



N° 3432

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 14 octobre 2020

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2021*
(n° 3397)

PAR M. THOMAS MESNIER

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

MME CAROLINE JANVIER

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

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, Député

TOME II

**COMMENTAIRES D'ARTICLES
ET ANNEXES**

Voir le numéro :

Assemblée nationale : **3397**.

SOMMAIRE

	Pages
COMMENTAIRES D'ARTICLES.....	7
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019.....	7
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019.....	7
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2019 (annexe A).....	28
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020.....	33
<i>Article 3</i> : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020	33
<i>Article 4</i> : Contribution au financement de la prime covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile	44
<i>Article 5</i> : Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.....	49
<i>Article 6</i> : Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19	56
<i>Article 7</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2020.....	60
<i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2020.....	77
<i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.....	84
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021.....	85
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	85
Chapitre I ^{er} – Tenir compte de la crise de la covid-19	85
<i>Article 10</i> : Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2021	85

<i>Article 11</i> : Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF.....	87
<i>Article 12</i> : Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale.....	91
<i>Article 13</i> : Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE).....	97
Chapitre II – Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie.....	104
<i>Article 14</i> : Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative	104
<i>Article 15</i> : Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles	112
Chapitre III – Créer la nouvelle branche autonomie	121
<i>Article 16</i> : Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie	121
Chapitre IV – Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments.....	134
<i>Article 17</i> : Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé.....	134
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	147
<i>Article 18</i> : Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale	147
<i>Article 19</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5	159
<i>Articles 20 et 21</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2021	169
<i>Article 22</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse.....	176
<i>Article 23</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	180
<i>Article 24</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	188
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021	196
Chapitre I ^{er} – Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé.....	196
<i>Article 25</i> : Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	196
<i>Article 26</i> : Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé	201

<i>Article 27</i> : Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier.....	207
<i>Article 28</i> : Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé	221
<i>Article 29</i> : Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine	236
<i>Article 30</i> : Pérennisation et développement des maisons de naissance	243
<i>Article 31</i> : Soutien au développement des hôtels hospitaliers.....	251
<i>Article 32</i> : Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations	258
<i>Article 33</i> : Prorogation au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux	268
<i>Article 34</i> : Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la Mutualité sociale agricole	273
Chapitre II – Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire.....	281
<i>Article 35</i> : Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire.....	281
Chapitre III – Tirer les conséquences de la crise sanitaire	306
<i>Article 36</i> : Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave.....	306
<i>Article 37</i> : Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité	315
Chapitre IV – Assouplir et simplifier	322
<i>Article 38</i> : Prises en charge dérogatoires des médicaments	322
<i>Article 39</i> : Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile.....	355
<i>Article 40</i> : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire	364
<i>Article 41</i> : Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux	372
<i>Article 42</i> : Isolement et contention	380
Chapitre V – Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires	387
<i>Article 43</i> : Dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé	387
<i>Article 44</i> : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.....	391
<i>Article 45</i> : Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM.....	397

<i>Article 46</i> : Dotations 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 engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité	405
<i>Article 47</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	411
<i>Article 48</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse	416
<i>Article 49</i> : Objectif de dépenses de la branche famille.....	421
<i>Article 50</i> : Objectif de dépenses de la branche autonomie.....	429
<i>Article 51</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires en 2021	436
ANNEXES	441
ANNEXE N° 1 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES	441
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	447
ANNEXE N° 3 : LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	451

COMMENTAIRES D'ARTICLES

PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2019

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2019

Adopté par la commission sans modification

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

L'exercice 2019 se conclut ainsi définitivement par un résultat déficitaire de 1,7 milliard d'euros pour les régimes obligatoires de sécurité sociale, en incluant le Fonds de solidarité vieillesse. Le déficit des seuls régime général et Fonds de solidarité vieillesse est arrêté à 1,9 milliard d'euros.

Ces montants, bien meilleurs que les dernières prévisions rectifiées, marquent aussi la suspension de la trajectoire de retour à l'équilibre, lequel devait initialement être atteint en 2019.

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

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

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

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

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

Le Parlement est ainsi mis en mesure par les dispositions organiques de voter l'arrêté des comptes pour le dernier exercice clos, en l'occurrence l'année 2019, dans un exercice qui pourrait être rapproché de l'adoption d'une « loi de règlement » pour les finances de l'État. L'article arrêtant, outre les tableaux

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

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

I. LA CLÔTURE D'UN EXERCICE BUDGÉTAIRE 2019 AMBIGU

Comme prévu par le législateur organique depuis 2006 ⁽¹⁾, les tableaux d'équilibre de la loi de financement de la sécurité sociale distinguent désormais la présentation des comptes du régime général et celle de l'ensemble des régimes obligatoires de base, appelant quelques remarques sur la « clé de passage » entre ces deux notions.

Régime général, régimes intégrés et régimes obligatoires de sécurité sociale

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

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

– le principal régime de sécurité sociale couvrant 80 % ⁽²⁾ des dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires ;

– un régime prépondérant pour la branche vieillesse (57 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) et accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) (90 %) ; le régime général compte ainsi 22 millions de cotisants et près de 17 millions de bénéficiaires ;

– quasiment le seul régime pour les branches maladie depuis la mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) (99 % des dépenses totales de l'ensemble des régimes obligatoires) ⁽³⁾ ; en comptant les ayants droit et les retraités, la branche maladie du régime général comptait en 2019 62 millions de bénéficiaires ;

– le seul régime pour la branche famille.

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

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

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

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

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

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

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

– l'**intégration financière** ⁽²⁾ des branches maladie et vieillesse d'autres régimes obligatoires (Régime social des indépendants jusqu'en 2018, cultes, régimes agricoles) : les déficits ou excédents de ces régimes sont alors pleinement consolidés avec ceux du régime général.

Le régime général contribue ainsi à la réduction des déficits de nombreux autres régimes, et prend en charge l'intégralité des déficits des régimes financièrement intégrés ⁽¹⁾.

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

À l'aune de la liste transmise à l'occasion du PLFSS 2021 ⁽²⁾, on comptait encore en 2019 dans le champ des régimes obligatoires de base le régime général, dix-sept régimes spéciaux ⁽³⁾, un régime des salariés agricoles, trois régimes de non-salariés (exploitants agricoles, avocats et autres libéraux) ainsi que des régimes et fonds « fermés » qui n'accueillent plus de nouveaux assurés tout en continuant à distribuer quelques prestations ⁽⁴⁾. Certains régimes ne dérogent au régime général que pour une seule branche (vieillesse générale, lorsque c'est le cas) ⁽⁵⁾. Parmi les « mouvements » les plus significatifs de ces dernières années, les 3,5 millions de bénéficiaires (2016) du Régime social des indépendants (RSI) ont rejoint le régime général en application de la LFSS 2018 ⁽⁶⁾. Cette opération, complètement achevée au 1^{er} janvier 2020, a donc conduit le premier régime obligatoire de base à « absorber » le deuxième en nombre de bénéficiaires.

Moins scruté que le champ du régime général, notamment en raison des difficultés de consolidation ⁽⁷⁾, le périmètre des ROBSS est pourtant le plus pertinent pour analyser les comptes sociaux, combinant à la fois :

– une plus grande **exhaustivité**, puisqu'il constitue le champ actuel des lois de financement de la sécurité sociale ;

– une logique vertueuse issue de la **consolidation** ; en intégrant les soldes de nombreux régimes ou autres organismes de financement traitant le même risque, les ROBSS permettent de prendre en compte l'ensemble des mouvements financiers qui seraient occultés par la seule considération du régime général.

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

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

Le rapporteur général se propose donc, dans la mesure où la documentation disponible le permet, de placer son analyse financière à l'échelle de l'ensemble des régimes de base. Cette démarche est d'autant plus essentielle que la réforme à venir du système de retraite pourrait conduire à un nouveau rapprochement des périmètres du régime général et des régimes obligatoires de sécurité sociale.

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

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

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

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

a. Le tableau d'équilibre des ROBSS

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

Afin de le mettre en perspective, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales (article 32 de la LFSS pour 2019⁽⁸⁾) ou révisées (article 5 de la LFSS pour 2020⁽⁹⁾).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2019 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (LFSS 2020)			Réalisé (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	241,4	241,2	+ 0,2	239,2	241,5	- 2,3	240,0	241,3	- 1,3
Maladie	217,3	218,0	- 0,7	215,7	218,7	- 3	216,6	218,1	- 1,5
Famille	51,4	50,3	+ 1,1	51,1	50,2	+ 0,8	51,4	49,9	+ 1,5
AT-MP	14,7	13,5	+ 1,2	14,6	13,5	+ 1,2	14,7	13,6	+ 1,1
Total*	510,9	509,2	+ 1,8	506,9	510,2	- 3,3	509,1	509,3	- 0,2
Total incluant le FSV*	509,4	509,6	- 0,2	505,1	510,6	- 5,5	508,0	509,7	- 1,7

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2019, LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Le résultat définitif pour 2019 fait apparaître un déficit de - 1,7 milliard d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, incluant le Fonds de solidarité vieillesse. Ce solde doit être apprécié tant à l'aune de l'exercice 2018, d'une part, que des différentes prévisions dont il a fait l'objet avant la clôture des comptes, d'autre part.

b. Un déficit des comptes de la sécurité sociale proche du déficit constaté pour l'exercice 2018

● S'agissant de l'évolution par rapport à l'exercice 2018, les « comptes 2019 » font état d'une dégradation du solde.

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

(en milliards d'euros)

	Réalisé 2018 (LFSS 2020)			Réalisé 2019 (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	236,4	236,5	- 0,1	240,0	241,3	- 1,3
Maladie	212,3	213,1	- 0,8	216,6	218,1	- 1,5
Famille	50,4	49,9	+ 0,5	51,4	49,9	+ 1,5
AT-MP	14,1	13,4	+ 0,7	14,7	13,6	+ 1,1
Total*	499,7	499,3	+ 0,3	509,1	509,3	- 0,2
Total incluant le FSV*	498,4	499,8	- 1,4	508,0	509,7	- 1,7

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Cette dégradation de 0,3 milliard d'euros du solde résulte en grande partie du déficit agrégé du régime général et du FSV : celui-ci s'est détérioré de - 0,7 milliard d'euros. À l'inverse, le solde des régimes de base autres que le

régime général a connu une amélioration de 0,5 milliard d’euros s’expliquant principalement par l’augmentation de l’excédent de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) à hauteur de 0,3 milliard d’euros.

● La structure du déficit révèle une évolution contrastée des soldes par branche, comme l’illustre le tableau suivant :

**DÉCOMPOSITION DE L’ÉVOLUTION DU SOLDE DES ROBSS EN 2019
PAR RAPPORT À 2018 (PAR ORDRE DÉCROISSANT)**

(en milliards d’euros)

Famille	+ 1
AT-MP	+ 0,4
FSV	+ 0,2
Maladie	- 0,7
Vieillesse	- 1,2
Total avec FSV	- 0,3

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Après deux années d’excédent en 2016 et 2017, la dégradation du solde de la branche vieillesse engagée en 2018 s’est accentuée en 2019, le déficit de la branche atteignant - 1,3 milliard d’euros. Les produits ont été peu dynamiques, notamment sous l’effet de nombreux changements découlant à la fois de la LFSS 2019 et des mesures d’urgence économiques et sociales. Les cotisations ont en effet nettement ralenti, en raison d’une moindre progression de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations que prévu ainsi que de l’exonération de cotisations sur les heures supplémentaires non compensée à la sécurité sociale. Pour compenser une partie de la perte de cotisations résultant des mesures d’allègements généraux, la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) a néanmoins vu sa fraction de taxe sur les salaires affectée augmenter de près de 0,9 milliard d’euros. Parallèlement, la réduction des prélèvements au titre du forfait social, initialement présentée dans le cadre de la loi « PACTE » avant d’être déplacée en cours de navette vers la LFSS 2020 pour les petites et moyennes entreprises, a pesé pour - 0,6 milliard d’euros sur les produits de la CNAV.

Le déficit de la branche maladie s’est également alourdi (- 0,7 point), contrastant avec la nette amélioration du solde observé en 2018. Ce creusement du déficit résulte d’un ralentissement des recettes, alors que les charges progressent au même niveau. Les recettes ont augmenté de 2,1 % (après 4,5 % en 2018), un rythme inférieur à celui de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+ 3,1%) dans le contexte déjà évoqué de la modification de la structure des recettes par la LFSS 2019.

C’est la branche famille, dont l’excédent s’est accru de 1 milliard d’euros, qui a connu l’amélioration la plus notable, grâce à la hausse sensible des produits de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et à une stabilité des charges. Cette dernière s’explique en grande partie par la limitation de la revalorisation annuelle des prestations d’entretien (allocations familiales, allocation forfaitaire, complément familial, allocation de soutien familial) à 0,3 %, soit un niveau inférieur au taux d’inflation (1,1 % en 2019 selon l’INSEE).

La branche AT-MP a également confirmé le caractère excédentaire de son solde (+ 0,4 milliard). Si les prestations légales ont enregistré une hausse de plus de 3 %, portée par le dynamisme des prestations dans le champ de l'ONDAM ⁽¹⁾, les produits ont augmenté davantage, conséquence de l'évolution de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisation (+ 3,1 %).

La situation du FSV, intégrée au total, s'est quant à elle améliorée, passant d'un déficit de 1,8 milliard à 1,6 milliard d'euros. Cette amélioration du solde résulte d'une diminution de ses charges, s'expliquant surtout par la fin progressive de sa contribution au financement du minimum contributif, et par la stabilité de ses produits.

c. En 2019, un ralentissement des recettes en grande partie de nature structurelle qui s'accompagne également d'un ralentissement des dépenses

Globalement, les recettes affectées aux ROBSS et au FSV ont ralenti en 2019 (+ 1,9 % contre + 3,0 % en 2018). Ce ralentissement revêt des caractéristiques structurelles importantes puisqu'il est en grande partie dû aux décisions prises en LFSS 2019 et aux mesures d'urgence prises fin 2018. Si une partie du coût de ces mesures a été compensée à la sécurité sociale, notamment via l'augmentation de la fraction de TVA qui lui est affectée, on relève d'importantes pertes de recettes non compensées à la sécurité sociale par dérogation au principe de compensation ⁽²⁾. Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier estime à -4,4 milliards d'euros l'impact de ces mesures non compensées sur le solde du régime général et du FSV ⁽³⁾ :

– une partie (- 1,9 milliard d'euros) résulte de mesures prévues par la LFSS 2019 ; les principales sont les allègements sur le forfait social votés dans la loi « PACTE » (- 0,5 milliard d'euros), les baisses de cotisations pour certains régimes afin de compenser aux employeurs relevant de ces régimes la perte du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (- 0,6 milliard d'euros), le lissage des effets de seuils de la CSG sur les pensions (- 0,2 milliard d'euros) ainsi que l'exonération au 1^{er} septembre 2019 des cotisations sociales sur les heures supplémentaires (- 0,6 milliard d'euros) ;

– pour le reste (- 2,6 milliards d'euros), les pertes de recettes proviennent des mesures de la loi du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales (« MUES ») ⁽⁴⁾, à savoir le rétablissement du taux de CSG à 6,6 % sur les pensions intermédiaires (- 1,5 milliard d'euros) et l'avancement de

(1) Il s'agit des indemnités journalières et du remboursement des soins.

(2) Principe prévu à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

(3) Rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020, disponible ici : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

(4) Loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales.

l'exonération des cotisations salariales sur les heures supplémentaires au 1^{er} janvier 2019 (– 1,1 milliard d'euros) ⁽¹⁾.

En outre, le ralentissement de la progression de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisations (+ 3,1 % après + 3,8 % en 2018), reflétant la légère dégradation du contexte macroéconomique, a également pesé sur le dynamisme des recettes. En isolant l'effet des mesures nouvelles, on remarque cependant qu'une partie des recettes du régime général et du FSV a connu une progression spontanée plus importante qu'escompté (+ 3,3 %) et plus forte qu'en 2018 (+ 2,7 %) : il s'agit des recettes des cotisations, contributions et autres impositions assises sur les revenus d'activité, qui ont connu un certain dynamisme malgré la croissance modérée de la masse salariale du secteur privé. Cette évolution s'explique par une progression plus forte qu'attendu des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants et de celles des salariés du régime agricole. De même, les recettes assises sur les revenus du capital ont bénéficié d'un important dynamisme spontané en 2019 (+ 6,5 %) par rapport à 2018 (+ 5,4 %) ⁽²⁾.

S'agissant des dépenses de l'ensemble des ROBSS et du FSV, elles ont progressé de 1,9 % en 2019 contre 2,3 % en 2018 ⁽³⁾. Ce ralentissement s'explique en majeure partie par une revalorisation des prestations sociales à un niveau inférieur à celui de l'inflation. La LFSS 2019 prévoyait en effet, pour la majorité des prestations légales famille et vieillesse ⁽⁴⁾, une revalorisation de 0,3 % alors que le taux d'inflation attendu pour cette année était de 1,3 % ⁽⁵⁾, et celui finalement observé étant de 1,1 %.

d. Le déficit constaté est plus élevé que celui prévu par la LFSS 2019, mais bien plus faible que la prévision révisée en LFSS 2020

Initialement, la LFSS 2019 avait prévu un déficit de l'ordre de 0,2 milliard d'euros pour l'ensemble des ROBSS, FSV compris, et prévoyait le retour à l'équilibre du régime général, FSV compris, sous la forme d'un excédent de 0,1 milliard d'euros. L'année 2019 devait donc marquer la fin d'un long retour vers l'équilibre des comptes de la sécurité sociale initié en 2010.

(1) L'addition de l'ensemble de ces mesures donne une perte de recettes non compensées de l'ordre de 4,5 milliards d'euros, contrairement aux 4,4 milliards d'euros inscrits dans le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2020 (page 36). Par ailleurs, ce montant diffère de celui communiqué par la Cour des comptes dans son rapport publié en juin 2020, à savoir une perte de recettes non compensées de l'ordre de 4,1 milliards d'euros (page 55).

(2) Cour des comptes, Les résultats de la sécurité sociale en 2019, juin 2020 (page 58), disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/52078>

(3) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2018, septembre 2019, disponible ici : https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2019/CCSS_RAPPORT-SEPT2019-tome%201.pdf

(4) L'allocation de solidarité aux personnes âgées, l'allocation de veuvage et certaines prestations hors sécurité sociale (revenu de solidarité active et allocation supplémentaire d'invalidité notamment) n'ont pas été concernées par cette moindre revalorisation.

(5) Annexe B de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019

Comme le soulève le tableau suivant, les prévisions ont été largement révisées à l'occasion de la LFSS 2020, qui a porté à 5,5 milliards d'euros la prévision du déficit des ROBSS et du FSV, notamment *via* l'aggravation des soldes prévus pour les branches vieillesse (- 2,5 milliards d'euros) et maladie (- 2,3 milliards d'euros) par rapport aux données inscrites en LFSS 2019.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2019 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE
(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (LFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	241,4	241,2	+ 0,2	239,2	241,5	- 2,3
Maladie	217,3	218,0	- 0,7	215,7	218,7	- 3
Famille	51,4	50,3	+ 1,1	51,1	50,2	+ 0,8
AT-MP	14,7	13,5	+ 1,2	14,6	13,5	+ 1,2
Total*	510,9	509,2	+ 1,8	506,9	510,2	- 3,3
Total incluant le FSV	509,4	509,6	- 0,2	505,1	510,6	- 5,5

Sources : LFSS 2019 et LFSS 2020

Comme le montre le tableau suivant, l'écart entre les prévisions initiales et révisées était largement porté par le changement du solde attendu pour le régime général (sans FSV) lequel est passé de + 2,1 à - 3,1 milliards d'euros, soit une dégradation de 5,2 milliards d'euros, tandis que la prévision rectifiée pour le FSV prévoyait une évolution de son déficit à hauteur de - 0,3 milliard d'euros.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2019 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (LFSS 2020)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Total*	404,8	402,7	+ 2,1	395,2	394,1	- 3,1
Total incluant le FSV*	404,4	404,2	+ 0,1	394,6	395,7	- 5,4

(*) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2019 et LFSS 2020.

Deux causes principales expliquent l'inscription d'une telle dégradation du solde prévisionnel 2019 dans la LFSS 2020 :

- les dispositions de la loi « MUES », adoptées après la LFSS 2019, se sont traduites par 2,6 milliards d'euros de pertes de recettes pour le régime général et le FSV, non compensées par l'État ;

- les hypothèses économiques pour 2019 retenues dans la LFSS 2020 étaient moins favorables que celles posées dans la LFSS 2019. La croissance de la masse salariale privée soumise à cotisations sociales, alors revue à 3 % contre 3,5 %

initialement, entraînait à elle seule près de 1 milliard d’euros de moindres recettes. Les prévisions en dépenses ont également été révisées : alors que la LFSS pour 2019 prévoyait une hausse des dépenses de 2,1 %, elles augmentaient de 2,5 % selon la prévision de la LFSS 2020, soit une hausse de 1,4 milliard d’euros.

● Le solde définitivement constaté dans le présent article est très éloigné des prévisions révisées en LFSS 2020, particulièrement au regard du régime général, FSV compris, pour lequel l’écart, favorable cette fois-ci, constaté est de 3,5 milliards d’euros. À titre de comparaison, il a été de 0,7 milliard d’euros en moyenne sur les quatre années précédentes.

TABLEAUX D’ÉQUILIBRE 2019 DE L’ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d’euros)

	Prévisions révisées (LFSS 2020)			Réalisé (LFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	239,2	241,5	- 2,3	240,0	241,3	- 1,3
Maladie	215,7	218,7	- 3	216,6	218,1	- 1,5
Famille	51,1	50,2	+ 0,8	51,4	49,9	+ 1,5
AT-MP	14,6	13,5	+ 1,2	14,7	13,6	+ 1,1
Total*	506,9	510,2	- 3,3	509,1	509,3	- 0,2
Total incluant le FSV*	505,1	510,6	- 5,5	508,0	509,7	- 1,7

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021

Ces erreurs d’appréciation témoignent de mouvements non anticipés en recettes comme en dépenses. Précisément, la différence entre le déficit attendu et le déficit constaté s’explique aux deux tiers par un surcroît de recettes, et, pour le tiers restant, par de moindres dépenses.

En premier lieu, les recettes perçues sur les revenus d’activité ont été beaucoup plus dynamiques que prévu. Elles l’ont été essentiellement pour les recettes assises sur les revenus professionnels des travailleurs indépendants : calculés sur leurs revenus particulièrement dynamiques de l’année 2018, leurs prélèvements sociaux ont apporté 1 milliard d’euros de recettes non escomptées. De même, la Mutualité sociale agricole (MSA) a collecté 0,6 milliard d’euros de cotisations supplémentaires par rapport aux prévisions, notamment en raison d’une croissance de la masse salariale (4,9 %) plus de deux fois supérieure à ce qui était attendu en LFSS 2020 (2,4 %). Enfin, le niveau des recettes assises sur le capital, souvent difficile à prévoir, est également apparu plus élevé que prévu, à hauteur de près de 0,7 milliard d’euros.

