié.*

**Article 38 bis :** *Prise en charge renforcée de certains produits et prestations afin de permettre le remboursement intégral des fauteuils roulants*

*La commission adopte l'article 38 bis non modifié.*

**Article 38 ter (nouveau)** : *Versement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un complément financier de 150 millions d'euros aux départements au titre des concours relatifs à l'allocation personnalisée d'autonomie*

*La commission adopte l'article 38 ter non modifié.*

## Chapitre V

### **Moderniser l'indemnisation d'accident du travail ou de maladie professionnelle**

**Article 39 bis** : *Sécurisation du versement de l'indemnité journalière de nourriture et de l'allocation exceptionnelle au titre de l'amiante servies par l'Établissement national des invalides de la marine*

*La commission adopte l'article 39 bis non modifié.*

**Article 39 ter A (nouveau)** : *Prise en compte pour la retraite des périodes de grossesse ayant donné lieu à une inaptitude de la femme marin sous réserve de versement de cotisations*

*La commission adopte l'article 39 ter A non modifié.*

**Article 39 ter** : *Renforcement des moyens du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante pour détecter les personnes susceptibles de bénéficier des droits à l'indemnisation*

*La commission adopte l'article 39 ter non modifié.*

## Chapitre VI

### **Poursuivre la transformation du système de retraites**

**Article 40** : *Adapter la réforme des retraites à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon*

*La commission adopte l'article 40 non modifié.*

**Article 40 bis A (nouveau)** : *Extension de la surcote parentale aux fonctionnaires bénéficiant d'une majoration de durée d'assurance au titre du congé parentale*

*La commission adopte l'article 40 bis A non modifié.*

**Article 40 bis B (nouveau)** : *Interdiction du cumul de la surcote de droit commun et de la surcote parentale au titre de la même année pour les fonctionnaires*

*La commission adopte l'article 40 bis B non modifié.*

**Article 40 bis C (nouveau)** : *Modalités de prise en compte des trimestres validés au titre de l'assurance vieillesse des parents au foyer ou de l'assurance vieillesse des aidants pour l'attribution des minima de pensions des polypensionnés*

*La commission adopte l'article 40 bis C non modifié.*

**Article 40 bis** : *Adaptation du délai de rachat de trimestres d'études supérieures applicable au régime de la fonction publique d'État*

*La commission adopte l'article 40 bis non modifié.*

**Article 40 quater** : *Sécurisation de l'accès à la retraite progressive pour les salariés et les mandataires sociaux*

*La commission adopte l'article 40 quater non modifié.*

**Article 40 sexies** : *Suppression de la clause d'achèvement pour la liquidation de la prime de feu des sapeurs-pompiers professionnels*

*La commission adopte l'article 40 sexies non modifié.*

**Article 40 septies (nouveau)** : *Affectation au fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle d'une mission de prévention de l'exposition aux agents chimiques dangereux*

*Amendement de suppression AS553 de M. Cyrille Isaac-Sibille*

**M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour la branche vieillesse.** Le Sénat a étendu aux agents chimiques dangereux le périmètre des facteurs de risques professionnels entrant dans le champ du fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle. Or cela relève de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et de la réglementation sur les produits chimiques.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 40 septies est supprimé.*

**Article 40 octies (nouveau)** : *Extension aux délégués des collectivités membres d'un établissement public de coopération intercommunale de la possibilité de cotiser sur leurs indemnités de fonction*

*La commission adopte l'article 40 octies non modifié.*

**Article 40 nonies (nouveau)** : Fixation par décret du taux d'incapacité permanente ouvrant droit au bénéfice d'une pension d'orphelin sans condition d'âge

La commission **adopte** l'article 40 nonies **non modifié**.

**Article 40 decies (nouveau)** : Extension du bénéfice de la pension d'orphelin aux travailleurs indépendants, professionnels libéraux, non-salariés agricoles et ministres des cultes

La commission **adopte** l'article 40 decies **non modifié**.

**Article 40 undecies (nouveau)** : Rendre obligatoire au 1<sup>er</sup> janvier 2027 le contrôle biométrique des certificats d'existence pour les retraités résidant à l'étranger

La commission **adopte** l'amendement de suppression AS535 de Mme Stéphanie Rist.

En conséquence, l'article 40 undecies est **supprimé**.

**Article 40 duodecies (nouveau)** : Communication entre les organismes de protection sociale et l'État des données relatives à la domiciliation des bénéficiaires de prestations sociales

Amendement de suppression AS420 de M. Hadrien Clouet

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES)**. Nous sommes opposés à l'alignement du domicile social sur le domicile fiscal.

Suivant l'avis de la rapporteure générale, la commission **rejette** l'amendement.

Puis elle **adopte** l'article 40 duodecies **non modifié**.