S’agissant des dépenses, les prestations ont été inférieures de 0,9 milliard d’euros par rapport au niveau prévu par la LFSS 2020. La branche vieillesse explique près de la moitié de cet écart, ses dépenses ayant été inférieures de 0,4 milliard d’euros à la prévision. Les dépenses de prestations maladie, elles aussi,

ont été inférieures aux attentes à hauteur de 0,2 milliard d'euros en raison notamment d'un sous-ONDAM légèrement sous-exécuté. Des écarts sont également observés concernant les dépenses de gestion administrative, qui ont été moins importantes que prévu (-0,3 milliard d'euros).

2. Le régime général est quasiment à l'équilibre hors FSV, malgré des prévisions en LFSS 2020 prévoyant une forte hausse du déficit

Le 2° porte approbation du tableau d'équilibre du seul régime général. Comme pour l'ensemble des régimes obligatoires, le tableau suivant rapproche les montants que l'article 1^{er} soumet à l'approbation du Parlement de ceux des prévisions initiales de la loi de financement pour 2019 ou rectifiées par la loi de financement pour 2020.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2019 DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (LFSS 2020)			Réalisé (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	215,7	216,4	- 0,7	214,1	217,1	- 3,0	215,1	216,6	- 1,5
Vieillesse	137,5	136,9	+ 0,6	135,5	137,5	- 2,1	135,7	137,1	- 1,4
Famille	51,4	50,3	+ 1,1	51,1	50,2	+ 0,8	51,4	49,9	+ 1,5
AT-MP	13,3	12,2	+ 1,1	13,2	12,1	+ 1,1	13,2	12,2	+ 1,0
Total*	404,8	402,7	+ 2,1	395,2	394,1	- 3,1	402,4	402,8	- 0,4
Total incluant le FSV*	404,4	404,2	+ 0,1	394,6	395,7	- 5,4	402,6	404,5	- 1,9

(*) Hors transferts entre branches.

Source : LFSS 2019, LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Le résultat définitif pour 2019 fait apparaître un déficit, incluant le FSV, de 1,9 milliard d'euros contre 1,2 milliard en 2018, soit une dégradation du solde de 0,7 milliard d'euros.

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

En 2019, l'écart entre le solde de l'ensemble des ROBSS et le solde du régime général est de 0,2 point. Le régime général fait en effet état d'un excédent moindre de la branche AT-MP (-0,1 point), attribuable à la situation structurelle du régime des salariés agricoles, et d'un déficit plus important de la branche vieillesse (+0,1 point).

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

Il convient toutefois de relever que la dégradation du déficit du régime général et du FSV entre 2018 et 2019 (– 0,7 milliard d'euros) doit être relativisée. En effet, dans le cadre de la procédure de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, la Cour des comptes a constaté que 0,6 milliard d'euros de produits de remises versées par les entreprises pharmaceutiques, au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) de certains médicaments et post-ATU, ont été enregistrés dans les comptes de l'exercice 2020 alors qu'ils auraient dû l'être dans ceux de l'exercice 2019 ⁽¹⁾. Cette erreur a conduit à dégrader le solde de la branche maladie, qui devait percevoir cette recette, à hauteur de 0,6 milliard d'euros. Si cette somme avait bien été intégrée aux recettes de l'assurance maladie en 2019, le déficit du régime général et du FSV serait de 1,3 milliard d'euros contre 1,9 milliard d'euros actuellement, soit un niveau finalement très proche du déficit constaté pour 2018 (1,2 milliard d'euros).

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

• Le 3^o porte approbation du tableau d'équilibre du seul organisme de cette catégorie, à savoir le Fonds de solidarité vieillesse ⁽²⁾.

Ce fonds, prévu aux articles L. 135-1 et suivants du code de la sécurité sociale, est doté de 17,2 milliards d'euros de recettes en 2019 et finance des prestations non contributives servies par les régimes de base d'assurance vieillesse, notamment :

– la prise en charge du financement des droits pour les périodes pendant lesquelles les assurés n'ont pas pu cotiser, par exemple en cas de chômage (11,6 milliards d'euros en 2019) ou d'arrêt maladie (1,9 milliard d'euros en 2019) ;

– l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASP) pour 3,6 milliards d'euros en 2019 – prestation « socle » différentielle ouverte à tous les pensionnés qui s'est substituée au « minimum vieillesse » – ainsi qu'au minimum contributif (MICO) pour 1 milliard d'euros en 2019 – cette prestation « socle », en principe plus élevée que l'ASP, est ouverte à tous les pensionnés ayant tous leurs trimestres.

(1) *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2020, octobre 2020.*

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

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2019 DES ORGANISMES CONCOURANT
AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE (FSV)**

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2019)			Prévisions révisées (LFSS 2020)			Réalisé (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	16,5	18,4	- 2	16,6	18,9	- 2,3	17,2	18,8	- 1,6

Source : LFSS 2019, LFSS 2020 et PLFSS 2021.

● Le solde du FSV s'est amélioré par rapport à 2018, avec un déficit réduit de 0,2 milliard d'euros, notamment grâce :

– à des dépenses en diminution, en lien notamment avec l'extinction progressive de sa participation au financement du minimum contributif : sa participation a diminué de 0,8 milliard d'euros par rapport à 2018 ; cela permet notamment de compenser la hausse des dépenses de prise en charge de la revalorisation du minimum vieillesse (+ 0,4 milliard d'euros en 2019), décidée en LFSS 2018 et devant se poursuivre jusqu'en 2020 ;

– à des produits stables, malgré la modification de la structure des recettes affectées au FSV dans le cadre de la LFSS 2019, décidée dans un souci de rationalisation du partage des recettes entre l'État et la sécurité sociale.

● Comme en 2018, ce résultat est meilleur que les prévisions initiales et rectifiées, qui annonçaient une moindre amélioration du solde. Cet écart entre le solde constaté et le solde prévu en LFSS 2020, de l'ordre de 0,7 milliard d'euros, s'explique principalement par un surcroît des produits assis sur le capital, dans un contexte très favorable sur les marchés financiers.

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

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

La LFSS 2019 a fixé le montant de l'ONDAM à 200,3 milliards d'euros. Cet objectif était moins contraignant que celui des années précédentes, en progression de 2,5 % à périmètre constant, marquant une accélération des dépenses d'assurance maladie par rapport à 2018. L'ONDAM a été rectifié en LFSS 2020, pour être porté à 200,4 milliards d'euros, notamment afin d'accompagner la stratégie « Ma santé 2022 », dont l'impact était évalué à 400 millions d'euros pour l'année 2019.

Le 4^o arrête un montant de 200,2 milliards d'euros de dépenses relevant du champ de l'ONDAM en 2019, soit un niveau inférieur d'environ 140 millions d'euros à l'objectif rectifié en LFSS 2020. La Cour des comptes relève que pour la dixième année consécutive, l'ONDAM est respecté ⁽¹⁾. Plus précisément, pour l'année 2019, l'exécution de l'ONDAM par sous-objectif se décompose comme suit :

– les dépenses de soins de ville ont représenté 91,4 milliards d'euros, soit un montant en progression de 2,6 % par rapport à 2018 et en ligne avec les prévisions rectifiées en LFSS 2020 ; le dépassement des dépenses de prestations s'est monté à 120 millions d'euros, porté par les dépenses de médicaments, de biologie médicale, de transports de patients et d'indemnités journalières et par des dépenses liées aux dispositifs médicaux ; mais ce dépassement a été compensé par des dépenses hors prestations (recettes réductrices de dépenses comme les remises pharmaceutiques ou taxe sur les organismes complémentaires, aides à la télétransmission, prise en charge des cotisations des professionnels de santé) en sous-exécution d'un montant égal ;

– les dépenses à destination des établissements de santé ont représenté 82,4 milliards d'euros, en progression de 2,5 % par rapport à 2018 et en sous-exécution de 100 millions d'euros par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2020 ; cette sous-exécution s'explique par un niveau d'activité hospitalière légèrement inférieur aux données prévisionnelles et par une dépense de médicaments relevant de la « liste en sus » ⁽²⁾ moins importante que prévu du fait, essentiellement, du rendement des remises pharmaceutiques ;

– les dépenses médico-sociales ont atteint 20,9 milliards d'euros, en progression de 2,3 % par rapport à 2018 ; cette exécution est légèrement inférieure à l'objectif révisé en LFSS 2020 (– 21 millions d'euros) ; la progression du sous-objectif s'est matérialisée par le financement d'une enveloppe en hausse pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (+ 3,3 %) et pour personnes handicapées (+ 1,5 %).

– les dépenses relatives aux « autres prises en charges » se sont élevées à 1,9 milliard d'euros, en évolution de + 5,0 % par rapport à 2018 ; cette hausse a été portée par l'augmentation des dotations aux établissements publics et par la progression des dépenses de soins des assurés français à l'étranger ; ce sous-objectif de l'ONDAM est toutefois en sous-exécution de 25 millions d'euros, notamment en raison de dépenses moins importantes que prévu concernant les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé et les dépenses au titre de l'ONDAM médico-social spécifique ⁽³⁾.

(1) *Cour des comptes*, Les résultats de la sécurité sociale en 2019, juin 2020, disponible ici : <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/52078>.

(2) La « liste en sus » permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

(3) L'ONDAM médico-social spécifique finance notamment les centres de soins pour toxicomanes, les centres de cure ambulatoires en alcoologie ainsi que les appartements de coordination thérapeutique.

– la contribution de l’assurance maladie aux dépenses relatives au fonds d’intervention régional (FIR) ont été conformes à l’objectif rectifié à hauteur de 3,5 milliards d’euros.

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

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

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

Créé en 1999 ⁽²⁾, le Fonds de réserve pour les retraites était chargé de mettre en réserve et de faire fructifier des ressources qui lui étaient affectées afin de maintenir voire d’améliorer le niveau des pensions à horizon 2020, dans la perspective d’une dégradation prévisible des équilibres financiers. Compte tenu de la forte dégradation des régimes d’assurance vieillesse à la suite de la crise financière des années 2008-2009, il a été décidé de mettre à contribution le Fonds avant l’horizon initialement prévu, pour « alimenter » la CADES.

Cette absence de mise en réserve n’est pas synonyme d’absence de produits pour le FRR. Comme rappelé à l’annexe 8 au présent projet de loi, au 31 décembre 2019, la valeur des actifs du FRR était de 33,7 milliards d’euros, en hausse de 1,1 milliard d’euros sur un an, dont 46,6 % sont placés de manière très sûre (poche dite « de couverture ») afin de permettre de poursuivre les versements à la CADES jusqu’à l’extinction de cette dernière, et 53,4 % sont placés de manière plus dynamique afin de produire du rendement (poche dite « de performance »).

Ces placements permettent de dégager un résultat financier en 2019 de 800 millions d’euros, en légère baisse par rapport aux 900 millions enregistré en 2018.

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

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

• Dans la même logique, le 6° prévoit que le FSV ne met aucune somme en réserve, comme chaque année depuis 2011 ⁽¹⁾.

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

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

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

– depuis la LFSS 2008, d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG)⁽²⁾ ;

– depuis 2011, du versement annuel du FRR précité ⁽³⁾.

Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés ⁽⁴⁾. L'amortissement est égal à la différence entre le produit des ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le 7° porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la CADES en 2019, à savoir 16,3 milliards d'euros.

Ce chiffre, légèrement supérieur à l'objectif fixé dans la partie rectificative de la LFSS 2020 (16 milliards d'euros), s'explique à la fois par la dynamique des recettes et par des conditions d'emprunt toujours très favorables.

S'agissant des recettes, la CRDS a crû de 2,6 % et la CSG de 5,1 %, soit une dynamique très soutenue. Les charges financières ont dans le même temps diminué de 9,3 % grâce à une baisse significative des taux (1,99 % au lieu de 2,02 % sur le taux global de refinancement en 2018).

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

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

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

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

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

En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières, la Cour des comptes est chargée de produire, dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance du Parlement et du Gouvernement, un avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ainsi qu'un rapport de certification de la régularité, de la sincérité et de la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes combinés de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos ⁽¹⁾.

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

L'avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre figure dans le rapport sur l'application des LFSS (RALFSS), produit annuellement par la Cour en application du 1^o du VIII de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. Les principales conclusions de l'avis rendu dans le RALFSS 2020 sont reproduites dans l'encadré suivant.

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

Avis de la Cour des comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2019

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

« 1. à la date de ses constats, la Cour n'a pas été rendue destinataire du projet d'annexe 4 au projet de loi de financement qui contient des informations intéressantes sur les tableaux d'équilibre (modalités d'établissement, détail des recettes et des dépenses, analyse des évolutions par rapport à 2018 et par rapport aux prévisions 2019) ;

« 2. les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels ;

« 3. le traitement comptable des produits à recevoir des remises conventionnelles de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et du post-ATU n'est pas conforme aux principes des droits constatés et d'indépendance des exercices, ce qui a minoré les produits de la branche maladie et détérioré de 0,6 Md€ les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

« 4. une partie de la taxe sur les salaires a été affectée par la direction de la sécurité sociale, en l'absence de disposition législative, à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire, ce qui a amélioré le solde de la branche vieillesse de 153 M€ et dégradé d'autant celui de la branche maladie, sans incidence sur les soldes du régime général et de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

« 5. les réserves formulées par la Cour sur les comptes du régime général de sécurité sociale et les opinions émises par les commissaires aux comptes sur ceux d'autres régimes de sécurité sociale soulignent les limites qui continuent d'affecter la fiabilité des comptes des régimes de sécurité sociale intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2019, sous l'effet, notamment, de faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et de difficultés comptables. »

Source : Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

● La première observation fait référence à l'annexe 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale qui présente en détail les recettes, dépenses et solde des régimes par catégorie et par branche, dont la Cour n'aurait pas disposé pour porter une appréciation éclairée sur les tableaux d'équilibre ; cette observation récurrente se voit régulièrement opposer par la direction de la sécurité sociale qu'il lui est impossible de transmettre à l'été des documents qu'elle ne finalise qu'entre la fin du mois de septembre et le début du mois d'octobre, afin de consolider les données de certains petits régimes.

● La deuxième observation, tout aussi récurrente, reproche au Gouvernement sa méthode de contractions de produits et de charges, en méconnaissance du cadre normatif organique. Ces consolidations sont retracées dans l'annexe 4 précitée et répondent à une double préoccupation de neutralisation :

– la première consiste à neutraliser les transferts entre régimes de sécurité sociale et permet d'éviter une double comptabilisation de recettes ou de produits qui

correspondraient en réalité aux relations financières entre deux régimes, ou entre des branches d'un même régime ; l'utilité de cette neutralisation est entièrement reconnue ;

– la seconde consiste à neutraliser les écritures d'inventaire et c'est elle qui fait l'objet des critiques renouvelées de la Cour ; interrogée lors de l'examen de la LFSS 2018 sur ce même point, la direction de la sécurité sociale avait fait savoir que ce retraitement des données répondait à la préoccupation assumée de « *neutraliser l'hétérogénéité des modes de comptabilisation d'un petit nombre d'écritures entre régimes et dans le temps pour un même régime* » ; en effet, les régimes appliquent des règles de comptabilité différentes et les modifient parfois entre deux exercices ; c'est pourquoi il est procédé à une harmonisation des présentations comptables des différents régimes, d'une part, et dans le temps, d'autre part ; par ailleurs, la direction de la sécurité sociale se réserve la possibilité de ne pas faire figurer des écritures comptables n'ayant aucune contrepartie économique ou de conséquence sur le solde.

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

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

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

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

● La troisième observation concerne le traitement comptable des remises conventionnelles perçues au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et post-ATU.

En effet, 0,6 milliard d'euros de produits de remises versées par les entreprises pharmaceutiques ont été enregistrés dans les comptes de l'exercice 2020 alors qu'ils auraient dû l'être dans ceux de l'exercice 2019, impliquant une dégradation du solde de la branche maladie, qui devait percevoir cette recette, à hauteur de 0,6 milliard d'euros. Cette « erreur », selon la Cour, procède de ce que les remises en question, dues au titre de l'année 2019, peuvent faire l'objet d'avenants en 2020 en application d'une disposition adoptée dans le cadre de la LFSS 2020, ce qui a conduit à n'enregistrer aucun produit de ces remises en 2019.

La Cour relève que ce traitement comptable n'est pas conforme aux principes des droits constatés et d'indépendance des exercices, dans la mesure où le fait générateur de telles remises est bien rattaché à l'exercice 2019.

Le rapporteur général souligne que cette erreur, significative dans son montant mais compréhensible au regard de l'incertitude que fait courir la possibilité de conclure des avenants en 2020, conduira bien entendu à enregistrer en 2020 les produits concernés.

- La quatrième observation concerne l'affectation sans base juridique d'une partie de la taxe sur les salaires à la compensation des exonérations de cotisations de retraite complémentaire.

La Cour souligne que cette affectation a été conduite par la direction de la sécurité sociale sans disposition législative, améliorant le solde de la branche vieillesse (+ 153 millions d'euros) et dégradant d'autant celui de la branche maladie. Elle n'a donc pas faussé les « grands équilibres », mais modifié la clef de répartition des recettes entre branches.

- La cinquième observation reproduit synthétiquement les réserves émises par la Cour à l'occasion de son rapport sur la certification des comptes du régime général, s'agissant notamment des dispositifs de contrôle interne.

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

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

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

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

Dans son rapport remis en mai 2020 ⁽³⁾, la Cour a certifié les comptes du régime général avec vingt-huit réserves, contre vingt-neuf l'année précédente.

Sans prétendre rappeler l'ensemble des observations formulées par la Cour, on peut retenir qu'un nombre important des réserves repose sur les difficultés rencontrées

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

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

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

dans la maîtrise des risques de portée financière : « *ces faiblesses se traduisent par des valeurs toujours élevées des indicateurs de risque financier résiduel, qui mesurent la fréquence et les montants d'erreurs ayant une incidence financière* ». La Cour dénonce ainsi un nombre trop important de versements de prestations non conformes aux droits des assurés, des allocataires ou des acteurs du système de santé. Ces erreurs peuvent aussi bien être en faveur de ces acteurs (versement d'indus) qu'en leur défaveur (rappels).

En outre, la Cour émet également des réserves motivées par des « *désaccords ou des limitations concernant le calcul d'estimations comptables et le rattachement de certains produits à l'exercice, de nature à affecter de manière significative le résultat de l'exercice* ». À titre d'exemple, la Cour mentionne la dégradation de 0,6 milliard d'euros du résultat de la branche maladie en 2019 liée à une irrégularité, à savoir la comptabilisation à tort, dans les comptes de l'exercice 2020, de remises versées par les entreprises pharmaceutiques au titre de l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU), alors qu'ils auraient dû l'être dans ceux de l'exercice 2019.

*

* *

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2019 (annexe A)

Adopté par la commission sans modification

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace la situation financière dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale au 31 décembre du dernier exercice clos (2019) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Ce tableau reflète la situation globalement améliorée de la situation patrimoniale de la sécurité sociale en 2019.

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

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

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

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

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

(1) Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

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

(3) Fonds de réserve pour les retraites.

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

1. Le tableau présentant la situation patrimoniale de la sécurité sociale reflète une amélioration de la situation des comptes sociaux en 2019

L'annexe A reflète, de manière constante depuis 2014, une relative amélioration du solde des régimes de sécurité sociale, qu'il s'agisse du passif net (dette) ou du passif financier net (endettement financier).

a. Un passif net en diminution, très largement grâce à l'amortissement de la dette sociale

La première partie du tableau qui témoigne d'une variation des capitaux propres est positive de 15,6 milliards d'euros par rapport à 2018 ce qui résulte de la consolidation de deux « pôles » comptables.

Un « pôle positif » d'actifs combine :

– des dotations et réserves, notamment grâce au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), qui dispose de 13,4 milliards d'euros de dotations (15,5 milliards en 2018), et de 22,2 milliards d'euros d'autres réserves, ainsi que les réserves du régime général et des autres régimes (11,1 milliards) ;

– d'un résultat globalement positif en 2019 (+ 15,4 milliards d'euros), en hausse par rapport à 2018 de 500 millions d'euros, qui résulte des excédents des autres régimes obligatoires (+ 0,3 milliard d'euros, contre un léger déficit de 200 millions d'euros en 2018) et de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en hausse (16,3 milliards d'euros contre 15,4 milliards d'euros en 2018), ainsi que du moindre du déficit du FSV (– 1,6 milliard d'euros au lieu de – 1,8 milliard d'euros en 2018), qui ont surcompensé la dégradation de la situation du régime général (– 300 millions au lieu de + 500 millions) et la détérioration du résultat du FRR (+ 800 millions d'euros contre 900 millions l'année précédente).

Ce « pôle positif » doit être consolidé notamment avec la diminution du « report à nouveau » de la sécurité sociale, combinant un effet positif de la CADES (diminution de 15,5 milliards d'euros) et une détérioration de celles des régimes obligatoires et du FSV (augmentation d'1,1 milliard d'euros).

Au total, c'est donc bien l'amortissement de la dette sociale qui est, assez logiquement, le principal facteur de réduction du besoin de capitaux propres de la sécurité sociale.

b. Une réduction quasiment dans les mêmes proportions de l'endettement financier

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

À la stabilité des actifs, constitués très largement des réserves placées (57,9 milliards d’euros en 2018, contre 55,8 milliards d’euros en 2017), répond un important passif (132,5 milliards d’euros en 2019). Ce dernier est toutefois en diminution par rapport à 2018 (142,6 milliards d’euros) grâce à la diminution des dettes portées par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et la CADES, qui diminuent de 12,5 milliards d’euros. L’amortissement de la dette portée par la CADES, l’amélioration des conditions d’emprunt et celle du solde de la sécurité sociale permettent là encore d’expliquer cette évolution.

La troisième partie du tableau, qui présente l’actif et le passif circulants, permet d’observer les besoins de financement à court terme de la sécurité sociale (fonds de roulement). Ils témoignent d’une relative stabilité par rapport à 2018, puisque l’actif circulant représentait au 31 décembre 83,4 milliards d’euros, contre 77,3 milliards l’année précédente, et le passif circulant 60,4 milliards d’euros contre 57,4 milliards durant le précédent exercice. La différence entre ces deux éléments peut s’interpréter comme l’absence de difficulté de la sécurité sociale à se financer à court terme. En revanche, la réduction de l’écart doit se lire comme une augmentation du besoin en fonds de roulement de la sécurité sociale en 2019 par rapport à 2018, liée globalement à des écarts recettes-prestations plus importants pendant l’année, en raison de la relative détérioration du solde.

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

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

Dans son *Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale* d’octobre 2020, la Cour des comptes juge que le tableau patrimonial figurant à l’annexe A du présent projet « fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2019 »⁽¹⁾.

En revanche, elle maintient une observation, déjà évoquée par ailleurs ainsi que les années précédentes, tenant à l’insuffisance des dispositifs de contrôle interne et la persistance de difficultés comptables.

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

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

– le régime général et le FSV étaient en déficit de 1,9 milliard d’euros en 2019, et celui-ci s’est ainsi ajouté à la dette gérée par l’ACOSS, en attendant une reprise par la CADES qui devrait intervenir entre 2020 et 2023 (cf. encadré *infra*) ;

(1) Page 153 https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2017-09/20170920-rapport-securite-sociale-2017_1.pdf

– le déficit du régime de retraite des exploitants agricoles est géré comme les années précédentes par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et financé par des avances rémunérées de l'ACOSS, conformément aux nouvelles dispositions adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; ces déficits cumulés ont atteint 3,6 milliards d'euros en 2019 (0,1 milliard pour l'exercice 2019).

– la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (– 0,7 milliard) a de nouveau enregistré un déficit (après – 0,6 milliard en 2018), en raison de la forte dégradation de ses recettes, dans un contexte de « gel » des rémunérations et de forte hausse de ses prestations, l'effet du report de l'âge légal ayant pris fin ;

La reprise de dette permise par la loi du 7 août 2020

Si elle n'a pas d'impact sur l'exercice 2019, ce dernier doit être mis en regard du nouvel « épisode » de reprise de dette par la CADES, qui permettra de couvrir de nombreux déficits passés, présents et futurs.

L'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 a autorisé, pour la première fois depuis 2016, une nouvelle reprise de dette par la CADES à compter de 2020, qui concerne :

- l'ensemble des déficits cumulés non repris du régime général au 31 décembre 2019 (16,3 milliards d'euros) ;
- ceux du FSV (9,9 milliards d'euros) ;
- ceux de la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles (3,6 milliards d'euros) ;
- ceux de la CNRACL au titre des exercices 2018 et 2019 (1,3 milliard d'euros).

Au total, la reprise reviendra donc à « effacer » 31 milliards d'euros de dette, soit environ un peu plus d'un an et demi de recettes de la CADES. Ces montants ne seraient ainsi plus portés par les régimes eux-mêmes ou par l'ACOSS, et seraient ainsi moins exposés aux aléas de court terme.

92 autres milliards de transferts autorisés par l'allongement de la durée de vie organique de la CADES à 2033 ⁽¹⁾ permettraient de procéder à des opérations similaires pour les exercices 2020 à 2023.

Source : commission des affaires sociales.

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

(1) Article 1^{er} de la loi organique et loi du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie.

– les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,4 milliard), du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (0,2 milliard) et de la Caisse nationale des barreaux français (0,06 milliard) sont affectés aux réserves des régimes concernés.

● Les déficits passés accumulés par le régime des mines avant qu’il ne bénéficie de la subvention d’équilibre ont été transférés à la CNAMTS à hauteur de 0,7 milliard d’euros en 2016.

*

* *

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020

Article 3

Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre de 2020

Adopté par la commission sans modification

L'article 3 prévoit la mise en place d'une contribution exceptionnelle pour les organismes complémentaires d'assurance-maladie pour l'exercice 2020. Ces organismes, qui comprennent les mutuelles, les institutions de prévoyance ainsi que les assurances, ont en effet réalisé des économies d'une ampleur inattendue compte tenu du report des soins par les Français dans un certain nombre de secteurs.

Justifiée par l'effort que doivent fournir ces organismes complémentaires afin de garantir l'équilibre des comptes de l'assurance-maladie, cette contribution s'appuie sur une assiette proche de celle la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui constitue déjà une obligation à la charge de ces organismes. Le taux de 2,6 % pour l'année constitue un choix destiné à assurer un produit d'un milliard. Les modalités de déclaration, de liquidation et de recouvrement sont analogues à celles qui s'appliquent à la TSA.

Cette première contribution est complétée par une contribution exceptionnelle à un taux de 1,3 % à l'article 10.

I. LE DROIT EXISTANT : LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE-MALADIE A ÉTÉ FORTEMENT PERTURBÉE DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

A. LA PART DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DANS L'EFFORT FINANCIER EN FAVEUR DE L'ASSURANCE MALADIE

1. La mise en place de la taxe de solidarité additionnelle

a. L'accompagnement de la couverture maladie universelle

Le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) dans la prise en charge de l'équilibre financier de l'assurance maladie est issu de l'universalisation du risque maladie. La création d'une couverture maladie universelle par le biais de la loi du 27 juillet 1999 ⁽¹⁾ s'est accompagnée de l'institution d'une contribution portant sur le montant des primes ou cotisations hors taxe. Cette première taxe, fixée initialement à un taux de 1,75 %, a été modernisée, en plusieurs temps :

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

– la loi de finances pour 2011 ⁽¹⁾ a transformé la contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d’assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé. Son taux a été fixé à 6,27 % ;

– la LFSS 2015, enfin, a fusionné cette taxe avec la taxe spéciale sur les conventions d’assurance (TSCA) pour les contrats d’assurance maladie ne relevant pas d’un régime obligatoire de sécurité sociale, à savoir les contrats de complémentaire santé.

Conformément à la vocation d’accompagnement de l’universalité de la complémentaire santé, le produit de la TSA actuelle alimente le fonds en charge du financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l’aide à la complémentaire santé (ACS). Ces versements peuvent également abonder, en cas de surplus, l’assurance maladie.

Ce fonds a été récemment renommé « Fonds de la complémentaire santé solidaire » en conséquence de la fusion de la CMU-C et de l’aide au paiement d’une complémentaire santé. Le dispositif qui en est issu, la complémentaire santé solidaire, est donc géré par le « Fonds CSS ». Ce dernier doit être lui-même supprimé, en application du présent projet de loi. Ses missions seront déléguées à l’administration de tutelle, ainsi que les organismes de sécurité sociale compétents, à savoir la Caisse nationale de l’assurance maladie (CNAM) et l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

b. La TSA aujourd’hui

i. Les redevables

La taxe telle qu’elle est issue de cette fusion a pour redevables les personnes physiques résidant en France, mais ce sont les OCAM qui se chargent de sa collecte. Ceux-ci se distinguent entre les organismes mutualistes, les entreprises régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance.

Les mutuelles, en premier lieu, sont définies dans le code de la mutualité comme des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles mènent principalement des actions de prévoyance, de solidarité et d’entraide au bénéfice de leurs membres et de leurs ayants droit. Particulièrement présentes sur le marché des contrats individuels, elles détiennent également la part la plus élevée des souscripteurs de 60 ans ou plus.

Les institutions de prévoyance sont des organismes paritaires à but non lucratif qui n’exercent leur activité que dans le champ des risques sociaux. En 2017, vingt-cinq institutions de prévoyance pratiquaient une activité de complémentaire santé, principalement dans le domaine de la couverture des salariés au sein des entreprises ou des branches ⁽²⁾.

(1) Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

(2) Panoramas de la DREES : « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 ».

Les assurances, quant à elles, sociétés anonymes à but lucratif, sauf l'exception des sociétés d'assurances mutuelles, ont une activité marginale dans le secteur de la santé. Elles concentraient toutefois en 2019 31 % des parts de marché des complémentaires.

Tableau 1 Caractéristiques des différents types d'organismes de complémentaire santé en 2017

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurances
Nombre d'organismes	346	25	103
Part de marché (CA) (en %)	51	18	31
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total en 2016 (en %)	85	50	5
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/patronat)	Actionariat

Lecture > En 2017, 346 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 51 % du chiffre d'affaires du marché de la complémentaire santé.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Sources > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), Fonds CMU.

Sont intégrés également dans le champ de cette taxe les organismes qui, bien qu'étant établis à l'étranger, opèrent en France, dans le cadre de la libre prestation de services. Ces derniers doivent dès lors désigner un représentant en France. Cette collecte se fait pour le compte du réseau de recouvrement habituel des cotisations de sécurité sociale.

ii. L'assiette

Son assiette est principalement composée des contrats d'assurance maladie complémentaire, selon toutes les modalités possibles. Sont ainsi concernés les contrats tant individuels que collectifs, auxquels l'adhésion est autant obligatoire que facultative et que son mode de financement provienne de l'employeur ou de l'assuré. Le tableau suivant fait la part des contrats intégrés à l'assiette de la TSA et ceux qui en sont exclus.

TYPOLOGIE DES CONTRATS INCLUS OU EXCLUS DE L'ASSIETTE DE LA TSA

Type de contrats intégrés dans le champ de l'assiette de la TSA	Type de contrats exclus de l'assiette de la TSA
Les contrats qui ont pour objet de garantir la couverture des frais médicaux, <i>via</i> des prestations en nature	Les contrats qui proposent le versement d'une rente ou d'un capital en cas de survenue d'un risque (maladie, maternité, accident corporel, invalidité, décès de l'assuré)
Les contrats qui ont pour objet de garantir l'octroi d'indemnités journalières (IJ) complémentaires à celles qui sont versées par la sécurité sociale (IJSS)	Les primes ou cotisations d'assurance qui couvrent des frais qui s'éloignent des seuls frais de santé (obsèques, allocations décès, mariage, naissance)
	Les opérations de réassurance
	Les contrats d'une nature différente dès lors que les garanties qui y sont inscrites ne viennent pas en complément de la prise en charge obligatoire
	La participation financière de l'assuré au titre de la complémentaire santé solidaire

Source : *commission des affaires sociales*.

La taxe est donc assise sur les primes inscrites dans ces contrats, mais également les majorations de ces primes, leurs accessoires ainsi que l'ensemble des sommes et avantages qui peuvent faire l'objet d'une évaluation pécuniaire dont bénéficient les OCAM.

iii. Les taux

Le taux qui frappe cette assiette est de 13,27 %, sous réserve que les contrats concernés ne permettent pas :

- s'agissant des contrats à adhésion facultative, d'enfreindre les garanties inscrites à l'article L. 871-1 du code de sécurité sociale, garantissant leur caractère « responsable » :

- s'agissant de l'ensemble des contrats, de recueillir des informations médicales auprès de l'assuré ou que les primes ou cotisations ne soient fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré. Il s'agit de s'assurer du caractère « solidaire » du contrat souscrit.

L'absence de respect de ces critères entraîne une majoration de 7 points du taux applicable, à 20,27 %.

À l'inverse, des dérogations de taux sont inscrites au même article, à savoir :

TAUX APPLICABLES AUX GARANTIES

(en %)

Type de contrats	Taux dérogatoire
Assurances de groupe définies au 1° de l'article 998 du code général des impôts, qui sont généralement souscrites par une entreprise donnent lieu au paiement d'une prime ou d'une cotisation dont 80 % au moins du montant total sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires	6,27
Garanties de protection en matière de frais de santé des contrats d'assurance maladie complémentaire couvrant les personnes physiques ou morales affiliées à la MSA au titre de leurs activités professionnelles dans le secteur agricole	6,27
Garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux IJSS, à condition que ces garanties respectent les conditions d'un contrat « solidaire »	7
Garanties au sein des contrats couvrant les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français	14

Source : commission des affaires sociales.

Le recouvrement, enfin, est assuré par l'URSSAF Île-de-France, désignée par arrêté comme l'organisme territorialement compétent ⁽¹⁾.

2. La part des OCAM dans la limitation du déficit de l'assurance maladie

Les secteurs de la prévoyance et de la mutualité connaissent depuis le début des années 2000 un mouvement de concentration rapide, puisque le nombre des mutuelles a été divisé par cinq depuis 2001 et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Dans ce marché, désormais, les vingt plus grands organismes détiennent plus de la moitié des parts du marché de cotisations collectées.

Dans ce champ, selon les données du Fonds CSS, 36,2 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2018. L'étude d'impact du Gouvernement estime quant à elle cette assiette à 38,7 milliards en 2019. Le produit de la TSA estimé en 2019 était de 5,189 milliards d'euros. Cette recette, en forte augmentation (+ 3,4 %, après une augmentation de 1,2 % en 2018) a été en grande partie liée à la croissance des primes inscrites dans les contrats de santé responsables, qui représentent 90 % de l'assiette ⁽²⁾. Ce montant a été réparti selon une clé de répartition proche de 50 %/50 % : 2,64 milliards d'euros sont revenus au Fonds CSS, tandis que 2,48 milliards de surplus ont été affectés à la CNAM.

(1) Arrêté du 4 mars 2011 portant désignation d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales unique pour le recouvrement de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances.

(2) Rapport d'activité du Fonds de la complémentaire santé solidaire pour 2019, 24 septembre 2020.

B. LA SITUATION ÉPIDÉMIQUE A CONDUIT À UNE FORTE DIMINUTION DES DÉPENSES DES OCAM

1. Le report de soins des Français

L'écart entre les prévisions de dépenses des OCAM et la réalité, dans la période de confinement, du recours aux soins, est estimé, selon les données fournies par le Gouvernement, à 2,2 milliards d'euros, détaillées selon les modalités suivantes :

Montants en Md€	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble
Soins hospitaliers	-0,4	-0,2	-0,1	-0,7
Médecins	-0,1	-0,1	-0,1	-0,3
Soins dentaires (y compris prothèses)	-0,2	-0,2	-0,1	-0,5
Auxiliaires médicaux	-0,2	-0,1	-0,1	-0,3
Laboratoires d'analyses	0,0	0,0	0,0	-0,1
Médicaments	0,0	0,0	0,0	0,0
Optique	-0,1	-0,1	0,0	-0,2
Prothèses, orthèses, pansements...	-0,1	0,0	0,0	-0,2
Transports sanitaires	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	-1,1	-0,7	-0,4	-2,2

Source : données transmises par le Gouvernement au rapporteur général

La priorité donnée aux patients atteints par la covid-19, tout comme la volonté de nombreux Français de reporter leurs soins moins urgents, a entraîné une baisse massive des dépenses de santé dans les secteurs généralement couverts par les contrats de complémentaire santé. La fermeture des cabinets médicaux a évidemment renforcé d'autant la situation concernant les soins faisant l'objet d'une prise en charge par les contrats de complémentaire santé.

Ainsi, selon une analyse de données recueillies sur la période entre le 20 janvier et le 30 mai 2020 ⁽¹⁾, les dix-neuf premières semaines se sont traduites par une chute de 30 % de la consommation de soins. Plus précisément :

– dans le secteur optique, qui a connu une évolution significative avec l'entrée en vigueur début 2020 du « 100 % santé », le confinement a entraîné une baisse de 90 % des dépenses, mais un fort effet de rattrapage post-confinement a abouti à une diminution sur la période entière de 55 % ;

– s'agissant des soins dentaires, la diminution de la consommation des soins s'est établie à - 35 % sur la période globale, après une chute de 93 % pendant la période de confinement ;

Les prestations versées dans le domaine de la santé auraient diminué globalement, sur cette même période, de 30 %. Les effets de reprise de la consommation de soins sur le reste de l'année, qui permettent de mieux déterminer

(1) Étude commandée par le courtier en assurance Gerep, sur la base d'un échantillon de 60 000 assurés et ayants droit.

l'impact du confinement sur les dépenses de santé, aboutiraient à une économie globale des OCAM de 2 milliards d'euros, soit l'équivalent de 5 % des cotisations collectées sur une année.

2. Les dépenses supplémentaires de l'assurance maladie obligatoire

S'ajoutent à cette diminution du recours aux soins couverts par les complémentaires santé les mesures prises par l'assurance maladie pour garantir la continuité des soins. La première d'entre elle concerne la téléconsultation.

Le remboursement à 100 % de la téléconsultation

La prise en charge de la téléconsultation a connu une évolution récente et rapide. Définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique comme une « *forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* », elle embrasse aujourd'hui cinq types d'actes médicaux distincts (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance médicale et réponse médicale dans le cadre de l'aide médicale) ⁽¹⁾.

Après l'autorisation de la télé médecine dans le cadre de la loi « HPST ⁽²⁾ », les actes de télé médecine sont restés largement marginaux pendant près d'une dizaine d'années. Le déploiement de la téléconsultation a été accéléré par la signature le 14 juin 2018 de l'avenant n° 6 à la convention médicale de 2016, approuvée par un arrêté du 1^{er} août 2018. Reconnue comme « *un enjeu clé pour l'amélioration de l'organisation du système de santé et l'accès aux soins pour tous sur le territoire* », la téléconsultation a été ouverte à l'ensemble des patients dès le 15 septembre 2018.

La prise en charge des actes effectués par le biais de la téléconsultation était auparavant financée dans le cadre de forfaits liés au dispositif « Etapes » (expérimentation de télé médecine pour l'amélioration des parcours de santé), par des tarifs définis par l'ARS sur les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) ou, plus rarement, par des actes intégrés dans la nomenclature de l'assurance maladie. L'ouverture de la téléconsultation à tous les patients s'est accompagnée de son intégration dans le parcours de soins.

Alors que les tarifs des actes et les modalités de prise en charge étaient identiques à ceux appliqués aux consultations physiques ⁽³⁾, l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19 a supprimé toute participation de l'assuré pour les actes réalisés en téléconsultation, les actes d'accompagnement de la téléconsultation, ainsi que pour les actes de télésoin, désormais pris en charge à 100 % par la sécurité sociale. Cette prise en charge totale a été étendue par ordonnance ⁽⁴⁾ au 31 décembre 2020.

(1) Le lecteur intéressé pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 41 relatif à simplification de la gestion de la complémentaire santé solidaire.

(2) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(3) Sauf la précision apportée par le Conseil d'État selon laquelle le remboursement ne peut avoir lieu que lorsque la téléconsultation est délivrée accessoirement à une activité principale de consultation réelle (CE, 29 mai 2019)

(4) Ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020 modifiant les délais applicables à diverses procédures en matière sociale et sanitaire afin de faire face aux conséquences de la propagation de l'épidémie de covid-19.

La prise en charge à 100 % des actes de téléconsultation, que le présent projet de loi prolonge jusqu'en 2021, a entraîné un transfert de charge de 100 millions d'euros habituellement pris en charge par les organismes complémentaires à l'assurance maladie. Le recours à la téléconsultation a en effet largement augmenté depuis que sont entrées en vigueur les nouvelles modalités de son remboursement comme son encouragement par les autorités publiques. Si le nombre de téléconsultations diminue régulièrement depuis le confinement, la tendance est largement supérieure à la période qui précédait. Ainsi, si 40 000 consultations ont été remboursées en février, ce nombre s'est élevé à 4,5 millions en avril, 1,9 million en juin et encore 650 000 en août. Si elles ont pu représenter jusqu'à un quart des consultations, elles représentent encore, selon la CNAM, 3 % d'entre elles en septembre. Ces consultations à distance sont principalement utilisées par les médecins libéraux, qui représentent 96 % des téléconsultations remboursées. Parmi celles-ci, plus de 80 % sont réalisées par des généralistes.

3. Le retraitement des baisses de recettes des organismes

La détermination de la marge que l'épidémie a indirectement permis aux organismes complémentaires tient également compte des risques de perte de recettes auxquelles ils pourraient faire face. La crise économique subséquente à la crise sanitaire pourrait avoir des effets directs sur les cotisations collectées.

La première perte de recettes serait liée à l'accélération de la portabilité des droits. La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé prévoit en effet la possibilité pour les assurés de résilier sans frais un contrat d'assurance complémentaire santé un an après sa signature. Ce droit nouveau, entré en vigueur au 1^{er} décembre 2019, devait avant tout permettre de faire jouer la concurrence entre les acteurs privés, en rééquilibrant les rapports commerciaux entre les organismes complémentaires et leurs clients. L'entrée en vigueur de cette disposition pourrait toutefois d'abord se traduire par une baisse des recettes des OCAM. L'instabilité de la situation est par ailleurs renforcée, s'agissant du maintien des garanties prévoyance et santé, par l'ampleur du dispositif d'activité partielle. Celui-ci a en effet mis plusieurs millions de personnes dans une situation où, sans que le contrat de travail ne soit rompu, qui les cotisations ne sont plus versées. Le dispositif de portabilité des droits ne s'applique donc pas dans ce cas.

Sur la base des hypothèses fournies par la Banque de France et l'Unédic quant à l'évolution prévisible du chômage, un chiffrage a été effectué par le Gouvernement. Celui-ci s'appuie notamment sur les taux actuels de couverture des salariés par des contrats collectifs d'entreprises, le taux de recours des demandeurs d'emploi aux contrats auxquels ils ont droit ainsi que sur un coût moyen par bénéficiaire de la portabilité équivalent au reste à charge moyen observé en ville et à l'hôpital pour la population en âge de travailler (20-65 ans). Sur la base de ces hypothèses, le coût de la portabilité a été estimé à 210 millions d'euros d'ici la fin de l'année 2021. Ce coût supplémentaire, couplé à une reprise des soins plus forte

qu'anticipée, pourrait abaisser le total des économies effectuées par les OCAM à 1,7 milliard d'euros, soit un montant toujours supérieur à celui du produit de la contribution exceptionnelle pour l'année 2020 et pour l'année 2021, telle que prévue à l'article 10 du présent projet de loi.

Plus généralement, le maintien des droits aux complémentaires d'entreprises, dans une période de destruction rapide d'emplois, contribue à diminuer nécessairement le montant des cotisations collectées par les OC.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES DESTINÉE À CORRIGER UN ÉCART DE DÉPENSES PENDANT L'ÉPIDÉMIE

A. UNE CONTRIBUTION ADDITIONNELLE À LA TSA

Le I de l'article propose l'institution, pour l'année 2020, d'une contribution exceptionnelle, due par les OCAM redevables de la TSA, encore en activité à la fin de cette année. Il n'est toutefois pas précisé, à l'inverse de la TSA, que cette contribution est versée pour le compte des personnes physiques résidentes en France.

L'assiette est par ailleurs proche de celle de la TSA, et comprend l'ensemble des sommes relatives aux primes ou cotisations, ainsi que leurs accessoires. De la même manière que pour la TSA, les dispositions qui garantissent le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières inscrites dans les contrats de garanties santé solidaires et responsables et dans les contrats agricoles équivalents, sont exonérées de cette nouvelle contribution.

Il doit toutefois être noté que le Gouvernement a exclu de l'assiette de la contribution exceptionnelle les cotisations des particuliers couvrant les garanties d'indemnités au titre des indemnités journalières complémentaires. Cette exclusion des sommes mentionnées au 4^o du II *bis* du L. 862-4, inscrite au troisième alinéa du présent article, tient notamment du fait que les organismes complémentaires n'ont bénéficié d'aucune variation dans l'utilisation de ces journées complémentaires. La réduction de cette assiette de la contribution exceptionnelle n'emporte toutefois que des effets marginaux⁽¹⁾, et le produit de la taxe est réputé rester à hauteur de 1 milliard d'euros pour l'année 2020.

Recouvrée concomitamment à la TSA par l'URSSAF Île-de-France, la contribution sera recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles qui sont déjà prévues à l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale. Compte tenu du caractère exceptionnel de cette contribution, le présent article prévoit néanmoins deux dates butoirs :

(1) L'étude d'impact estime que cette exclusion entraîne un retraitement de 1,2 milliard d'euros d'une assiette estimée, en 2019, à 38,7 milliards d'euros.

– la contribution devra être déclarée et liquidée au plus tard le 30 janvier 2021 ;

– dans les mêmes conditions que la TSA, elle peut faire l’objet d’une régularisation annuelle, qui ne pourra toutefois intervenir après le 30 juin 2021.

Le **II** vient corriger une absence de coordination avec la réécriture de l’article L. 321-1 du code de la sécurité sociale par l’article 9 de la loi n° 2013-660 du 22 juillet 2013.