**Article 40 terdecies (nouveau)** : Intégration des agents des conseils départementaux aux échanges d'informations entre les agents de l'État et des organismes de protection sociale à des fins de lutte contre la fraude

La commission **adopte** l'article 40 terdecies **non modifié**.



TITRE II  
**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES  
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES  
OBLIGATOIRES**

**Article 41** : *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*

*La commission **adopte** l'article 41 **non modifié**.*

**Article 43** : *Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2024*

*Amendement AS557 rectifié de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement tend à rétablir cet article fixant le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 43 est ainsi **rétabli**.*

**Article 43 bis A (nouveau)** : *Prévoir un retour au Parlement en cas d'écart constaté en cours d'exercice par rapport aux trajectoires de recettes ou de dépenses votées*

*La commission **adopte** l'amendement de suppression AS558 de Mme Stéphanie Rist.*

*En conséquence, l'article 43 bis A est **supprimé**.*

**Article 43 bis** : *Prolonger la suspension de l'obligation, pour le comité d'alerte, de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable à des dépenses en lien avec la crise sanitaire*

*Amendement AS559 de Mme Stéphanie Rist*

**Mme la rapporteure générale.** L'amendement vise à rétablir un article adopté en première lecture à l'Assemblée nationale dont l'objet est de prolonger en 2024 la suspension de l'obligation, pour le comité d'alerte de l'Ondam, de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 43 bis est ainsi **rétabli**.*

**Article 44 :** *Dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et 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 liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité*

*Amendements de suppression AS376 de M. François Ruffin, AS121 de M. Sébastien Peytavie et AS463 de M. Pierre Dharréville*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** Par l'amendement AS376, il s'agit d'envoyer un message fort au Gouvernement sur le cruel manque de moyens consacrés à la prévention et à la prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles. Faisons preuve de courage et montrons à Élisabeth Borne qu'il était possible de faire mieux. Ne vous inquiétez pas, tous les articles seront rétablis grâce au 49.3.

**M. Sébastien Peytavie (Ecolo - NUPES).** Derrière cet article se cachent l'inaction du Gouvernement face à la recrudescence des accidents du travail, l'absence d'ambition en matière de prévention, ainsi qu'un déni de l'impact de la pénibilité sur les corps et les vies des travailleuses et des travailleurs.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Le Sénat a choisi de diminuer les dotations destinées à compenser la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles. Nous voulons souligner l'urgente nécessité d'apporter à ce phénomène préoccupant une réponse plus consistante que le seul transfert vers la branche maladie, lequel est, en outre, sous-évalué. Il faut lutter contre la sous-déclaration, mieux faire connaître et reconnaître les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui sont un fléau trop silencieux.

**Mme la rapporteure générale, suppléant M. François Ruffin, rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.** Le rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, François Ruffin, est favorable aux amendements.

À titre personnel, j'y suis défavorable car ils suppriment les dotations de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante ainsi que le transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, et les dépenses liées aux dispositifs de prise en compte de la pénibilité.

*La commission rejette les amendements.*

*Amendements AS575 de Mme Stéphanie Rist et AS159 de M. Thibault Bazin (discussion commune)*

**Mme la rapporteure générale.** Mon amendement vise à rétablir à 1,2 milliard d'euros le montant du versement à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles.

**M. Thibault Bazin (LR).** Le débat sur le montant de la sous-déclaration nous occupe depuis plusieurs années. Nous ne pouvons pas continuer indéfiniment le ping-pong avec le Sénat. Mieux vaudrait mener un travail conjoint pour parvenir à une évaluation incontestable.

**Mme la rapporteure générale.** Plutôt que de débattre du montant, notre objectif devrait être de réduire la sous-déclaration, d'autant plus que la branche est excédentaire.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Le financement de la branche AT-MP et celui de la branche maladie ne sont pas similaires. La première est financée par les cotisations patronales au titre de la responsabilité des employeurs vis-à-vis de la santé de leurs salariés. Il est normal que les accidents et maladies professionnelles qui ne sont pas déclarés donnent lieu à compensation à la branche maladie, et cela ne dispense aucunement des actions nécessaires.

Si l'intention était de réduire les cotisations patronales – et on peut le craindre –, elle n'est pas admissible. La Cour des comptes a souligné que les cotisations et surcotisations n'étaient pas suffisamment dissuasives.

**M. Paul Christophe (HOR).** En tant qu'ancien rapporteur pour la branche AT-MP, je rappelle que la dernière commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles l'avait estimée entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros. Nous sommes donc dans la fourchette.

*La commission **adopte** l'amendement AS575.*

*En conséquence, l'amendement AS159 **tombe**.*

*Puis la commission **adopte** l'article 44 **modifié**.*

**Article 45 :** *Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles*

*Amendements de suppression AS377 de M. François Ruffin, AS123 de M. Sébastien Peytavie et AS207 de M. Pierre Dharréville*

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** L'amendement AS377 est défendu.