B. LA DÉTERMINATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE

Issu de concertations menées avec les parties prenantes, le montant de la contribution a été ajusté pour tenir compte des sommes à retraiter, en raison des conséquences économiques de la crise sanitaire et de leur impact sur l’économie des complémentaires santé. Comme vu *supra*, des hypothèses conservatrices ont été retenues, puisque l’écart entre le montant préalable au retraitement – 2,2 milliards d’euros sur la seule année 2020 – et le montant de l’ensemble de la contribution exceptionnelle – 1 milliard d’euros – permet de conserver une marge d’économies confortable, surpassant le coût éventuel tant de la portabilité des droits que d’un éventuel rattrapage des soins dans le domaine couvert par les OCAM supérieur à celui qui a été anticipé.

Le montant est atteint par l’application à l’assiette de la TSA, retraitée des garanties assurant le versement d’indemnités complémentaires aux indemnités journalières, soit 37,6 milliards d’euros, d’un taux de 2,6 % au titre de l’année 2020. Le produit sera donc de 1 milliard d’euros.

Le rapporteur général estime que cette contribution, issue d’une concertation menée avec les acteurs concernés, n’est pas inédite, puisque les organismes complémentaires avaient déjà été amenés à prendre en charge une partie des dépenses liées à l’épidémie de grippe A (H1N1), dans le cadre de la LFSS 2011 ⁽¹⁾. Une contribution exceptionnelle leur avait été alors demandée, appuyée également sur la nécessité pour les organismes complémentaires de participer à l’accès de tous à la sécurité sanitaire.

Les auditions des acteurs intéressés ont permis au rapporteur général de confirmer le fait qu’aucun d’entre eux n’était opposé au principe de la contribution elle-même, permettant aux OCAM de prendre leur juste part dans l’effort de notre système de santé face à la crise sanitaire.

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Si les modalités ont pu faire l'objet de contestations sur l'assiette retenue comme sur la prise en compte des difficultés auxquelles les différents secteurs pouvaient actuellement faire face, le montant de la contribution rapporté aux économies effectuées sur l'exercice 2020 ne semble pas particulièrement défavorable aux organismes complémentaires.

Le rapporteur général sera en outre attentif, comme le Gouvernement, à ce que les organismes complémentaires n'augmentent pas leurs cotisations en 2021, alors même que la contribution exceptionnelle n'a pour objet que de rétablir la juste part qu'auraient prise ces organismes en l'absence de crise sanitaire.

*

* *

Article 4

Contribution au financement de la prime covid pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Adopté par la commission sans modification

L'article 4 prévoit de permettre à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de verser une aide aux conseils départementaux pour le financement d'une prime covid en faveur des personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD). Cette aide, d'un montant maximal de 80 millions d'euros, est financée à hauteur de 50 millions d'euros grâce à la réorientation des crédits prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, destinés à la préfiguration de la réforme du financement des SAAD. À cette dotation s'ajoutent 30 millions d'euros supplémentaires. La prime, qui pourra atteindre 1 000 euros, devra être versée aux bénéficiaires au plus tard en décembre 2020.

Bien qu'exposés au risque épidémique pendant la crise sanitaire, les salariés des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) n'ont pas bénéficié jusqu'à présent d'une « prime covid ». Un accord conclu entre le Gouvernement et l'Assemblée des départements de France (ADF) le 4 août dernier doit néanmoins permettre de mettre un terme à cette situation. La contribution de l'État serait financée principalement grâce à la réorientation des crédits prévus par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 qui étaient destinés à la préfiguration de la réforme du financement des SAAD.

I. UNE PRIME COVID COFINANCÉE PAR LA CNSA ET LES DÉPARTEMENTS

A. UNE PRIME JUSTIFIÉE

Une partie des salariés des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) a été en première ligne pendant la crise sanitaire. Bien que certains d'entre eux ont vu leur activité professionnelle diminuer pendant la crise, certaines personnes âgées notamment préférant ne pas recevoir d'aide à domicile temporairement de peur d'être contaminées, d'autres ont continué à exercer leur activité parfois dans des conditions dégradées, sans équipement de protection individuelle (EPI). Les travaux menés en avril dernier par Mmes Monique Iborra et Caroline Fiat, référentes de la commission des affaires sociales pour le secteur médico-social au titre du suivi dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, ont permis de constater que ce secteur a souffert d'un manque de moyens importants pendant les premières semaines de la crise sanitaire.

Par ailleurs, afin de compenser le surcroît de travail significatif lié à la crise sanitaire pendant le printemps dernier, l'État a ouvert la possibilité de verser une prime exceptionnelle en 2020, non imposable et non soumise à prélèvements sociaux, aux agents publics particulièrement mobilisés pendant l'état d'urgence

sanitaire ⁽¹⁾. Le Gouvernement a ainsi pris deux décrets afin d'autoriser le versement d'une prime covid aux soignants hospitaliers notamment ⁽²⁾ ainsi qu'aux personnels des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux ⁽³⁾ ayant exercé leurs fonctions entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020.

Toutefois, ces dispositions ne concernaient pas les salariés des SAAD dès lors qu'ils constituent des opérateurs privés. Aussi l'article 4 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020 a étendu le principe d'exonération aux primes versées aux agents et salariés des établissements de santé privés ainsi qu'à ceux de l'ensemble des établissements et services sociaux et médico-sociaux dont les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour personnes âgées et personnes handicapées. Le champ de cette exonération concerne l'ensemble des professionnels, qu'il s'agisse ou non de professionnels d'intervention.

B. UN ACCORD TARDIF ENTRE L'ÉTAT ET LES DÉPARTEMENTS

Le principe du versement d'une prime aux salariés des SAAD s'est heurté pendant plusieurs mois au niveau national à l'absence d'un accord entre l'État et les départements. En effet, aucune partie ne souhaitait assumer seule le coût d'une telle prime dans la mesure où le financement des SAAD est partagé, la CNSA versant des concours aux départements au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Par ailleurs, en vertu du principe de libre administration des collectivités territoriales, l'État ne pouvait pas imposer aux départements le versement d'une prime. Ce n'est que le 4 août dernier que l'État et l'ADF sont parvenus à un accord, matérialisé par la publication d'un communiqué de presse conjoint ⁽⁴⁾.

Cet accord prévoit une aide de l'État aux départements qui s'engagent à verser une prime aux salariés des SAAD « présents sur le terrain », dans la limite de 80 millions d'euros au titre de l'année 2020, en contrepartie d'un effort financier au moins égal de la part des départements. Ainsi le montant total des contributions de l'État et des départements s'élèverait à 160 millions d'euros. Cette dotation a été calculée sur la base d'une cible maximale de 160 000 équivalents temps plein (ETP)

(1) Article 11 de la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020 de finances rectificative pour 2020.

(2) Décret n° 2020-570 du 14 mai 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle à certains agents civils et militaires de la fonction publique de l'État et de la fonction publique territoriale soumis à des sujétions exceptionnelles pour assurer la continuité des services publics dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire déclaré pour faire face à l'épidémie de covid-19.

(3) Décret n° 2020-711 du 12 juin 2020 relatif au versement d'une prime exceptionnelle aux personnels des établissements et services publics sociaux et médico-sociaux de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique territoriale et de la fonction publique de l'État dans le cadre de l'épidémie de covid-19. Cette prime, d'un montant de 1 000 euros maximum, peut être majorée à hauteur de 1 500 euros dans les quarante départements les plus touchés par la crise. Elle concerne les agents publics exerçant dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en établissements et services publics sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées ou pour personnes handicapées ou encore dans les unités de soins de longue durée (USLD). Une enveloppe de 750 millions d'euros a été ouverte pour cette prime financée par l'assurance maladie et versée par les agences régionales de santé (ARS).

(4) Voir : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/04082020-cp-conjoint-etat-adf.pdf>

et du versement d'une prime de 1 000 euros, sans prise en compte de la diversité des situations territoriales.

De toute évidence, cet accord a permis de créer un effet levier. Alors que seuls vingt-quatre départements avaient annoncé le versement d'une prime début juillet ⁽¹⁾, ils étaient soixante-quinze au 7 octobre dernier, selon la directrice de la CNSA. Par ailleurs, certains départements ont revu à la hausse le montant de la prime. À titre d'exemple, le département des Landes a décidé de la faire passer de 750 à 1 000 euros après l'accord entre l'État et l'ADF.

Ainsi que le laissent penser les premières annonces des départements ⁽²⁾, le montant de la prime sera probablement très variable dans la mesure où ce seront les conseils départementaux qui fixeront les critères d'attribution de la prime et où tous les départements n'ont pas été affectés de la même façon par l'épidémie.

II. UNE CONTRIBUTION DE LA CNSA CONDITIONNÉE, EN GRANDE PARTIE FINANCÉE PAR LA RÉALLOCATION DE CRÉDITS VOTÉS EN LFSS 2020

A. UNE AIDE DE LA CNSA CONDITIONNÉE

• Le présent article entérine l'engagement de l'État pris au début du mois d'août. Le **I** dispose que la CNSA finance, à titre exceptionnel pour 2020, une aide aux départements pour le financement de la prime covid. Cette prime est destinée aux personnels des SAAD intervenant auprès de personnes âgées ou de personnes en situation de handicap ⁽³⁾.

Selon le troisième alinéa du **I**, l'enveloppe de 80 millions d'euros sera répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les SAAD aux titres de l'APA, de la PCH et de l'aide-ménagère versée par les départements.

Le versement par la CNSA est toutefois conditionné par un effort financier au moins égal des conseils départementaux : seuls les départements qui s'engagent à financer la prime, au plus tard le 30 octobre prochain, pourront bénéficier d'une partie des 80 millions d'euros. Il convient de noter que les conseils départementaux qui auraient déjà versé une prime pourront bénéficier d'une fraction des 80 millions d'euros dans les mêmes conditions que les autres départements.

Les crédits de la CNSA seraient versés aux départements fin décembre après l'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 et au plus tard le 31 décembre 2020. En tout état de cause, la prime a vocation à être versée par les SAAD à leurs salariés au mois de décembre 2020 afin de bénéficier du régime d'exonération sociale et fiscale. Les départements devraient reverser à la

(1) Réponse écrite de la direction de la sécurité sociale à partir des données des fédérations professionnelles.

(2) Voir [Handicap.fr](https://handicap.fr), « Pas de prime Covid pour tous les aides à domicile », 27 juillet 2020.

(3) Il s'agit des services relevant des 6° et 7° du 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

CNSA début 2021 les éventuels trop-perçus en fonction des sommes qu'ils auront effectivement versées aux SAAD.

B. UN FINANCEMENT FONDÉ SUR LA RÉORIENTATION DES CRÉDITS DESTINÉS À LA PRÉFIGURATION DE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION DES SERVICES À DOMICILE

Le deuxième alinéa du **I** précise que l'aide de la CNSA est financée, pour une partie, sur les crédits prévus pour l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), qui est entrée en vigueur le 1^{er} octobre dernier et, pour le solde, par les fonds propres de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

L'aide de la CNSA serait financée principalement par la réallocation de l'enveloppe de 50 millions d'euros destinée à la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD. En effet, le **II** du présent article abroge le **XI** de l'article 25 de la loi n° 2019-1446 de financement de la sécurité sociale pour 2020 qui prévoyait cette enveloppe. Il s'agissait de la seconde moitié d'une dotation de 100 millions d'euros, la première ayant été ouverte par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019⁽¹⁾. En outre, il a été précisé aux rapporteurs que l'enveloppe complémentaire de 20 millions d'euros annoncée par le ministre des solidarités et de la santé en février dernier pour les SAAD, qui devait être utilisée selon les mêmes modalités que l'enveloppe de 50 millions d'euros pour 2020, doit également être réallouée pour financer la prime covid en faveur des salariés des SAAD.

Ces décisions ont été motivées par le Gouvernement par le retard généré en 2019 par les contentieux à l'encontre du décret d'application du **IX** de l'article 26 de la LFSS 2019⁽²⁾ et en 2020 par la crise sanitaire, qui a conduit à reporter la publication du décret d'application. Il convient de rappeler que le décret précité a fait l'objet de critiques unanimes de la part des professionnels du secteur, exprimées lors du Printemps social de l'évaluation organisé par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (voir encadré). En outre, les fortes attentes vis-à-vis du versement d'une prime covid ont conduit à privilégier à court terme ce poste de dépenses dans l'attente d'une réforme de la tarification des SAAD qui doit intervenir dans le cadre de la loi « Grand âge et autonomie »⁽³⁾.

In fine, le coût supplémentaire de la présente mesure serait de 30 millions d'euros.

(1) *IX de l'article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.*

(2) *Décret n° 2019-457 du 15 mai 2019 relatif à la répartition et l'utilisation des crédits mentionnés au IX de l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 visant à la préfiguration d'un nouveau modèle de financement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.*

(3) *Réponse écrite de la direction de la sécurité sociale.*

L'évaluation de la préfiguration de la réforme de la tarification des SAAD

La mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) a procédé en 2020 à l'évaluation de cinq mesures adoptées dans le cadre de la LFSS pour 2019 dans le cadre du Printemps social de l'évaluation. Chaque mesure a fait l'objet d'un suivi par deux députés qui ont auditionné les acteurs des secteurs concernés avant d'entendre les directeurs d'administrations centrales ou de caisses de sécurité sociale le 30 juin et le 1^{er} juillet dernier à l'Assemblée nationale.

C'est dans ce cadre que Mmes Annie Vidal et Agnès Firmin Le Bodo ont procédé à l'évaluation de l'article IX de l'article 26 de la LFSS 2019, qui avait prévu un financement exceptionnel de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 50 millions d'euros aux services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD).

Cette enveloppe, ainsi que les 50 millions d'euros votés en LFSS 2020, visent à aider les conseils départementaux volontaires à préfigurer un nouveau modèle de financement des services à domicile en développant une « modulation positive » des tarifs des SAAD.

En effet, à terme, le modèle tarifaire des SAAD reposerait sur un tarif de référence national, aussi bien pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) que pour la prestation de compensation du handicap (PCH), applicable à tous les SAAD, ainsi que sur un complément de financement, appelé « modulation positive ». Celui-ci doit être attribué aux services prenant auprès du département, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), des engagements portant sur le profil des personnes accompagnées, les caractéristiques du territoire couvert et l'amplitude d'intervention.

Alors qu'une soixantaine de départements s'étaient engagés, à juin dernier, dans cette démarche, il n'a pas toutefois été possible de mesurer les effets du dispositif sur les SAAD en l'absence de données quantitatives consolidées, la crise sanitaire ayant entraîné des retards dans la mise en œuvre. Le premier bilan, dressé par les rapporteuses de la MECSS, a néanmoins permis de mettre en évidence la complexité du dispositif au regard des sommes en jeu jugées modestes. La majeure partie des fédérations auditionnées a critiqué le calibrage du dispositif en dénonçant un « saupoudrage » de crédits.

Source : Assemblée nationale, [Rapport d'information de la commission des affaires sociales relatif au Printemps social de l'évaluation](#), juillet 2020.

*

* *

Article 5

Ratification des décrets de relèvement des plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Adopté par la commission sans modification

L'article 5 propose au Parlement de ratifier *a posteriori* deux décrets pris au premier semestre 2020 en vue de relever les plafonds d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), tels qu'ils avaient été prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, pour faire face à la crise.

1. Un relèvement des plafonds pour faire face à la crise

a. Les plafonds votés en LFSS 2020

La sécurité sociale demeure gouvernée depuis 1996 par un principe d'équilibre qui ne l'autorise que de manière limitée et provisoire à recourir à des « *ressources non permanentes* », *alias* l'emprunt ⁽¹⁾.

Comme le cadre organique lui en fait obligation chaque année, l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽²⁾ avait fixé les plafonds d'encours pour les différents régimes.

(1) L'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale prévoit en effet que les « ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois ».

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

PLAFONDS D'EMPRUNT DANS LA LFSS 2020

(en millions d'euros)

Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre du régime général ⁽¹⁾	39 000
Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	4 100
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (période du 1 ^{er} au 31 janvier)	400
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (période du 1 ^{er} février au 31 décembre)	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	515
Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)	250
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (période du 1 ^{er} janvier au 31 août 2020)	2 000
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (période du 1 ^{er} septembre au 31 décembre 2020)	2 700

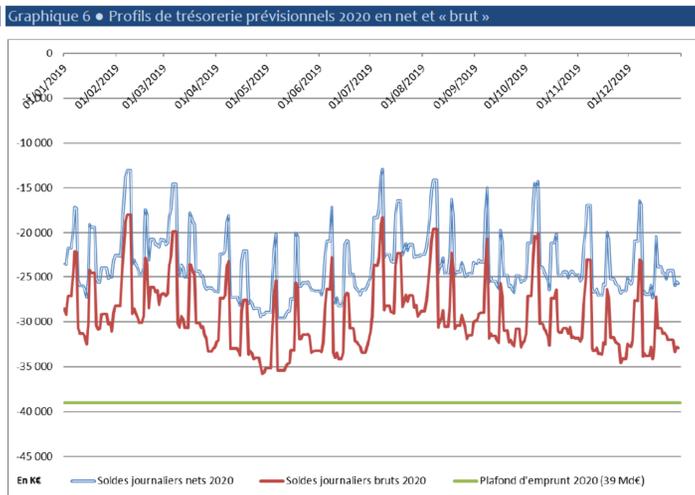
Source : LFSS 2020.

Ces plafonds avaient été fixés dans « l'étiage » de ce qui s'était pratiqué les années précédentes.

Ainsi, le plafond de l'ACOSS avait été relevé de 1 milliard d'euros (38 à 39 milliards d'euros) pour permettre de faire face une variation prévisionnelle de trésorerie sur l'année de 1,7 milliard d'euros supplémentaires. Il s'agissait alors d'une évaluation prudente, puisque le « point bas » de trésorerie devait être atteint le 28 avril avec un besoin de financement de 35,8 milliards d'euros, comme en témoigne le graphique présenté dans l'annexe 4 l'année dernière.

(1) L'ACOSS assure en effet des missions de financement pour d'autres régimes à travers des conventions. Il convient donc de préciser ici que c'est le plafond appliqué à l'ACOSS en tant que l'agence couvre les besoins de financement du régime général.

ÉVOLUTION DE LA TRÉSORERIE DU RÉGIME GÉNÉRAL DANS LA LFSS 2020

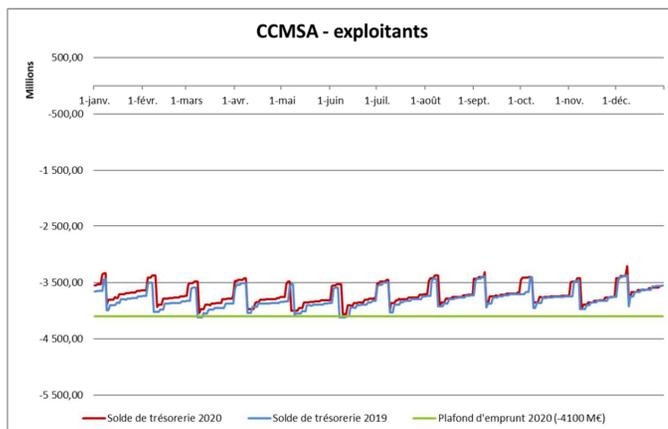


Source : ACOSS/DSS

Source : annexe 4 du PLFSS 2020.

De même, le plafond applicable à la CCMSA en 2020 (4,1 milliards d'euros) correspondait à une baisse de 800 millions d'euros par rapport à 2019 et qui permettait d'envisager assez sereinement le passage d'un « point bas » début mars.

ÉVOLUTION DE LA TRÉSORERIE DE LA CCMSA DANS LA LFSS 2020



Source : annexe 4 du PLFSS 2020.

b. Une crise exceptionnelle qui a nécessité des mesures lourdes en trésorerie massives et urgentes

● La crise a « percuté » ces plafonds de trésorerie en raison du croisement de deux raisons majeures :

– la hausse des dépenses liées à la crise dans le champ de la sécurité sociale (environ 10 milliards d’euros dans le champ de l’ONDAM, nets des moindres dépenses en ville, dont 4,8 milliards d’euros de budget supplémentaire pour Santé publique France ⁽¹⁾ ; hausse des indemnités journalières pour 2 milliards d’euros ; prise en charge à 100 % des tests, heures supplémentaires pour les soignants, etc.)

– la mise en œuvre rapide de reports de cotisations qui ont entraîné de moindres rentrées de cotisations, avec un effet massif en trésorerie en mars et avril, le maximum ayant été atteint fin juin avec 16,6 milliards d’euros de reports ⁽²⁾ ; il faut y ajouter environ 8 milliards d’euros de reports de cotisations pour les travailleurs non-salariés ;

– la diminution très forte des recettes due au recours à l’activité partielle (estimée à partir de l’effet « baisse des salaires soumis à cotisation » à 15 milliards d’euros).

Au total, plus de 50 milliards d’euros de besoins de financement supplémentaires sont ainsi venus s’ajouter, avec une intensité variable à différents moments de l’exercice, aux besoins habituels de trésorerie. L’annexe 4 relève ainsi un « point bas » pour l’ACOSS de 89,7 milliards d’euros de besoins de financement fin juin alors qu’ils étaient limités à 25 milliards d’euros le 5 mars.

Cette situation était d’autant plus exacerbée que comme indiqué *supra*, les « point bas » des deux principaux emprunteurs de court terme au sein de la sécurité sociale se situaient en pleine période de confinement (mars-avril). Elle s’est bien sûr ajoutée aux obligations habituelles de l’ACOSS comme le financement du versement des pensions le 7 ou 9 du mois pour la CNAV ou pour la CCMSA.

● Pour faire face à ces besoins accrus, les plafonds de trésorerie de l’ACOSS et de la CCMSA ont été relevés à deux reprises :

– à 70 milliards d’euros pour l’ACOSS par le décret n° 2020-327 du 25 mars 2020 ;

– à 5 milliards pour la CCMSA et 95 milliards d’euros pour l’ACOSS par le décret n° 2020-603 du 20 mai 2020.

(1) Arrêté du 30 mars 2020 fixant le montant pour l’exercice 2020 du financement de l’Agence nationale de santé publique.

(2) Chiffre évoqué par l’ACOSS lors des auditions.

Ces plafonds sont complètement inédits dans l’histoire de l’agence, même si des rectifications importantes se sont déjà produites dans le passé, comme pendant la crise financière de 2009.

PLAFONDS INITIAUX ET RECTIFIÉS DE TRÉSORERIE DE L’ACOSS DEPUIS 1997

Plafonds des autorisations de recours aux ressources non permanentes accordées à l’ACOSS depuis 1997

En Md€	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Plafond inscrit en LFSS	10,6	3,05	3,66	4,42	4,42	4,42	12,5	33	13	18,5	28
Plafond après décret d’urgence	12,2	4,73	4,42				15				
Plafond rectifié en LFSS	12,2	4,73	4,42				15				

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Plafond inscrit en LFSS	36	18,9	65	20*	22	29,5	34,5	36,3	40 et 30 **	33	38	38	39
Plafond après décrets d’urgence		29				15							70 puis 95
Plafond rectifié en LFSS		29		18		15							95

Source : PLFSS 2021, annexe 4.

Les besoins de financement ont par ailleurs dû être couverts par des outils diversifiés, en raison de la faible « profondeur » du marché de court terme dans un contexte globalement difficile :

- un prêt de 10 milliards d’euros a été conclu avec la Caisse des dépôts et consignations en plus des 11 milliards de lignes de crédits déjà ouvertes au titre de la convention que la Caisse a signée avec l’ACOSS ;

- des prêts contractés auprès de partenaires bancaires pour 21,1 milliards d’euros en juin.

Les instruments de marché ont donc logiquement baissé en proportion par rapport à ces autres outils, parfois complètement nouveaux.

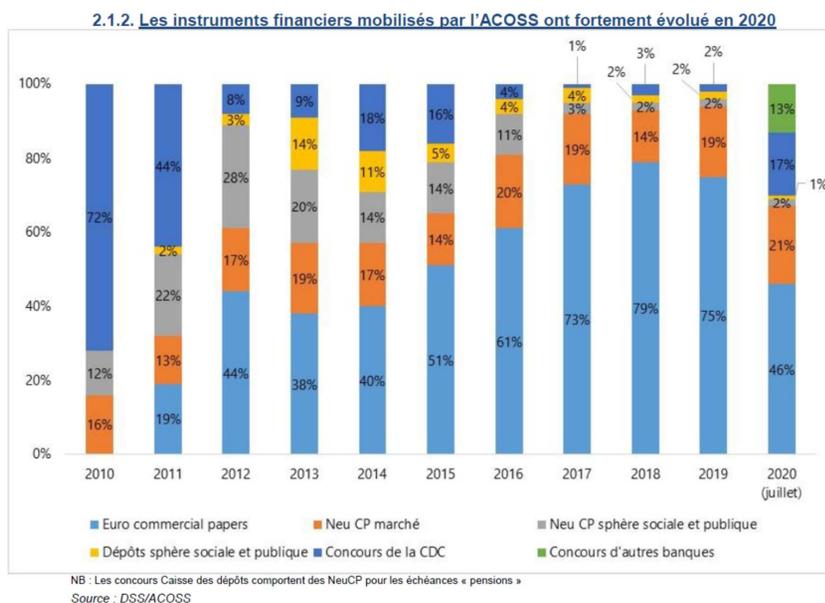
La situation s’est finalement stabilisée sur les marchés au milieu de l’année après l’intervention de la Banque centrale européenne et aucune difficulté de financement ne s’est finalement réalisée, après cette « mauvaise passe » du printemps. Par ailleurs, les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 ont engagé, d’une part, un processus de reprise de dette par la CADES à horizon 2023, avec un premier transfert de 20 milliards d’euros fin août, et, d’autre part, une vente de la soule des industries électriques et gazières gérée par le Fonds de réserve pour les retraites pour le compte de la branche vieillesse du régime général, pour un total de 5,1 milliards d’euros.

Cette situation pose évidemment, au-delà de la seule question du plafond qui peut être rapidement ajusté par voie réglementaire, la question de la capacité de l'ACOSS à porter des niveaux de dette très importants, lorsque des chocs conjoncturels de cette ampleur viennent s'ajouter à des montants significatifs de dette « roulés » d'une année sur l'autre.

Soit l'ACOSS est considérée comme un acteur réel de la dette sociale fondé à porter des montants très importants, et il faut lui donner les moyens dans des périodes exceptionnelles d'allonger la maturité de ses emprunts pour trouver la « profondeur » de marché nécessaire, soit l'ACOSS ne doit porter qu'une dette de court terme, limitée et à titre conservatoire en attendant qu'elle soit éteinte par des excédents ou reprise par la CADES ou par l'État, et il faut alors créer des mécanismes souples et permanents de reprise ⁽¹⁾.

L'ACOSS a fait à cet égard une proposition au rapporteur général lors de son audition : prévoir une clause exceptionnelle permettant de déroger à l'article L. 131-9, pour atteindre des maturités un peu plus longues en cas de crise, qui pourraient ne pas excéder dix-huit ou vingt-quatre mois. Une telle faculté, encadrée et proportionnée, mériterait un examen approfondi, afin de préparer les prochains chocs.

STRUCTURE DES ENCOURS RÉALISÉS PAR L'ACOSS EN 2020



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

(1) Ce que ne peut pas être une reprise par la CADES en l'état des textes organiques ; le plafond étant systématiquement conçu pour permettre l'amortissement de la précédente reprise, le législateur ordinaire se heurte systématiquement à la nécessité de modifier la loi organique, dont les conditions d'examen sont strictement encadrées par la Constitution (délai de quinze jours avant l'examen par la première assemblée saisie, puis navette « classique » entre les deux chambres).

2. La ratification de ces décrets, une nécessité organique

Afin d'adopter les décrets précités ayant relevé les plafonds de trésorerie de l'ACOSS et de la CCMSA, contradictoires avec les dispositions de la LFSS 2020, le Gouvernement s'est appuyé sur les dispositions de l'article L.O. 111-9-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'en cas d'urgence, les limites prévues par la loi de financement « *peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'État et information des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale* ».

Contournement de l'autorisation parlementaire telle qu'elle est prévue à l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale qui fixe le contenu des LFSS, cet article L.O. 111-9-2 s'empresse de préciser qu'une ratification doit être demandée « *dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale* ».

C'est ce que propose l'article 5 du présent projet de loi, dans la plus stricte fidélité à la procédure organique, après que la commission des affaires sociales a été informée par courrier du Premier ministre des 23 mars et 15 mai 2020.

Face à cette demande de ratification, le rapporteur général ne peut que constater l'urgence et la nécessité dont ces décrets ont procédé. Renoncer à ces plafonds rehaussés reviendrait par ailleurs à priver à nouveau la sécurité sociale des moyens d'assurer son financement à court terme, et donc la continuité du versement des prestations.

*

* *

Article 6

Mise en œuvre de la compensation des exonérations créées lors de la crise de la covid-19

Adopté par la commission sans modification

L'article 6 définit les modalités de la compensation par l'État aux organismes du réseau « recouvrement » de la sécurité sociale de l'aide au paiement mise en place dans le cadre de l'article 65 de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 (« LFR 3 »).

Original en ce qu'il conduit les URSSAF dans certaines circonstances à verser une aide aux entreprises, qui dépasse le montant des exonérations dues, ce dispositif ne retrait pas dans les grands mécanismes classiques de compensation financière État-sécurité sociale.

1. Les mécanismes habituels de compensation financière de l'État à la sécurité sociale s'adaptent mal aux caractéristiques des aides aux entreprises mises en place par la troisième loi de finances rectificative pour 2020

a. Un dispositif exceptionnel d'aide aux entreprises mis en place par la LFR 3 pour 2020

Dans un contexte de conséquences économiques parfois très fortes du confinement pour certains secteurs d'activité, l'article 65 de la loi de finances rectificative pour 2020 ⁽¹⁾ a mis en œuvre un dispositif ambitieux et original d'aide aux entreprises, prévoyant à la fois :

– un dispositif « classique » d'exonération totale de cotisations sociales (sécurité sociale, Unédic, FNAL ⁽²⁾) ;

– et une mise en œuvre particulière, puisque cette exonération pouvait non seulement effacer les cotisations dues au titre des périodes concernées par le confinement mais aussi, subsidiairement, celles de l'ensemble des cotisations dues au titre de l'exercice 2020 ; cette « exonération par avance », dans la limite de 20 % des revenus versés pendant le confinement ⁽³⁾, sur des cotisations qui n'ont pas encore été versées a pu être assimilé à un crédit de cotisations, dispositif inédit en législation financière sociale.

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

(2) Les cotisations de retraite complémentaires, incluses dans le champ des « allègements généraux », ont été exclues du dispositif, notamment en raison du lien particulièrement direct qu'elles ont avec les droits constitués dans le cadre d'un régime par points.

(3) Rémunérations versées du 1^{er} février au 31 mai 2020.

L'éligibilité à ce dispositif est conditionnée à ce que :

– l'entreprise comprenne moins de 250 salariés et relève de certains secteurs particulièrement touchés par la crise ;

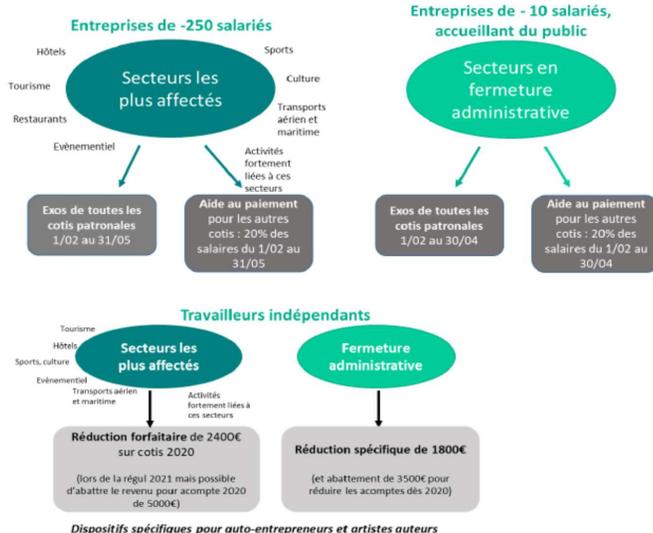
- soit parce qu'elle appartient à un secteur particulièrement concerné par des fermetures administratives (hôtellerie, restauration, tourisme, événementiel, sport, culture, transport aérien) ⁽¹⁾ ;
- soit parce qu'elle appartient à un secteur dont l'activité dépend de ces secteurs fortement touchés et a subi une perte dépassant un seuil, fixé par décret à 80 % du chiffre d'affaires.

– l'entreprise, si elle compte moins de dix salariés, a été concernée par une mesure de fermeture obligatoire (la période prise en compte est alors plus courte, du 1^{er} février au 30 avril).

Des dispositifs spécifiques ont été mis en place pour les travailleurs non-salariés de ces mêmes secteurs, qui bénéficieront quant à eux d'une réduction forfaitaire de cotisations (1 800 euros à 2 400 euros selon les secteurs), de nature à mieux aider les professionnels dont les revenus sont les plus faibles. Les artistes-auteurs bénéficient également d'un dispositif du même ordre, qui peut aller de 500 à 2 000 euros.

SYNTHÈSE SCHEMATIQUE DES DISPOSITIFS MIS EN PLACE

Présentation schématique des exonérations et aides au paiement des cotisations prévues en LFR 3



*Les périodes concernées peuvent être allongées pour tenir compte de la prolongation de l'EUS en Guyane et à Mayotte, ainsi que de la prolongation de l'interdiction d'accueil du public pour certains secteurs.

Source : dossier de presse du Gouvernement sur le PLFSS 2021.

(1) Ces secteurs ont été visés par le législateur à l'article 65 de la loi de finances rectificative précitée.

b. Des mécanismes de compensation « habituels » mal adaptés aux originalités à ce dispositif d'aide aux entreprises

• Deux types de compensations prévalent en matière de relation entre l'État et la sécurité sociale :

– la compensation budgétaire « à l'euro l'euro » en application de la loi « Veil », codifiée à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, pour toute mesure de réduction, d'exonération ou d'abattement d'assiette de cotisations ou contributions sociales ;

– la compensation par transfert fiscal « pour solde de tout compte », qui prend depuis quelques années la forme d'une modification de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée transférée par l'État à la sécurité sociale.

• Les deux types de compensation étant d'ordre législatif, il appartient en définitive au législateur financier chaque année de les répartir chaque année, en loi de finances et loi de financement de la sécurité sociale, selon son appréciation du moment.

Toutefois, un rapport remis par le Gouvernement au Parlement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 a été exposé une doctrine consistant à distinguer :

– les allègements généraux, qui devaient faire l'objet d'une compensation fiscale ; le rapport estimait en effet, d'une part, que ces allègements parfois considérables en volume ne pouvaient porter sur les crédits budgétaires des ministères et, d'autre part, qu'ils bénéficiaient largement aux recettes de la sécurité sociale en raison de leurs effets sur l'activité ;

– les allègements ciblés, qui devaient continuer à se voir appliquer le strict principe de compensation énoncé à l'article L. 131-7, afin de responsabiliser les ministères concernés conformément à l'esprit qui avait présidé à l'adoption de la « Veil » ; ce mode de compensation suppose d'inscrire en loi de finances des crédits budgétaires, qui constituent des produits pour les caisses de sécurité sociale concernées.

Or, si le dispositif adopté constitue incontestablement une mesure ciblée sur certains secteurs, méritant de ce fait une compensation intégrale, il n'entre pas, en raison de ses modalités de versement sous la forme d'une aide, dans le champ de la loi « Veil ». Il convenait donc d'en préciser les modalités de compensation par l'État.

2. La mise en place d'un mode de compensation *ad hoc* pour l'aide aux entreprises

Le dispositif, non codifié en raison de son caractère ponctuel, proposé par le Gouvernement précise ainsi les modalités de comptabilisation et d'imputation des aides versées au titre de l'article 65 de la LFR 3.

Il est ainsi prévu que :

– l'aide au paiement est à la charge de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), sauf pour les ressortissants du régime agricole pour lesquels elle est imputée sur les comptes de la Mutualité sociale agricole (MSA) ;

– l'ACOSS ou la MSA assurent le versement des cotisations et contributions aux caisses et organismes concernés.

Le schéma est donc relativement simplifié par rapport à ce qui passe en matière de compensation intégrale « Veil » : l'ACOSS et la MSA seront ainsi les seuls attributaires de la compensation intégrale par le budget de l'État (programme 360 *Remboursement à la sécurité sociale des allègements de prélèvements pour les entreprises les plus fragilisées par la crise sanitaire*) et auront pour nouvelle mission d'assurer la ventilation entre les organismes et caisses affectataires des recettes.

Les transferts financiers seront ainsi plus lisibles : les comptes de l'ACOSS ou de la MSA retraceront la compensation par l'État en produit et les cotisations et contributions payées par l'aide en charges, tandis que rien ne changera pour chacune des caisses ou organismes, qui recevront bien les sommes prévues.

*

* *

Article 7

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2020

Adopté par la commission sans modification

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

La rectification pour l'année 2020 est, par sa nature et son ampleur, totalement exceptionnelle puisque le déficit est supérieur plus de 40 milliards d'euros au déficit attendu, à savoir – 5,4 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), et atteindrait 46,6 milliards d'euros (44,4 milliards d'euros pour le régime général et le FSV).

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

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

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le FSV pour l'année en cours, soit 2020, en utilisant notamment les données fournies par la direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 29 septembre dernier, et en intégrant d'éventuelles mesures rétroactives prises dans la présente deuxième partie.

Juridiquement, le présent article rectifie :

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

○ l'article 27, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

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

○ l'article 28, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, du régime général ⁽¹⁾.

– au titre des objectifs de dépenses :

- l'article 88 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ⁽²⁾ ;
- l'article 91 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (« AT-MP ») ;
- l'article 92 pour la branche vieillesse ;
- l'article 93 pour la branche famille.

Concernant l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et les prévisions de recettes mises en réserve par le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et le FSV, cet article rectifie les montants prévus par l'article 29.

I. UNE DÉGRADATION SPECTACULAIRE DES COMPTES SOCIAUX EN 2020

Le 1^o de cet article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre, fixant ainsi provisoirement le déficit de ce périmètre à 46,1 milliards d'euros.

Comme pour les tableaux d'équilibre pour le dernier exercice clos, l'analyse du solde suppose de le comparer avec ce qui était attendu en LFSS 2020, d'une part, et avec l'exercice précédent, d'autre part.

1. La rectification des prévisions : la sécurité sociale frappée de plein fouet par tous les volets de la crise sanitaire

En vue de procéder à cette première comparaison, les données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS 2020.

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

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

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2020)			Prévisions révisées (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	244,1	247,3	- 3,2	237,4	247,0	- 9,6
Maladie	220,8	224,1	- 3,4	206,2	236,1	- 29,8
Famille	51,0	50,3	0,7	47,1	50,4	- 3,3
AT-MP	15,0	13,6	1,4	13,6	13,9	- 0,2
Total	517,1	521,6	- 4,5	490,8	533,7	- 42,9
Total incluant le FSV ⁽¹⁾	516,1	522,1	- 5,9	488,1	534,2	- 46,1

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

a. Une rectification généralisée de soldes dégradés par la crise

- Une dégradation généralisée mais asymétrique

Au total, l'écart à la prévision est donc de 40,2 milliards d'euros. Deux branches font l'objet d'une rectification très importante : ainsi les soldes des branches maladie et vieillesse sont dégradés respectivement de 26,4 et 6,4 milliards d'euros. Dans une moindre mesure, la branche famille (dégradation de 4 milliards d'euros par rapport à la prévision) et la branche AT-MP (dégradation de 1,6 milliard d'euros), attendues en excédent par la LFSS 2020, se retrouvent dans une situation de déficits significatifs au regard de leurs surfaces financières respectives.

Afin de rendre ces sommes plus « comparables », le tableau ci-dessous rapporte les déficits de chacune des branches à leurs dépenses pour 2020 :

POIDS RELATIF POUR CHAQUE BRANCHE DE LEUR DÉFICIT RECTIFIÉ 2020

	% déficit par rapport à la surface financière
Vieillesse	- 3,89%
Maladie	- 12,62%
Famille	- 6,55%
AT-MP	- 1,44%
Total *	- 8,04%
Total incluant le FSV	- 8,63%

Source : commission des affaires sociales.

(1) Le total incluant le FSV est systématiquement plus important en dépenses et plus faibles en recettes que le total hors FSV en raison de la nature même des missions du Fonds : « hors FSV », les régimes de retraite comptent dans leurs produits les versements du Fonds qui leur permettent de financer les droits de leurs affiliés lorsqu'ils sont au chômage, en arrêt maladie ou lorsqu'ils demandent le minimum vieillesse.

Cette approche complémentaire permet de mieux illustrer l'intensité des chocs issus de la crise, alors que la dégradation en euros ne permet d'observer que son ampleur en valeur absolue. La branche maladie reste ainsi la plus exposée, suivie par la branche famille.

Ces évolutions parallèles mais d'une inégale profondeur procèdent des différentes formes qu'a pu prendre la crise pour la sécurité sociale. Les développements qui suivent tentent de les recenser dans un ordre aussi chronologique que possible : dans l'ordre, la réponse immédiate en dépenses au moment le plus aigu, à ce jour, de la crise sanitaire, la réponse immédiate à la détérioration de la situation économique accélérée par le confinement, la réévaluation des hypothèses macro-économiques sur l'ensemble de l'année et, enfin, les mesures nouvelles du présent projet de loi ayant un impact sur les comptes 2020.

- *La réponse en dépenses à la phase la plus aiguë de la crise sanitaire*

Le premier élément ayant fortement perturbé les prévisions pour l'année 2020 consiste bien évidemment en un accroissement important des dépenses nettes de santé et médico-sociales au sein de la sécurité sociale.

Certes, certaines dépenses de soins de ville ont été tirées à la baisse par le confinement et ne seraient pas rattrapées en fin d'exercice, à un niveau estimé à 4,5 milliards d'euros au total par le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre⁽¹⁾. Cette baisse est toutefois largement surcompensée par les mesures exceptionnelles mises en place pour faire face aux menaces les plus immédiates de la crise sanitaire, qui ont représenté un coût brut pour l'assurance maladie de 15 milliards d'euros. Au total, ce sont donc 10,2 milliards d'euros supplémentaires qui ont dû être engagés essentiellement par la branche maladie pour faire face à la crise.

Cette dimension explique ainsi 38 % de la dégradation des comptes de l'assurance maladie par rapport à la prévision initiale.

- *La réponse en recettes à la crise économique*

Le volet « recettes » de la crise comprend des mesures plus variées et qui sont des conséquences inégalement directes des effets les plus immédiats du confinement et des fermetures administratives.

Deux éléments semblent à cet égard décisifs :

– la mise en place massive de l'activité partielle a conduit à substituer à des rémunérations assujetties aux cotisations sociales des indemnités qui ne sont soumises qu'à la contribution sociale généralisée et à la contribution au

(1) Secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale, Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2019, prévisions 2020 et 2021, septembre 2020. Disponible ici : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

remboursement de la dette sociale (sous-effet « exonération » de l'effet « activité partielle ») ; le remplacement du salaire par des indemnités qui ont globalement été plus faibles a par ailleurs tiré à la baisse l'ensemble des recettes portant sur des revenus d'activité, y compris la CSG et la CRDS (sous-effet « revenu de remplacement » de l'effet « activité partielle »). Isoler le coût précis de ce facteur n'est pas totalement évident, le PLFSS reposant sur des hypothèses macro-économiques qui agrègent beaucoup de facteurs ; néanmoins, la rectification de la masse salariale correspond à un écart de 7,5 % sur le seul facteur « salaire », dont on peut légitimement penser qu'il a été en grande partie impacté par le fait que du salaire s'est transformé en revenu de remplacement à l'occasion de la mise en place de l'activité partielle ; en reprenant des hypothèses conventionnelles, cet effet « salaire », qui est très largement un effet « activité partielle » pourrait représenter 15 milliards d'euros de moindres recettes sur la masse salariale du secteur privé ;

Le recours à l'activité partielle pendant la crise sanitaire

Prévue aux articles L. 5122-1 et suivants du code du travail, l'activité partielle permet à l'employeur de faire prendre en charge, sous la forme d'une indemnité spécifique, tout ou partie de la rémunération d'un salarié, qui suspend son activité au sein de l'entreprise.

Pour que l'activité partielle puisse être déclenchée, il faut qu'intervienne :

- soit une réduction de l'horaire de travail ;
- soit une fermeture temporaire de tout ou partie de l'établissement.

Lorsque la réunion des conditions est constatée par les services de l'État, les salariés concernés perçoivent une indemnité horaire qui est versée concrètement par l'Agence de services et de paiement (ASP).

Avec la crise, le cadre de recours à l'activité partielle a été assoupli et le niveau d'indemnisation relevé dans le cadre défini par le décret n° 2020-325 du 25 mars 2020 relatif à l'activité partielle et l'ordonnance n° 2020-346 du 27 mars 2020 portant mesures d'urgence en matière d'activité partielle.

Le tableau *infra* réalisé par le ministère du travail rappelle les principaux changements à travers cette réforme.

On peut relever notamment le relèvement de l'indemnisation de 7,74 euros à 8,03 euros par heure, dans la limite de 70 % du salaire brut que l'indemnisation remplace et de 4,5 SMIC pour les rémunérations éligibles à ce remplacement.

Les circonstances exceptionnelles ont été entendues largement pour permettre sa mise en place immédiate, alors que dans le cadre antérieur, il fallait attendre trente jours.