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** Les objectifs de dépenses de la branche AT-MP reposent notamment sur une sous-déclaration chronique, malheureusement admise sans jamais être remise en question, ainsi que sur une dégradation des conditions de travail, non seulement acceptée mais accentuée par les réformes du travail engagées par le Gouvernement.

**Mme la rapporteure générale, suppléant M. le rapporteur pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.** Le rapporteur thématique François Ruffin est favorable aux amendements. À titre personnel, j'y suis défavorable car ils suppriment les objectifs de dépenses de la branche AT-MP.

*La commission rejette les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 45 non modifié.*

**Article 46 ter :** *Ajustement des réformes du complément de libre choix du mode de garde*

*Amendements AS498, AS499 et AS500 de M. Paul Christophe*

**M. Paul Christophe, rapporteur pour la branche famille.** Il s'agit de rétablir la rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale pour l'article 46 *ter*, qui apporte des ajustements paramétriques à la réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG). Les amendements visent, d'une part, à supprimer la prise en compte des périodes ou horaires atypiques de garde dans le calcul du CMG « emploi direct », car ces dispositions ne permettent pas d'améliorer la rémunération des assistants maternels ; d'autre part, à maintenir le report de l'entrée en vigueur du tiers payant pour le CMG « structure » en 2026.

**M. Thibault Bazin (LR).** Vous savez que le sujet me tient à cœur. Je déplore que la réforme s'adresse d'abord aux familles monoparentales. Le fait de mettre sur un pied d'égalité les assistants maternels et les structures d'accueil collectives va dans le bon sens. Pour lever les freins à l'emploi, nous devons encore travailler sur le reste à charge qui demeure trop élevé. J'espère que vous convaincrez le ministre d'avancer.

**M. le rapporteur.** N'ayez crainte, elle est très motivée par le sujet. Vous soutiendrez certainement le rétablissement de l'article 46 *quater*, qui prévoit un rapport sur l'évolution du congé parental.

*La commission adopte successivement les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 46 ter modifié.*

**Article 46 quater :** *Demande de rapport sur la prestation partagée d'éducation de l'enfant et ses effets sur le recours au congé parental*

*Amendements identiques AS501 de M. Paul Christophe et AS381 de Mme Michèle Peyron.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit de rétablir l'article 46 quater, supprimé par le Sénat, dont l'objet est de demander un rapport sur un sujet qui nous tient tous à cœur : la réforme du congé parental.

**M. Thibault Bazin (LR).** Nous connaissons les recommandations de la mission d'information sur l'adaptation de la politique familiale française aux défis de la société du XXI<sup>e</sup> siècle. Demander un nouveau rapport, c'est une manière de procrastiner. Je ne vous blâme pas, mais la commission des affaires sociales a déjà beaucoup travaillé sur le sujet. J'appelle de mes vœux un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale dès le mois de janvier pour renouer avec une politique familiale ambitieuse.

*La commission adopte les amendements et l'article 46 quater est ainsi rétabli.*

**Article 46 quinquies (nouveau) :** *Autoriser le cumul de l'allocation journalière de présence parentale avec l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour les parents résidant en Corse ou en outre-mer*

*Amendement AS502 de M. Paul Christophe.*

**M. le rapporteur.** Il s'agit de supprimer des dispositions qui ont déjà été adoptées, avec l'avis favorable du Gouvernement, dans le cadre de la proposition de loi relative à la continuité territoriale en outre-mer.

*La commission adopte l'amendement.*

*En conséquence, l'article 46 quinquies est supprimé.*

**Article 48 :** *Objectif de dépenses de la branche autonomie*

*Amendements de suppression AS124 de M. Sébastien Peytavie, AS208 de M. Yannick Monnet et AS445 de Mme Ségolène Amiot.*

**M. Pierre Dharréville (GDR - NUPES).** L'amendement AS208 est défendu.

**Mme Caroline Fiat (LFI - NUPES).** En proposant la suppression de l'article, nous entendons taper du poing sur la table pour dénoncer le manque de moyens de la branche autonomie. Le message s'adresse notamment à la Première ministre qui vient d'annoncer une loi de programmation sur le grand âge.

**Mme Caroline Janvier, rapporteure pour la branche autonomie.** Avis défavorable.

La branche autonomie est dotée de 40 milliards d'euros, soit une hausse de 2,5 milliards par rapport à l'exercice précédent, et 150 millions d'euros ont été ajoutés depuis l'examen en première lecture par notre assemblée. Il faut savoir admettre la réalité des chiffres.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 48 **non modifié**.*

*La commission **adopte** la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, **modifiée**.*

*Puis elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, **modifié**.*