	Dispositif antérieur	Dispositif applicable à compter de la date d'entrée en vigueur du Décret	Mesures transitoires et échéance
Demande d'autorisation préalable	Toutes les demandes d'activité partielle sont faites en amont du placement des salariés en activité partielle, sauf en cas de sinistre ou intempéries de caractère exceptionnel (délai de 30 jours)	Le délai de 30 jours après le placement des salariés en activité partielle est étendu au motif « autre circonstance de caractère exceptionnel »	Application immédiate
Avis du CSE	Le comité social et économique doit être consulté en amont du placement en activité partielle des salariés	La demande est accompagnée de l'avis préalablement rendu par le comité social et économique, si l'entreprise en est dotée. Par dérogation, en cas de sinistre ou d'intempérie de caractère exceptionnel ou d'autres circonstances de caractère exceptionnel, cet avis peut être recueilli postérieurement à la demande, et transmis dans un délai d'au plus deux mois à compter de cette demande	Application immédiate
Durée maximale de la période de demande d'autorisation préalable	Les demandes sont faites pour 6 mois	Les demandes peuvent être faites pour 12 mois	Application immédiate
Naissance de la décision implicite d'acceptation	La décision implicite d'acceptation naît dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de la demande	La décision implicite d'acceptation naît dans un délai de 48 heures	Application immédiate mais uniquement jusqu'au 31 décembre 2020
Montant de l'allocation versée par l'Etat et l'Unédic à l'employeur	<u>Entreprise de moins de 250 salariés</u> : 7,74 euros/heure non travaillée/salarié <u>Entreprise de plus de 250 salariés</u> : 7,23 euros/heure non travaillée/salarié	<u>Montant minimal versé pour les salariés rémunérés au SMC</u> : 8,03 euros / heure non travaillée / salarié <u>Plafond</u> : 70 % de la rémunération brute antérieure dans la limite de 4,5 SMC / heure non travaillée / salarié	Application pour toutes les demandes d'indemnisation au titre des heures chômées depuis le 1 ^{er} mars
Montant de l'indemnité versée à l'employeur au salarié	70 % de la rémunération antérieure brute servant d'assiette de calcul des congés payés	70 % de la rémunération antérieure brute servant d'assiette de calcul des congés payés	Inchangée
Éligibilité des salariés au forfait heures ou jours à l'année	En cas de fermeture de tout ou partie de l'établissement	En cas de fermeture de tout ou partie de l'établissement ou en cas de réduction de l'horaire de travail pratiquée dans l'établissement, à due proportion de la réduction d'horaire	Application immédiate

Cet assouplissement s'est évidemment traduit par un recours massif à l'activité partielle en 2020, dont témoignent les derniers chiffres publiés le 29 septembre dernier par la DARES :

Estimations au 31 août	mars-20	avr-20	mai-20	juin-20	juil-20	août-20
Nombre de salariés effectivement placés en activité partielle (millions)	7,0	8,6	7,3	3,5	1,9	1,3
Nombre d'EQTP effectivement placés en activité partielle (millions)	2,2	5,6	3,0	1,5	0,9	0,5
Nombre d'heures (millions)	329	843	456	222	128	77
Montant d'indemnisation (Md€)	3,3	8,9	5,0	2,4	1,4	0,8

La troisième loi de finances rectificative pour 2020 avait estimé à 31 milliards d'euros le volume d'indemnités à financer à hauteur de 20,5 milliards d'euros par l'État et de 10,5 milliards par l'Unédic.

Source : commission des affaires sociales.

– les non-recouvrements de cotisations sociales résultant des facultés de report mises en place dès le début du confinement, renouvelées et étalées dans le temps ; au total, ces reports pourraient représenter un coût de 7,9 milliards d'euros pour les non-salariés non agricoles, d'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre dernier, auxquels s'ajoutent 3,1 milliards de

provisions pour non-recouvrement pour les salariés ⁽¹⁾, d'après l'annexe 4 du présent projet de loi.

Les facultés de report des cotisations sociales

Les URSSAF ont mis en place, à la demande du Gouvernement, un dispositif ultra-simplifié, car présumé, de report des échéances de cotisations et contributions sociales à compter de celles du 5 avril.

Organisée initialement sans qu'une base juridique ne soit nécessaire, des mécanismes de droit commun existant déjà, cette faculté a été « consacrée » :

– par l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020, qui a en effet précisé un point qui relevait du domaine de la loi : la suspension des délais applicables à ces cotisations et contributions (prescription, délai d'opposition) du 12 mars 2020 jusqu'à un mois après la cessation de l'état d'urgence sanitaire, qui a pris fin le 10 juillet ;

– par l'ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020, qui a confirmé la possibilité de reports pendant l'état d'urgence sanitaire ainsi que l'exclusion de toute majoration ou pénalité pendant cette période.

Depuis les échéances du mois de juin, les cotisations sont à nouveau exigibles mais l'entreprise peut toujours faire la demande expresse d'un report. De nouveaux reports sont néanmoins possibles sur demande si l'entreprise est confrontée à des difficultés particulières et seulement pour les cotisations patronales.

Le paiement de ces cotisations pourra faire l'objet de plans d'apurement, proposés par les URSSAF, et qui s'appuient *a priori* sur les dispositions de droit commun de l'article R. 243-1 du code de la sécurité sociale.

Des dispositifs similaires ont été mis en place pour les cotisations « personnelles » des travailleurs non salariés, pour les échéances du 20 mars au 20 août. Le paiement normal de ces cotisations a repris en septembre, tout en continuant à pouvoir solliciter un ajustement de l'échéancier de leurs cotisations, pour tenir compte de la baisse de leurs revenus en 2020 (les cotisations des travailleurs indépendants sont dues sur leurs revenus de l'année précédente) et solliciter les aides de l'État (fonds de solidarité) ou de l'action sociale de leur caisse.

Source : commission des affaires sociales, à partir des informations communiquées sur le site de l'ACOSS et du ministère de l'Économie et des finances

Le dispositif d'exonération et d'aide au paiement mis en place par la troisième loi de finances rectificative pour 2020 ⁽²⁾ étant entièrement compensé par des crédits budgétaires de l'État aux branches, selon des modalités précisées à l'article 6 du présent projet de loi, il n'a en revanche pas eu d'impact sur les comptes sociaux.

(1) La comptabilité de la sécurité sociale étant en droits constatés, les cotisations reportées n'en restent pas moins inscrites dans les comptes des branches. La direction de la sécurité sociale a néanmoins estimé avec prudence qu'une partie de ces créances ne seraient pas recouvrées et a intégré dans les comptes de ces mêmes branches un important risque de non-recouvrement.

(2) Article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020. Pour plus de précisions sur ces dispositifs, on pourra s'en remettre au commentaire de l'article 6 du présent projet de loi.

- *La modification vertigineuse des hypothèses macro-économiques*

Le caractère durable de la crise a conduit le Gouvernement à présenter dans le cadre de ses textes financiers de l'automne de nouvelles prévisions macro-économiques particulièrement dégradées par rapport à la prévision.

PRÉVISIONS MACROÉCONOMIQUES INITIALES ET RECTIFIÉES POUR 2020

(en %)

	LFSS 2020	PLFSS 2021	Écart
Évolution du PIB en volume	+ 1,3	- 10	- 8,7
Masse salariale privée	+ 2,8	- 7,9	- 5,1
Inflation hors tabac	+ 1	+ 0,2	+ 1,2
ONDAM	+ 2,3	+ 7,6	+ 9,9

Ces nouvelles hypothèses, elles-mêmes issues de plusieurs ajustements substantiels au cours de l'année 2020, ont été soumises à l'avis du Haut Conseil des finances publiques⁽¹⁾. Ce dernier a estimé, avec le sens de la nuance qui le caractérise, que la prévision d'activité pour 2020 était « *prudente* », celle d'inflation « *plausible, mais un peu basse* » et celles d'emploi et de masse salariale « *plausibles* ». Il a par ailleurs rappelé à titre liminaire qu'« *en raison de la crise sanitaire entraînée par l'épidémie de covid-19, les incertitudes demeurent exceptionnellement élevées* » et que ces incertitudes « *fragilisent les exercices de prévisions macroéconomiques et de finances publiques et rendent délicate l'appréciation par le Haut Conseil des finances publiques du scénario du projet de loi de finances pour 2021* », scénario préparé par les directions générales du Trésor et du budget et donc partagé naturellement avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette évolution appelle plusieurs remarques :

– il n'existe pas d'hypothèse conventionnelle sur le lien entre l'évolution du PIB et les comptes de la sécurité sociale, pour des raisons parfaitement compréhensibles : sur-sensibilité des recettes sociales à l'activité (deux tiers de leur assiette), part importante de fiscalités relativement ciblées, existence des allègements généraux qui « déforment » les effets de l'activité en rendant les recettes particulièrement sensibles au niveau de salaire, faible sensibilité des cotisations des fonctionnaires à la conjoncture... ; tout au plus peut-on observer que les recettes de la sécurité sociale ont diminué (- 3,9 %) beaucoup moins fortement que le PIB (- 10 %), montrant une certaine « résistance » grâce aux différents mécanismes précités ;

(1) L'article 14 de la loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques fait obligation au Gouvernement de soumettre au Haut Conseil les prévisions macroéconomiques sur lesquelles reposent ses textes financiers.

– la masse salariale du secteur privé constitue une des principales assiettes des recettes de la sécurité sociale et la direction de la sécurité sociale estime que 1 point de masse salariale en moins correspondrait à 2,1 milliards d’euros de pertes de recettes pour le régime général, principal régime d’affiliation des salariés du secteur privé ; un écart de 5,1 points correspond donc à une perte de recettes de 10,5 milliards d’euros par rapport aux prévisions initiales ⁽¹⁾, soit environ un quart de la dégradation constatée, toutes branches confondues ; cette diminution ne peut être totalement distinguée de l’effet « activité partielle », qu’elle intègre en plus de l’effet « emploi-chômage » ;

– à l’inverse, la diminution de l’inflation de 0,8 point devrait conduire à une « moindre dépense » de 1,24 milliard d’euros pour les régimes au titre de la moindre revalorisation des prestations indexées par rapport aux prévisions de la LFSS 2020.

- *Le produit exceptionnel tiré de la soulte IEG*

L’article 3 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie a prévu, dans le cadre d’un renforcement de la trésorerie fortement sollicitée de l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la vente de la soulte des industries électriques et gazières, gérée par le FRR pour le compte de la branche vieillesse du régime général.

(1) En retenant l’hypothèse formulée dans le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale selon laquelle 1 point de masse salariale « vaudrait » 2,15 milliards d’euros pour le régime général.

Origine et fin de la soulte « IEG »

Avant le 1^{er} janvier 2005, les risques vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des agents d'Électricité de France (EDF) étaient gérés par un service spécialisé de l'entreprise. La nécessité de mieux séparer la structure « entreprise » et la structure « régime de sécurité sociale » dans le cadre de l'ouverture à la concurrence des marchés du gaz et de l'électricité a conduit à la création d'une caisse spécifique, la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).

Afin de « normaliser » au mieux la protection sociale des agents des IEG, le régime ainsi créé a été adossé aux régimes de droit commun (s'agissant notamment du risque vieillesse, CNAV pour le régime de base, AGIRC-ARRCO pour le régime complémentaire), ce qui conduit à un système à « deux étages » :

– un « premier étage » correspond à des niveaux de cotisations et de prestations de droit commun ; les premières sont versées aux régimes de droit commun et les secondes versées dans les mêmes conditions que les régimes de droit commun ;

– un « second étage » correspond aux ressources et droits spécifiques (passés et futurs) au régime « IEG » ; ce second étage est lui-même divisé en trois parties : des droits acquis dans le passé dans le secteur devenu concurrentiel et qui sont financés par un impôt, la contribution tarifaire d'acheminement (CTA), des droits spécifiques déjà acquis mais qui ne posent pas de problème du point de vue de la concurrence et qui sont financés par les entreprises et enfin des droits spécifiques futurs financés sur des cotisations spécifiques des affiliés actuels.

C'est la création du « premier étage » qui a donné naissance à la soulte. En effet, il a été décidé à l'époque que le transfert ne devait pas conduire, en raison des équilibres démographiques propres aux IEG à court et moyen terme, à détériorer les comptes des régimes de droit commun. Pour ce faire, une compensation a été « offerte » aux deux régimes d'accueil :

– le régime général, en l'occurrence la CNAV, a reçu une « soulte » pour préfinancer le coût d'accueil de ces nouveaux affiliés ; elle a été évaluée à 7,649 milliards d'euros à l'origine, selon des hypothèses conventionnelles, et 40 % de la somme (3,060 milliards d'euros) ont été versés au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) pour le compte de la CNAV ; le reste de la soulte est versé par fraction depuis 2006 ;

– les régimes complémentaires AGIRC et ARRCO ont obtenu que les droits soient transférés avec un abattement (40,8 % pour l'ARRCO et 2,2 % pour l'AGIRC, après actualisation des hypothèses en 2010) ainsi que le transfert d'un apport aux réserves de ces deux régimes (800 millions d'euros).

C'est cette première fraction de la soulte qui a été soldée afin de « soulager » le besoin de trésorerie de la sécurité sociale cet été, dans un contexte très difficile financièrement. Il en a été tiré un produit exceptionnel de 5,1 milliards d'euros, conforme à ce qui était attendu dans la loi du 7 août 2020.

Source : commission des affaires sociales.

Cette vente s'est traduite pour cette branche par un produit exceptionnel, qui a amélioré de manière non négligeable ses comptes en 2020. Hors soulte, la dégradation des comptes des régimes vieillesse aurait ainsi été de 11,4 milliards d'euros.

- *Des mesures nouvelles proposées par le PLFSS 2021, globalement neutres sur le solde*

Plusieurs mesures supplémentaires viennent modifier à titre rectificatif l'exercice 2020 dans le présent projet de loi :

– une mesure de recette relative au prélèvement exceptionnel sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) prévue à l'article 3 du présent projet de loi pour un montant de 1 milliard d'euros ; cette contribution est entièrement affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie et améliore donc d'autant ses comptes en 2020 ;

– une première tranche des revalorisations salariales à compter de septembre, en partie portée à l'article 25 pour les non-soignants et pour une autre partie par des mesures réglementaires pour les soignants, pour un montant de 1 milliard d'euros ;

– un financement accru de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de 50 à 80 millions d'euros prévu à l'article 4 en vue de financer la prime « Covid » pour les personnels des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) ; la CNSA n'étant pas encore une branche à part en 2020, cette mesure n'a en principe pas d'impact sur les tableaux d'équilibre, et n'en aurait eu en tout état de cause que très peu en raison de ses faibles montants.

Prises dans leur ensemble, ces mesures nouvelles n'ont pas conduit à détériorer le solde.

b. En conséquence, une rupture très forte par rapport à l'exercice 2019

• Ces prévisions rectifiées actent une rupture avec l'exercice 2019, dont les comptes clos sont présentés à l'article 1^{er} du présent projet de loi : si 2019 a permis d'être tout proche de l'équilibre (– 1,9 milliard d'euros), 2020 « efface » une décennie de rétablissement des comptes et place la sécurité sociale devant un déficit inédit depuis sa création.

COMPARAISON DU TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2020 DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AVEC L'EXERCICE 2019

(en milliards d'euros)

	Réalisé 2019 (PLFSS 2021)			Prévisions révisées 2020 (PLFSS 2021)					
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Évolution en %	Dépenses	Évolution en %	Solde	Évolution du solde
Vieillesse	240	241,3	– 1,3	237,4	– 1,1%	247	2,4%	– 9,6	– 8,3
Maladie	216,6	218,1	– 1,5	206,2	– 4,8%	236,1	8,3%	– 29,8	– 28,3
Famille	51,4	49,9	1,5	47,1	– 8,4%	50,4	1,0%	– 3,3	– 4,8
AT-MP	14,7	13,6	1,1	13,6	– 7,5%	13,9	2,2%	– 0,2	– 1,3
Total*	509,1	509,3	– 0,2	490,8	– 3,6%	533,7	4,8%	– 42,9	– 42,7
Total incluant le FSV*	508	509,7	– 1,7	488,1	– 3,9%	534,2	4,8%	– 46,1	– 44,4

Sources : PLFSS 2021.

● Globalement, cette dégradation (– 44,4 milliards d’euros) par rapport à l’exercice précédent est majoritairement due à une hausse des dépenses (24,5 milliards d’euros), même si la diminution des recettes est aussi significative que rare (– 19,9 milliards d’euros).

La diminution des recettes par rapport à 2019 est tirée principalement par la diminution de la CSG activité (– 9,2 %), de la CSG sur le capital (– 8,1 %) et des cotisations (– 7,5 %), pour une diminution globale des produits de 3,9 %. Ces évolutions sont relativement sans surprise : la CSG « activité » a été fortement impactée par l’effet « salaire » de l’activité partielle (celle-ci ne prenait en charge que 84 % du salaire net, laissant à l’employeur le soin de compléter ou non), de même que les cotisations, dont les indemnités d’activité partielle sont exonérées ; les « allègements généraux », très puissants au niveau du SMIC, ont néanmoins « amorti » le choc, s’agissant des cotisations, ce qui explique l’évolution moins marquée ; enfin, la CSG sur le capital a été comme toujours très sensible à la conjoncture, et a subi notamment une baisse de son assiette sur les dividendes et sur les plus-values mobilières et immobilières.

La hausse des dépenses (+ 4,8 %) par rapport à 2019 résulte largement de la hausse des dépenses « maladie » liées aux circonstances exceptionnelles (+ 6,3 %) mais aussi à une ré-accélération des dépenses liées aux pensions (+ 2,6 % alors que le taux d’évolution moyen oscillait autour de 2 % depuis dix ans). Cette ré-accélération par rapport à 2019 s’explique aussi par un mécanisme plus précis : la ré-indexation des pensions inférieures à 2 000 euros bruts mensuels par la LFSS 2020, alors que toutes avaient été revalorisées à 0,3 % en 2019.

● Au niveau des branches, l’évolution annuelle du déficit est assez logiquement portée essentiellement par les branches maladie (64 % de l’accroissement du déficit) et vieillesse (19 %) :

– en dépenses, ces branches ont vu leurs charges augmenter fortement pour les raisons précitées ;

– en recettes, elles sont fortement exposées par leur large « surface financière » (affectataires d’importantes recettes pour couvrir leurs dépenses, elles sont fortement touchées en cas de diminutions de celles-ci en valeur) et leur forte dépendance à des recettes dépendantes des revenus d’activité, principales « victimes » du traitement économique de la crise.

La branche famille connaîtrait une légère hausse de ses dépenses (+ 0,34 %), la revalorisation de l’allocation de rentrée scolaire ayant excédé les effets des baisses de dépenses liées à la garde d’enfants pendant le confinement. Cette hausse s’accompagne par ailleurs d’une forte diminution de ses recettes (– 8,4 %) largement issues de revenus d’activité.

Le risque accidents du travail et maladies professionnelles connaîtrait une hausse modérée de ses dépenses (+ 1,5 %), et est principalement touché sur ses recettes, assises quasi-exclusivement sur des cotisations patronales (– 7,5 %).

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

Le 2° porte rectification, pour le régime général, des prévisions de recettes fixées par la loi de financement pour 2020, des objectifs de dépenses afférents et du tableau d'équilibre, ces données étant mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que propose d'y apporter cet article.

TABLEAUX D'ÉQUILIBRE 2020 DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2020)			Prévisions révisées (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	139,0	141,7	- 2,7	132,7	140,6	- 7,8
Maladie	219,2	222,6	- 3,3	204,8	236,1	- 29,8
Famille	51,0	50,3	0,7	47,1	50,4	- 3,3
AT-MP	13,5	12,2	1,4	12,1	13,9	- 0,3
Total *	409,4	413,5	- 4,1	383,7	533,7	- 41,2
Total incluant le FSV*	409,6	415,1	- 5,4	382,3	534,2	- 44,4

* Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Comme pour les régimes obligatoires de base, sa lecture peut être enrichie d'une comparaison avec l'exercice 2019.

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

(en milliards d'euros)

	Réalisé 2019 (PLFSS 2021)			Prévisions révisées 2020 (PLFSS 2021)					
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	évolution en %	Dépenses	évolution en %	Solde	évolution du solde
Vieillesse	135,7	137,1	- 1,4	132,7	- 2,2 %	140,6	2,6 %	- 7,8	- 6,4
Maladie	215,2	216,6	- 1,5	204,8	- 4,8 %	234,6	8,3 %	- 29,8	- 28,3
Famille	51,4	49,9	1,5	47,1	- 8,4 %	50,4	1,0 %	- 3,3	- 4,8
AT-MP	13,2	12,2	1	12,1	- 8,3 %	12,4	1,6 %	- 0,3	- 1,3
Total*	402,4	402,8	- 0,4	383,7	- 4,6 %	424,9	5,5 %	- 41,2	- 40,8
Total incluant le FSV	402,6	404,5	- 1,9	382,3	- 5,0 %	426,6	5,5 %	- 44,4	- 42,5

Sources : commission des affaires sociales à partir du PLFSS 2021.

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

Le principal écart entre le résultat du régime général et celui des régimes obligatoires de base en solde résulte, assez logiquement, du risque vieillesse. À cet égard, on peut observer que le solde du régime général pour ce risque se dégrade moins entre 2019 et 2020 (– 6,4 milliards d'euros) que celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base (– 8,3 milliards d'euros). Cet écart s'explique par la dégradation du solde des régimes vieillesse autres que le régime général due à la crise qui « amplifie » le mouvement au niveau de l'ensemble des régimes (– 1,9 milliard d'euros en 2020 ⁽¹⁾).

1. Le Fonds de solidarité vieillesse, le Fonds de réserve pour les retraites et la Caisse d'amortissement de la dette sociale en 2020

a. Le Fonds de solidarité vieillesse

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

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales (LFSS 2020)			Prévisions révisées (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
FSV	16,8	18,2	– 1,4	16,5	19,7	– 3,2

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

- La situation du fonds serait ainsi significativement dégradée par rapport aux prévisions initiales.

(1) Il ne correspond pas tout à fait à « l'écart des écarts » en raison des effets « déformants » du FSV.

Comme chaque année, les éléments apportés en annexe ont été complétés d'une documentation très riche fournie par le président du FSV au rapporteur général ⁽¹⁾, permettant une analyse très fine de ces évolutions.

Côté recettes (– 300 millions d'euros par rapport aux prévisions), le FSV subit les effets :

– de la crise sur la CSG sur le capital, notamment en raison de la diminution des encours des dividendes et du gel des transactions immobilières lors du confinement qui affaiblissent plus particulièrement la CSG sur les revenus de placement ;

– d'un résultat un peu moins bon qu'espéré sur la CSG sur les revenus de remplacement.

Côté dépenses (– 1,5 milliard d'euros par rapport aux prévisions), le FSV, en raison de ses missions, doit assurer le « service après crise » sur le terrain de l'emploi :

– la prise en charge de cotisations des chômeurs supplémentaires par rapport aux prévisions de l'hiver pour les régimes de base mais aussi pour les régimes complémentaires ;

– la prise en charge des arrêts de travail supplémentaires liés à la crise ;

– la prise en charge de dépenses imprévues liées au minimum vieillesse.

● Par rapport à 2019, la situation du fonds serait dégradée de 1,6 milliard d'euros, en raison de l'effet « ciseaux » entre des recettes en baisse et des dépenses en hausse, essentiellement dû à la crise dans son volet « capital » et « chômage ».

b. Le Fonds de réserve pour les retraites

Depuis que la loi du 9 novembre 2010 ⁽²⁾ a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le 5°.

La mission du FRR est désormais de verser à la CADES, en avril de chaque année, 2,1 milliards d'euros, de 2011 à 2024, soit un total de 29,4 milliards d'euros, comme l'ont encore confirmé les lois organique et ordinaire du 7 août dernier relatives à la dette sociale et à l'autonomie ⁽³⁾.

(1) Si FSV et direction de la sécurité sociale partagent les explications sur les grandes tendances en recettes et en dépenses, certains chiffres transmis par le premier diffèrent de ceux produits par la seconde. Cela procède du fait que la LFSS s'appuie principalement sur les hypothèses de la direction générale du Trésor partagées avec la loi de finances initiale, alors que les services du fonds procèdent à des actualisations très régulières au regard de la situation sur les marchés financiers en recettes, d'une part, et de la situation de l'emploi, d'autre part. Les chiffres produits ici sont donc ceux du projet de loi, qui ont le mérite de la cohérence entre les textes financiers, même si ceux du FSV permettent de percevoir des tendances « de dernière minute ».

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

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

Au 30 juin 2020, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d'euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s'élevait à 29,6 milliards d'euros, soit environ 2 milliards de moins que l'année précédente. Cette baisse est due à la baisse de la valeur de l'actif dans un contexte difficile sur les marchés financiers.

L'exercice 2020 s'annonce donc relativement difficile : la performance annuelle du fonds serait de -6% , contre une performance de $+9,7\%$ en 2019. Compte tenu de la compétence du fonds et des services sur lesquels il s'appuie, ces oscillations reflètent d'abord et avant tout l'état des marchés financiers sur une année donnée.

c. La Caisse d'amortissement de la dette sociale

Le 4^o prévoit un objectif d'amortissement de 15,9 milliards d'euros, inférieur à ce qui était prévu en LFSS 2020 (16,7 milliards d'euros). L'écart défavorable à la prévision résulte de moindres recettes tant sur la contribution sociale généralisée que sur la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) qui ont sensiblement baissé à raison de leur assiette « activité ».

L'amortissement cumulé s'élèverait, fin 2020, à 187 milliards d'euros. Ce montant doit désormais être rapporté aux 260 milliards d'euros transférés entre 1996 et 2016 mais aussi aux 136 milliards d'euros supplémentaires qui devraient être transférés à la caisse d'ici 2023 (396 milliards d'euros). Aussi, la situation nette de l'année 2020 devrait laisser un « reste à amortir » de 93 milliards d'euros, correspondant aux montants qui restaient à rembourser auxquels s'est ajouté un nouveau transfert de 20 milliards d'euros en application d'un décret du 19 août 2020 ⁽¹⁾.

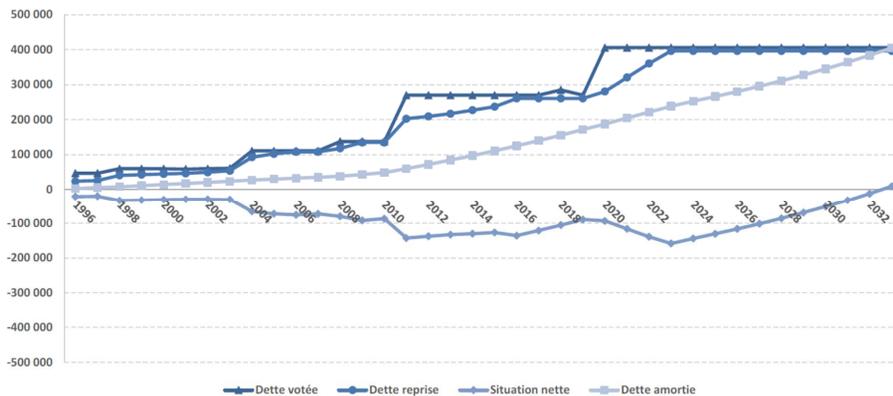
Au 31 août 2020, la CADES se refinançait globalement au taux de $1,87\%$ sur dix ans, un taux global de refinancement orienté sur une tendance baissière ($1,99\%$ au 31 décembre 2019, $1,91\%$ au 30 juin 2020). 75% de l'encours demeure couvert par des taux fixes, gages d'une certaine maîtrise des risques financiers. Ce taux global de refinancement représente une moyenne sur l'ensemble de l'encours, dont une partie a été contractée sur des taux anciens beaucoup plus élevés. À titre de comparaison, le coût de financement à taux variable au 30 juin 2020 était ainsi négatif ($-0,37\%$).

La chronique des transferts jusqu'en 2023 n'étant pas définitivement arrêtée, la CADES ne dispose pas d'un tableau d'amortissement complet comme elle en présentait en annexe 8 du PLFSS chaque année depuis 2017. La loi organique précitée a toutefois fixé une échéance maximale de l'amortissement des

(1) Décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 relatif au transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale des déficits du régime général, du Fonds de solidarité vieillesse et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole à effectuer en 2020. Ce transfert correspond plus précisément à 10,2 milliards pour le régime général, 6,2 milliards pour le Fonds de solidarité vieillesse et 3,6 milliards pour la branche vieillesse du régime des non-salariés agricoles.

136 milliards susceptibles d'être transférés à 2033, comme le montre le graphique ci-dessous :

**ÉVOLUTION DE LA SITUATION NETTE DE LA CADES
EN FONCTION DE SA CAPACITÉ D'AMORTISSEMENT**



Source : PLFSS 2021, annexe 8.

*
* *

Article 8

**Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie
(ONDAM) et des sous-ONDAM 2020**

Adopté par la commission sans modification

Cet article porte l'ONDAM pour 2020 de 205,6 à 215,7 milliards d'euros et ajuste sa répartition en sous objectifs, notamment en majorant les financements pour les établissements sanitaires, médico-sociaux et le Fonds d'intervention régional.

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

Pour rappel, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) regroupe des dépenses de soins ambulatoires ou d'hospitalisation et des dépenses de prestations en espèces qui relèvent, pour l'essentiel, de la branche maladie-maternité-invalidité-décès ⁽¹⁾ et, pour partie, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), sans pour autant se recouper entièrement avec les dépenses de chacune de ces branches. L'ONDAM est un instrument essentiel de pilotage et de régulation de la dépense de soins dans son ensemble.

I. EN 2020, L'ONDAM SERA EN DÉPASSEMENT DE 10,1 MILLIARDS D'EUROS

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽²⁾ a fixé l'ONDAM pour 2020 à 205,6 milliards d'euros, en progression de 2,7 % par rapport à une exécution de l'ONDAM 2019 estimée à 200,2 milliards d'euros.

L'année 2020 est particulière dans la mesure où la lutte contre la covid-19 et les mesures prises dans le cadre du Ségur de la santé ont un impact substantiel sur le niveau des dépenses de santé. D'après les estimations présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 29 septembre 2020, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM pour 2020 seraient supérieures de 10,1 milliards d'euros à l'objectif voté. Elles progresseraient de 7,6 % par rapport l'ONDAM 2019 exécuté, contre + 2,45 % prévus en LFSS 2020.

La crise sanitaire a bouleversé la construction initiale de l'ONDAM par un double effet : d'une part, les mesures exceptionnelles ont entraîné des surcoûts bruts de 15,1 milliards d'euros, d'autre part, les mesures de confinement ont entraîné une sous-consommation des soins de ville à hauteur de 4,5 milliards d'euros, et de moindres dépenses dans le champ de l'ONDAM hospitalier de 0,6 milliard d'euros.

(1) Le présent projet de loi prévoit le transfert à la nouvelle branche autonomie de certaines dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM et aujourd'hui prises en charge par la branche maladie-maternité-invalidité-décès.

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

Le présent article prend acte de ces différentes évolutions et en tire les conséquences en portant l'ONDAM pour 2020 de 205,6 à 215,7 milliards d'euros.

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

Le présent article modifie également les niveaux des sous-objectifs de l'ONDAM pour 2020 (quatrième colonne du tableau ci-après).

RECTIFICATION DE L'ONDAM 2020

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	ONDAM 2019 exécuté et mis au même périmètre que celui utilisé pour construire l'ONDAM 2020 (1)	ONDAM 2020 voté (LFSS 2020)	<u>ONDAM 2020 rectifié par le présent article</u> (2)	Taux d'évolution (2)/(1)
Dépenses de soins de ville	91,3	93,6	93,5	+ 2,4 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	82,4	84,4	87,7	+ 6,4 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	9,6	10,0	11,5	+ 19,9 %
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	11,4	11,7	12,0	+ 5,6 %
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,5	3,5	3,8	+ 6,4 %
Autres prises en charge	2,3	2,4	7,2	+ 219,5 %
Total	200,5	205,6	<u>215,7</u>	<u>+ 7,6 %</u>

Source : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

A. LES DÉPENSES DE SOINS DE VILLE EN SOUS-EXÉCUTION DE 0,1 MILLIARD D'EUROS

Le montant du sous-objectif rectifié « soins de ville » pour 2020 est inférieur de 0,1 milliard d'euros ⁽¹⁾ à celui voté en LFSS 2020. Cela s'explique par une sous-consommation des soins de ville pendant le confinement (– 4,3 milliards d'euros) ainsi que par l'instauration d'une contribution exceptionnelle des

(1) La différence de 0,1 milliard d'euros entre ce chiffre de 0,1 milliard d'euros et la somme des surexécutions et sous-exécutions présentée ici, de 0,2 milliard d'euros (5,5 milliards d'euros – 4,3 milliards d'euros – 1 milliard d'euros) s'explique par des effets d'arrondis.

organismes complémentaires (- 1 milliard d'euros) qui viennent plus que compenser les surcoûts engendrés par la crise sanitaire (+ 5,5 milliards d'euros).

1. Des surcoûts de l'ordre de 5,5 milliards d'euros liés à la crise sanitaire

Les surcoûts causés par la crise sanitaire se décomposent ainsi :

– 2,0 milliards d'euros d'indemnités journalières au titre des arrêts de travail. Ce surcoût s'explique par la mise en place, pendant la crise, de nouvelles indemnités journalières pour les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle du fait du confinement, par l'extension aux professionnels libéraux du bénéfice d'indemnités d'arrêts de travail ainsi que par la suppression de la période de carence au titre de la prise en charge financière des arrêts de travail ;

– 1,5 milliard d'euros pour les tests diagnostiques effectués dans les laboratoires de biologie médicale de ville et pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. L'hypothèse retenue est le maintien jusqu'à la fin de l'année de l'objectif fixé par le Gouvernement, soit 850 000 tests par semaine en laboratoires de ville ;

– 0,2 milliard d'euros de surcoûts liés à l'exonération de ticket modérateur pour les téléconsultations et à la mise en place d'une consultation longue pour les personnes vulnérables ⁽¹⁾ ;

– 0,2 milliard d'euros pour les frais de distribution de masques par les pharmacies aux professionnels de santé, personnes malades, vulnérables ou cas contacts ;

– 0,1 milliard d'euros au titre de l'annulation ou du report de plusieurs mesures d'économies prévues dans la construction de l'ONDAM 2020, dont certaines baisses de prix de produits de santé et la hausse du ticket modérateur sur les nouveaux honoraires de dispensation des pharmaciens ;

– environ 1,4 milliard d'euros au titre des aides financières au bénéfice des professionnels de santé. Pour rappel, l'assurance maladie a mis en place une aide destinée à couvrir une partie des charges fixes des professionnels de santé ainsi qu'une aide forfaitaire à destination des médecins généralistes, infirmiers et sages-femmes pour les aider à adapter leur activité aux mesures de distanciation et d'achats de masques.

2. De moindres dépenses de l'ordre de 4,3 milliards d'euros

Hors surcoûts liés à la crise sanitaire, le sous-objectif « soins de ville » fait l'objet d'une sous-exécution de 4,3 milliards d'euros qui se décompose ainsi :

(1) L'assurance maladie a mis en place une consultation longue, au tarif majoré (46 euros) et prise en charge à 100 %, pour les patients ALD et seniors n'ayant pas vu leur médecin traitant pendant la période de confinement.

– 0,5 milliard d’euros pour les remboursements de médicaments et dispositifs médicaux. Le rendement des remises pharmaceutiques a notamment été supérieur de 0,3 milliard d’euros à la prévision en LFSS 2020 ;

– 0,1 milliard d’euros pour les dépenses de biologie médicale hors tests PCR, en raison d’une baisse d’activité pendant le confinement ;

– 0,6 milliard d’euros pour les dépenses de transport, sous l’effet de la réduction de l’activité à l’hôpital consécutive à la déprogrammation de soins pour faire face à la crise sanitaire ;

– plus de 3 milliards d’euros pour les honoraires des médecins, des dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, en raison de la forte baisse du volume d’activité pendant la période du confinement malgré la hausse des téléconsultations.

3. De nouveaux produits atténuatifs des dépenses à hauteur de 1 milliard d’euros

Les produits de la contribution des organismes complémentaires, également appelée « taxe OC », estimés à 1 milliard d’euros en 2020, viennent en réduction du sous-objectif « soins de ville ». En effet, cette taxe est la traduction d’un accord conventionnel entre les médecins, l’assurance maladie et l’union des organismes complémentaires prévoyant la participation financière de ces derniers au titre de forfaits versés aux médecins.

B. LES DÉPENSES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ EN SUREXÉCUTION D’ENVIRON 3,3 MILLIARDS D’EUROS

Le montant du sous-objectif rectifié « établissements de santé » pour 2020 est supérieur de 3,3 milliards d’euros à celui voté en LFSS 2020. Cela s’explique par des dépenses supplémentaires engendrées tant par la crise sanitaire (+ 3 milliards d’euros) que par le Ségur de la santé (+ 0,8 milliard d’euros), non compensées par les économies réalisées en 2020 sur la liste en sus ⁽¹⁾ (– 0,6 milliard d’euros).

1. Des surcoûts de l’ordre de 3 milliards d’euros liés à la crise sanitaire

Les surcoûts causés par la crise sanitaire se décomposent ainsi :

– 1 milliard d’euros lié à la dotation supplémentaire de l’assurance maladie pour permettre aux établissements de santé de couvrir des charges exceptionnelles dues à la crise sanitaire, essentiellement l’achat de matériel, la réorganisation des

(1) Au sein des établissements de santé, la liste en sus permet la prise en charge par l’assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d’hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

établissements, les frais de transport et de logement des personnels ainsi que les recrutements ;

– 1,6 milliard d’euros destinés à financer les primes et l’indemnisation des heures supplémentaires des personnels hospitaliers ;

– 0,3 milliard d’euros pour la prise en charge de tests diagnostiques réalisés dans les établissements de santé ;

– 0,1 milliard d’euros au titre du report de la hausse du ticket modérateur pour les actes et consultations externes faisant suite à une prise en charge en urgence.

2. Hors surcoûts covid, une sous-exécution de 0,6 milliard d’euros par rapport à l’objectif initial de 2020

La sous-exécution du sous-objectif « établissements de santé », hors surcoûts liés à la covid-19, s’explique par une sous-exécution de 0,6 milliard d’euros de la liste en sus. En effet, les remises de la liste en sus versées par l’industrie pharmaceutique présenteraient un rendement supérieur à l’objectif fixé en LFSS 2020.

3. Une hausse de 0,8 milliard d’euros des dépenses liées aux revalorisations salariales du Ségur de la santé

Une partie des revalorisations salariales décidées dans le cadre du Ségur de la santé est entrée en vigueur dès septembre 2020 et a donc un impact sur l’ONDAM 2020 rectifié. Elle augmente de 0,8 milliard d’euros le sous-ONDAM « établissements de santé ».

4. Une surexécution de 0,1 milliard d’euros liée à un transfert de dépenses des soins de ville vers l’ONDAM hospitalier

Une partie des dépenses de forfaits techniques imagerie, auparavant dans le sous-objectif « soins de ville », a été reclassée en 2020 dans l’ONDAM hospitalier.

C. LA CONTRIBUTION DE L’ASSURANCE MALADIE AUX ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX EN SUREXÉCUTION DE 1,8 MILLIARD D’EUROS

Le montant du sous-ONDAM médico-social (qui regroupe les troisième et quatrième sous-objectifs) pour 2020 est supérieur de 1,8 milliard d’euros ⁽¹⁾ à celui voté en LFSS 2020. Cela s’explique essentiellement par des dépenses

(1) La différence de 0,1 milliard d’euros entre ce chiffre de 1,8 milliard d’euros et la somme des surexecutions présentée ici, de 1,9 milliard d’euros (1,6 milliard d’euros + 0,3 milliard d’euros) s’explique par des effets d’arrondis.

supplémentaires engendrées tant par la crise sanitaire (+ 1,6 milliard d'euros) que par le Ségur de la santé (0,3 milliard d'euros).

1. Des surcoûts de l'ordre de 1,6 milliard d'euros liés à la crise sanitaire

Les surcoûts causés par la crise sanitaire se décomposent ainsi :

– 0,7 milliard d'euros liés à la dotation supplémentaire de l'assurance maladie pour couvrir les charges exceptionnelles dues à la crise sanitaire ;

– 0,8 milliard d'euros destinés à financer les primes et l'indemnisation des heures supplémentaires des personnels hospitaliers.

À noter que la surexécution du sous-ONDAM médico-social s'explique également par une hausse de son montant d'environ 0,2 milliard d'euros pour couvrir une partie des pertes de recettes subies par la CNSA du fait de la crise.

2. Une hausse des dépenses de l'ordre de 0,3 milliard d'euros liée aux revalorisations salariales du Ségur de la santé

La part des revalorisations des rémunérations des carrières et des métiers dans les établissements et services médico-sociaux entrée en vigueur en septembre 2020 conduit à une augmentation de 275 millions d'euros du sous-ONDAM médico-social.

D. LES DÉPENSES RELATIVES AU FONDS D'INTERVENTION RÉGIONAL (FIR) EN SUREXÉCUTION DE 0,3 MILLIARD D'EUROS

En 2020, la dotation de l'assurance maladie au fonds a sensiblement augmenté pour couvrir les dépenses supplémentaires liées à la gestion locale de la crise sanitaire et au renforcement de la permanence des soins (+ 0,2 milliard d'euros).

Le reste de la surexécution (+ 0,1 milliard d'euros) provient d'un transfert de dépenses de biologie entre le sous-ONDAM hospitalier et le FIR.

E. LES « AUTRES PRISES EN CHARGE » EN SUREXÉCUTION DE 4,8 MILLIARDS D'EUROS

La surexécution du sous-objectif « autres prises en charge » s'explique entièrement par la dotation supplémentaire de l'assurance maladie à l'Agence nationale de santé publique (ANSP, ou Santé publique France) de 4,8 milliards d'euros. Cette dotation devait permettre à l'ANSP de prendre en charge, dans le cadre des stocks stratégiques de l'État, les dépenses d'acquisition de masques, d'équipements de protection individuelle et de médicaments. Au 7 septembre 2020, près de 94 % des montants ont été engagés.

MONTANTS ENGAGÉS DES DÉPENSES FINANCÉES SUR LA DOTATION EXCEPTIONNELLE

	Engagés au 07/09/2020
Masques (chirurgicaux, FFP2, pédiatriques)	3 006,2
Equipements de protection individuelle	699,7
Médicaments	90,7
Autres dépenses (transport et prévention, missions)	43,5
Contribution au financement des achats réalisés par l'Etat (ex : respirateurs, pont aérien et maritime...)	700
TOTAL	4 540,10

Données en M€.

Source : ANSP

Pour rappel, avant l'impact de la crise sanitaire, le budget de l'ANSP ne s'élevait qu'à 195 millions d'euros pour l'exercice 2020. Son transfert de l'État à la branche maladie, prévu en LFSS 2020, a donc été beaucoup plus onéreux que prévu pour la sécurité sociale.

*

* *

Article 9

Rectification de la dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

Adopté par la commission sans modification

Cet article rectifie à la baisse le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour l'année 2020 pour la fixer à 449 millions d'euros.

Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est voté chaque année, dans le cadre de la LFSS, en fonction des besoins de financement répondant aux missions du fonds. Dans la LFSS 2020 ⁽¹⁾, le montant de la dotation avait été fixé à 649 millions d'euros au I de l'article 86.

Le présent article rectifie ce montant pour le fixer à 449 millions d'euros. Cette baisse titre les conséquences d'un besoin d'abondement du FMESPP moindre qu'initialement prévu, compte tenu des sommes déjà disponibles au sein du fonds.

Les 200 millions d'euros dont le fonds n'a pas eu besoin ont abondé les ressources des établissements de santé. La baisse de la dotation du FMESPP prévue par le présent article n'a donc pas d'effet à la baisse sur le niveau de l'ONDAM 2020.

*

* *

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

TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021

TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA
TRÉSORERIE

CHAPITRE I^{ER}
Tenir compte de la crise de la covid-19

Article 10

**Création d'une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires
en santé aux dépenses liées à la gestion de l'épidémie de covid-19 au titre
de 2021**

Adopté par la commission sans modification

L'article 10 prévoit la mise en place d'une contribution exceptionnelle pour les organismes complémentaires d'assurance maladie pour l'exercice 2021. Cette contribution aura la même assiette, les mêmes assujettis et les mêmes modalités de recouvrement et de liquidation que la contribution prévue à l'article 3. Seul le taux, fixé à 1,3 %, diffère de la contribution au titre de l'année 2020, aboutissant à un produit moitié moindre, à hauteur de 500 millions d'euros.

I. LE DROIT EXISTANT : LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES SONT ASSUJETTIS À UNE TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE

Le lecteur pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 3 s'agissant des modalités de contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie à l'accès universel à la santé. Il conviendra simplement de rappeler ici que la TSA, sur le modèle de laquelle se fonde la contribution exceptionnelle proposée par le présent article, est évidemment établie et recouvrée selon les mêmes modalités en 2020 et en 2021.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA PROLONGATION DE LA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE POUR 2021, À UN TAUX MOITIÉ MOINDRE

A. UNE CONTRIBUTION DONT L'ASSIETTE, L'ASSUJETTISSEMENT ET LES MODALITÉS DE RECOUVREMENT SONT IDENTIQUES À CELLE DE 2020

L'article propose l'institution, pour l'année 2021, d'une contribution exceptionnelle, due par les OCAM redevables de la TSA, encore en activité à la fin

de cette année. Comme pour la contribution mise en place pour l'année 2020, l'assiette est proche de celle de la TSA, et comprend l'ensemble des sommes relatives aux primes ou cotisations, ainsi que leurs accessoires. L'assiette exclut là aussi, et pour les mêmes raisons que celles qui ont été exposées dans le commentaire de l'article 3, les cotisations des particuliers couvrant les garanties d'indemnités au titre des indemnités journalières complémentaires.

La date à laquelle les organismes doivent être encore en activité, s'agissant de cette contribution, est, en cohérence, établie au 31 décembre 2021.

Recouvrée concomitamment à la TSA par l'URSSAF Île-de-France, la contribution sera recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles, garanties et sanctions que celles qui sont déjà prévues à l'article L. 862-5 du code de la sécurité sociale. Compte tenu du caractère exceptionnel de cette contribution, le présent article prévoit deux dates butoirs :

– la contribution devra être déclarée et liquidée au plus tard le 30 janvier 2022 ;

– dans les mêmes conditions que la TSA, elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle, qui ne pourra toutefois intervenir après le 30 juin 2022.

B. LA DÉTERMINATION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION EXCEPTIONNELLE

Issu de concertations menées avec les parties prenantes, le montant de la contribution a été ajusté pour tenir compte des sommes à retraiter, en raison des conséquences économiques de la crise sanitaire et de leur impact sur l'économie des complémentaires santé. La contribution a été fixée, dans ce cas précis, à un produit de 500 millions d'euros, en appliquant un taux de 1,3 % à l'assiette décrite *supra*.

Cette réduction de moitié s'explique aisément :

– la poursuite de l'épidémie de la covid-19 ne devrait pas, en l'état des connaissances, aboutir à des mesures administratives de fermeture des cabinets de dentistes ou d'ophtalmologues, permettant la poursuite des soins pris en charge par les organismes complémentaires d'assurance maladie ;

– les effets « rebond » de la consommation des soins comme ceux de la portabilité des droits dans l'éventualité d'une augmentation sensible du nombre de faillites d'entreprises ne sont pas encore suffisamment connus pour établir une contribution comparable à celle de l'exercice 2020, particulièrement singulier.

Le rapporteur général estime que la détermination du montant de la contribution pour 2021 sera donc une « clause de revoyure » à l'occasion du PLFSS 2022.

Article 11

Affectation à la Caisse nationale d'assurance maladie des excédents de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières et des provisions relatives à la réserve de prévoyance de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF

Adopté par la commission avec modification

L'article 11 procède à un prélèvement par la branche maladie du régime général des réserves de deux autres régimes :

- de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF), pour un montant estimé à 176,6 millions d'euros ;
- de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), pour un montant de 175 millions d'euros.

Au total, ce sont donc 361,5 millions d'euros qui sont ainsi transférés vers le régime général, comme ressource exceptionnelle pour 2021.

1. Le prélèvement sur les réserves de la CPRP-SNCF : un ajustement au regard de la réalité de l'intégration financière de ce régime

● La Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF a été créée en 2007 pour assurer la gestion unifiée des deux régimes spéciaux du personnel de la SNCF, sur les risques maladie (appelé historiquement « prévoyance ») et vieillesse, dans une caisse distincte des services de l'entreprise ⁽¹⁾.

Au 31 décembre 2019, la Caisse disposait d'importantes réserves de 176,6 millions d'euros pour la partie « prévoyance » ⁽²⁾.

Les réserves ainsi constituées sont devenues doublement superflues pour cette caisse :

– en effet, depuis 2016, les régimes d'assurance maladie sont financièrement intégrés en matière de soins dans le cadre de la protection universelle maladie (PUMA) ;

– par ailleurs, le régime de retraite de la SNCF bénéficie d'un adossement auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) depuis une convention signée en 2019.

● C'est pourquoi le I procède à un prélèvement de l'ensemble des excédents constatés au 31 décembre 2020, qui doit avoir lieu avant le 31 juillet 2021. Le

(1) Une telle confusion n'était en effet pas conforme aux normes comptables européennes entrées en vigueur au 1^{er} janvier 2007.

(2) Rapport d'activité 2019 de la CPRP-SNCF, disponible ici : <https://www.cprpsncf.fr/documents/20182/121703/RA-2019.pdf/b3ca9078-8361-44c4-af22-8a5259ea2f53>.
Le rapport fait également état de 17,7 milliards de réserves côté retraites.

montant prélevé dépendra évidemment de l'exercice 2020. Il sera par ailleurs sans impact sur le solde 2021, car les régimes maladie étant intégrés, ces réserves étaient déjà « mutualisées » comptablement avec celles des autres régimes maladie. En revanche, elle aura un effet sur la situation patrimoniale de la branche maladie du régime général, au bilan.

2. Le prélèvement sur les réserves de la CAMIEG : un rééquilibrage partiel dans un contexte d'excédents structurels

- Créée en 2007, la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières assure plusieurs missions parallèles :

- elle gère l'assurance maladie complémentaire obligatoire des assurés relevant du régime des industries électriques et gazières ;

- elle assure l'affiliation des assurés, y compris pour le régime de base.

Comme pour la CPRP-SNCF ou encore sa caisse sœur pour l'assurance vieillesse, la CNIEG, la création de la CAMIEG procède d'une nécessité de mieux distinguer les comptes des entreprises concernées et celles des régimes de protection sociale qu'elles portaient historiquement.

- La CAMIEG est régulièrement excédentaire, ce qui la conduit à gérer des réserves importantes au regard de sa « surface financière »⁽¹⁾.

RÉSERVES DE LA CAMIEG DEPUIS 2011

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020*
Actifs	178,24	223,54	270,64	106,05	107,94	111,98	113,40	120,17	126,46	133,72
Inactifs	90,45	115,12	144,40	171,79	188,37	209,07	235,03	258,66	277,85	298,16
Total	268,70	338,67	415,05	277,85	296,72	321,46	348,84	378,83	404,31	430,88

Source : étude d'impact.

Cette situation financière flatteuse a permis la mise en place plusieurs mesures favorables aux assurés :

- une baisse des cotisations salariales de 10 % en 2014 (de 25 % pour la cotisation des employeurs) ;

- une augmentation des prises en charges en matière d'optique, de prothèses dentaires, d'appareils auditifs et d'orthopédie cette même année ;

- une nouvelle baisse des cotisations en 2017.

(1) Le rapport statistiques 2019 de la CAMIEG (disponible ici : https://www.camieg.fr/fileadmin/user_upload/Publications/2020-08-CAMIEG-RAPPORT-STAT-2019.pdf) indique ainsi que la Caisse versait pour cet exercice 608,3 millions d'euros pour le régime de base et 259,8 millions d'euros).

Le tout a été possible, malgré un premier prélèvement exceptionnel de 175,9 millions d'euros au profit du régime général le 31 décembre 2013, ce qui souligne les importantes marges financières ainsi dégagées.

La croissance continue de ces réserves depuis 2014 invite néanmoins à un double niveau de réponse, dès lors que rien ne semble indiquer que la Caisse aura besoin de recourir à celles-ci à court ou moyen terme :

– un ajustement structurel du niveau de recettes et de dépenses de la caisse, auquel il sera procédé par voie réglementaire ;

L'ajustement des recettes et prestations de la CAMIEG prévu par le Gouvernement

Sans qu'elle ait à faire l'objet d'une mesure législative, la réforme « structurelle » de l'équilibre de la Caisse fait l'objet de développements dans l'étude d'impact annexée au présent projet de loi.

Côté recettes, le Gouvernement entend, par décret :

– baisser provisoirement les cotisations patronales et salariales de 25 % en 2021 et 2022 et de 5 % à compter de 2023 ; au total, la cotisation patronale passerait ainsi de 1,35 % à 1,01 % entre 2020 et 2021-2022 avant de remonter à 1,28 % en 2023, tandis que la cotisation salariale passerait de 0,72 % à 0,54 % avant de remonter à 0,68 % sur la même période ;

– baisser la cotisation de solidarité versée par les actifs de 17 % dès 2021, soit un taux diminuant de 1,39 % à 1,15 % ;

– baisser la cotisation d'équilibre supportée par les retraités de 15 % en 2021 et 2022 et de 5 % à partir de 2023, soit un taux diminuant de 2,36 % à 2,01 % entre 2020 et 2021-2022 avant de remonter à 2,25 % en 2023.

Au total, ces diminutions devraient se traduire par une baisse de 62 millions d'euros des recettes de la Caisse en 2021-2022 puis de 27 millions d'euros en 2023.

Le gain de pouvoir d'achat pour les assurés est loin d'être négligeable :

– la diminution de cotisations, pour un salaire brut de 2 500 euros bruts mensuels, correspondrait au total à une baisse de 7 à 11 euros par mois ;

– la diminution de la cotisation d'équilibre correspondrait à un gain de 11 euros par mois pour les retraités.

Côté dépenses, il entend améliorer la prise en charge des frais, par arrêté :

– + 5 euros pour des verres simples des adultes ;

– + 29 euros pour les verres complexes des adultes ;

– + 15 euros pour les verres très complexes des adultes ;

– + 5 euros pour les verres très complexes des enfants.

Le coût de ces mesures serait de 1,5 million d'euros pour les actifs et de 3 millions d'euros pour les inactifs.

Le Gouvernement précise dans son étude d'impact que ces mesures ont été concertées avec les organisations syndicales et les employeurs.

– un ajustement conjoncturel lié à la forte prise en charge des dépenses liée à la crise sanitaire par le régime général concomitant à une baisse des dépenses de soins « hors Covid » en 2020, qui a vocation à se traduire par un nouveau prélèvement du même ordre que celui qui avait été réalisé fin 2013.

Le **II** prévoit ainsi un prélèvement de 175 millions d’euros sur la CAMIEG au plus tard le 31 juillet 2021, à savoir 135 millions sur les réserves du fonds des agents en inactivité et 40 millions pour le fonds des agents en activité. Ces mesures amélioreront d’autant, mais pour le seul exercice 2021, les comptes de la sécurité sociale comme ressources exceptionnelles.

Les 255 millions d’euros « restants » se verront amputés de 176 millions d’euros d’effets des mesures de cotisations et de 18 millions d’euros de mesures de prestations.

Le reliquat permettra à la Caisse, qui n’est pas totalement financièrement intégrée, de faire face à ces besoins de trésorerie.

Le dernier alinéa renvoie les modalités de mise en œuvre de ces deux prélèvements aux « *règles applicables en matière de taxes sur le chiffre d’affaires* ».

*

* *

Article 12

Sécurisation du mode de calcul de l'évolution du plafond annuel de la sécurité sociale

Adopté par la commission sans modification

L'article 12 modifie le mode de calcul de l'évolution du plafond de la sécurité sociale, afin que celui-ci ne puisse diminuer en cas d'évolution négative du salaire moyen par tête (SMPT). La diminution du plafond en valeur nominale aurait des « effets de bord » peu souhaitables.

I. LE PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, OUTIL DONT IL CONVIENT DE SÉCURISER LE MODE DE CALCUL

Le plafond de la sécurité sociale (PSS) correspond au montant maximum des rémunérations ou gains pris en compte pour le calcul de certaines cotisations et prestations sociales. Il est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution des salaires. La baisse spectaculaire des salaires en 2020, due au recours massif à l'activité partielle, impliquerait selon le mode de calcul en vigueur de diminuer le niveau du PSS, emportant des conséquences préjudiciables sur les droits des assurés.

A. LE PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PASS), UN ÉLÉMENT DÉFINITIF DE LA SÉCURITÉ SOCIALE FORTEMENT DÉPENDANT DE L'ÉVOLUTION DES SALAIRES

1. Le PASS définit les « contours » de la sécurité sociale

Le plafond de sécurité sociale est un montant, en euros, qui sert de valeur de référence pour calculer le niveau maximal de l'assiette soumise à certaines cotisations sociales et le montant de certaines prestations de sécurité sociale. Il est revalorisé chaque année en fonction de l'évolution des salaires par arrêté ministériel et selon les règles fixées par décret ⁽¹⁾.

Le plafond est un outil important dans le champ de la protection sociale, bien au-delà de la sécurité sociale : il est utilisé pour calculer le montant de certaines prestations versées par les différentes branches telles que les indemnités journalières – pour maladie, maternité, accident du travail, ou encore paternité –, les pensions d'invalidité et les pensions d'assurance vieillesse du régime général mais aussi, par construction, la frontière avec les régimes de couverture complémentaire, notamment vieillesse, ou encore dans le champ du droit du travail, les sommes pouvant être versées au titre de la participation et de l'intéressement.

(1) *Articles L. 241-3 et D. 242-17 à D. 242-19 du code de la sécurité sociale.*

Pour l'employeur, le plafond sert à calculer certaines cotisations dites « plafonnées », prestations, ainsi que certains montants :

- les cotisations sociales sur le salaire, les pensions, les allocations chômage, ou les seuils de certains taux pour les régimes complémentaires de retraite ;
- les seuils d'exonération fiscale et sociale des indemnités de ruptures ;
- les indemnités aux étudiants en stage en entreprise, qui sont définies en fonction du plafond ;
- la contribution au Fonds national d'aide au logement.

Concrètement, pour calculer le montant des cotisations dites « plafonnées »⁽¹⁾, l'assiette utilisée ne comprend que les rémunérations allant jusqu'à une certaine somme. La partie de la rémunération qui dépasse ce plafond n'est tout simplement pas prise en compte pour le calcul des cotisations plafonnées.

Le plafond est calculé par année, par trimestre, par mois, par semaine, par jour et par heure. Il est utilisé pour le calcul des prestations et cotisations dépend de la périodicité de la paie du salarié : si la paie est mensuelle, c'est le plafond mensuel qui sera utilisé. Le plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), le plus utilisé, a été fixé pour l'année 2020 à 3 428 euros, soit une hausse de 1,5 % par rapport à 2019. Le tableau ci-dessous expose les différents plafonds par périodicité :

PLAFOND DE SÉCURITÉ SOCIALE 2020 PAR PÉRIODICITÉ

Période	
Plafond annuel	41 136 €
Plafond trimestriel	10 284 €
Plafond mensuel	3 428 €
Plafond journalier	189 €
Plafond horaire	26 €

Source : *urssaf.fr*

(1) Historiquement, toutes les cotisations étaient « plafonnées ». Un mouvement de « déplafonnement progressif des cotisations » (Jean-Jacques Dupeyroux et Xavier Prétot) s'est progressivement engagé à partir des ordonnances « Jeanneney » de 1967 pour rétablir les comptes de la sécurité sociale, dans un premier temps, mais aussi en cohérence avec la nature de plus en plus universelle des prestations : 1967 (partiel) 1984 (total) pour la maladie, 1990 pour les accidents du travail et la famille.

2. Un mode de calcul qui repose sur le salaire moyen par tête

L'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale prévoit que le plafond est « fixé à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année et en fonction de l'évolution générale des salaires dans des conditions prévues par décret ». Dans la pratique, le montant du plafond est systématiquement arrêté annuellement depuis 1997. En revanche, entre 1945 et 1996, il est arrivé vingt-trois fois que le montant du PSS soit fixé semestriellement ⁽¹⁾.

Les articles D. 242-17 à D. 242-19 du code de la sécurité sociale prévoient les conditions de fixation du plafond. La valeur mensuelle du PMSS est fixée à partir de celui qui était applicable au cours de l'année antérieure, « en tenant compte » de l'évolution moyenne estimée des salaires sur cette année prévue par le dernier rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières annexé au projet de loi de finances.

C'est plus précisément l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT) dans le secteur marchand non agricole, tel qu'il figure dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances de l'année qui est pris en compte. Indice statistique bien connu, calculé par l'Institut national de la statistique et des études économiques, le SMPT correspond au rapport entre les masses salariales brutes versées par l'ensemble des employeurs et le nombre de salariés. Cet indicateur permet en principe d'éviter toute « déformation » : le plafond « suit » l'assiette des cotisations et la référence de calcul des prestations en espèces, c'est-à-dire dans les deux cas les salaires.

Une fois fixé, le montant du plafond est arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale. L'arrêté du 2 décembre 2019 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2020 a arrêté les valeurs mensuelle et journalière du PSS respectivement à 3 428 et 189 euros ⁽²⁾. Le montant des plafonds journalier, mensuel, trimestriel et annuel est ensuite calculé de manière cohérente, et donc proportionnelle, comme le prévoient les articles D. 242-17 à D. 242-19 du code de la sécurité sociale. Par exemple, la valeur annuelle est égale à la valeur mensuelle multipliée par douze.

Depuis 1945, année de création de la sécurité sociale obligatoire, dont nous fêtons donc le soixante-quinzième anniversaire, le montant du plafond n'a cessé de croître ⁽³⁾ en adéquation avec l'élévation du niveau du salaire moyen.

(1) Données de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.

https://www.legislation.cnav.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=salaire_plafond_soumis_cotisation_bar

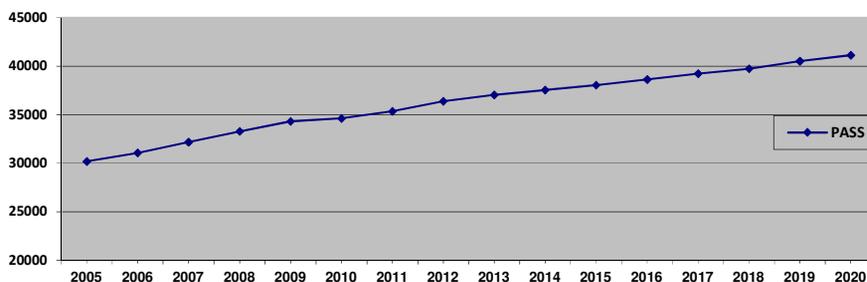
(2) Arrêté du 2 décembre 2019 portant fixation du plafond de la sécurité sociale pour 2020.

(3) L'histoire du salaire plafond soumis à cotisations, disponible sur le site internet de la Caisse nationale d'assurance vieillesse, remonte jusqu'à l'année 1930.

https://www.legislation.cnav.fr/Pages/bareme.aspx?Nom=salaire_plafond_soumis_cotisation_bar

ÉVOLUTION DU PLAFOND ANNUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DE 2005 À 2020

(en euros)



Source : CNAV.

B. LES EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE SUR L'ÉVOLUTION DU SALAIRE MOYEN EN 2020 APPELLENT À SÉCURISER LE MODE DE CALCUL DU PLAFOND DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Une diminution « artificielle » du SMPT due au recours à l'activité partielle

En 2020, dans le contexte de la crise sanitaire, le recours important à l'activité partielle – dont les indemnités ne constituent pas un élément de la masse salariale brute versée par les employeurs – a mécaniquement fait baisser le salaire moyen par tête. En effet, l'allocation d'activité partielle, en tant que revenu de remplacement, n'est pas prise en compte dans le calcul du salaire moyen. Les masses salariales brutes versées par l'ensemble des employeurs ont donc diminué mais le nombre de salariés n'a lui pas baissé à due proportion, les salariés placés en activité partielle restant comptabilisés comme personnes en emploi.

Ainsi, selon l'évaluation préalable du Gouvernement, la prévision d'évolution du salaire moyen par tête pour 2020 est négative (-4,1 %) alors qu'un fort rebond est attendu pour 2022 (+5,9 %) en raison du retour à la normale de l'activité.

Le mode de calcul du plafond impliquerait donc sa diminution pour l'année 2021, alors même que la diminution du salaire moyen sur l'année 2020 n'est pas représentative de la réalité économique : le recours à l'activité partielle s'est déroulé dans des circonstances exceptionnelles, notamment durant la période de confinement. Ce serait la première fois depuis 1945 que le PASS connaîtrait une évolution négative.

2. Des conséquences en termes de droits pour les assurés

Selon le droit en vigueur, l'évolution du salaire moyen conduirait à réduire le PASS en 2021 puis à le relever fortement en 2022. Or, la diminution du PASS risquerait d'entraîner une perte de droits pour les assurés ou des effets d'éviction de certains dispositifs dont le bénéfice est calculé en fonction de la valeur du plafond. L'étude d'impact du Gouvernement souligne les conséquences économiquement préjudiciables aux assurés qui pourraient en résulter sur de nombreux plans :

- la déformation de la répartition entre parts plafonnée et déplafonnée des cotisations d'assurance retraite, et donc sur les droits créés en retraite de base et en retraite complémentaire ;

- le montant des indemnités versées par la sécurité sociale (dans le cas du congé maternité des salariées, par exemple, l'indemnité versée par la sécurité sociale est calculée en fonction des trois derniers salaires retenus dans la limite du plafond mensuel de sécurité sociale diminué de 21 %) ;

- les montants maximaux des pensions d'invalidité, qui sont calculés et évoluent en fonction du PASS ;

- les montants d'intéressement et de participation pouvant être versés ;

- les montants versés au titre de la protection sociale complémentaire ouvrant droit à exonération ;

- les seuils d'exonération fiscale et sociale des indemnités de rupture ;

- le montant de la gratification minimale due aux stagiaires en entreprise.

Quant au rebond du PASS attendu en 2021, il aurait par construction des effets contraires, augmentant les inégalités entre deux revenus équivalents ou deux niveaux de prestations en 2020 et 2021. Certains assurés pourraient par exemple sortir d'un dispositif pour le réintégrer en 2022, ou voir leurs prestations ou cotisations baisser puis augmenter d'une année sur l'autre.

II. L'ARTICLE 12 SÉCURISE LE MODE DE CALCUL DE L'ÉVOLUTION DU PASS EN CAS D'ÉVOLUTION NÉGATIVE DU SMPT

Dans le souci de « lisser » les effets de la baisse du SMPT, l'article 12 procède à une modification des dispositions législatives qui encadrent la fixation du plafond de la sécurité sociale, à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

Le 2° précise que le montant du plafond ne peut être inférieur à celui de l'année précédente, condition qui n'existait pas auparavant. Le PASS ne pourra donc plus être diminué, même en cas d'évolution négative du salaire moyen. Il est implicitement entendu que dans cette situation, le plafond de l'année précédente sera reconduit. Le montant du PASS 2021 sera donc égal à celui de 2020. Ce « gel »

permet de maintenir le niveau des droits pour les cotisants et le montant des versements ouvrant droit à exonération lorsqu'elles sont fonction du PASS pour les employeurs, ce qui est à la fois conforme, sur le plan économique, au caractère « contracyclique » des prélèvements et prestations sociaux, mais aussi cohérent avec d'autres dispositifs, comme l'indexation des prestations qui devient nulle lorsque l'inflation est négative (article L. 161-25 du code de la sécurité sociale).

Le 1° est une mesure de coordination permettant d'appliquer le changement prévu au 2°, qui aligne le droit et la pratique quasiment constante. Il modifie l'intervalle de fixation du PASS : alors qu'auparavant celui-ci pouvait être fixé à intervalles d'au moins un semestre et au plus d'une année, il est désormais prévu que le plafond soit systématiquement fixé et revalorisé annuellement. Cela permet d'arrêter le montant du plafond pour une année entière, en fonction des évolutions du SMPT constatées sur l'année précédente.

En outre, l'étude d'impact du Gouvernement précise, dans le cas d'une évolution négative du salaire moyen, que pour la fixation du montant du PSS, les conditions de prise en compte des évolutions ultérieures du salaire moyen pourront être précisées par voie réglementaire.

Le risque en effet est qu'une problématique similaire se pose en 2022 avec le « rebond » de l'activité qui pourrait avoir des effets tout aussi déformants.

L'étude préalable du Gouvernement fait d'ores et déjà part des modalités de fixation du PASS qui pourraient être retenues pour l'année 2022.

L'indexation du plafond en 2022 serait ainsi fonction de la correction de l'évolution du SMPT 2019, de l'évolution du SMPT 2020 et de la prévision de son évolution pour 2021. Cela permettra de « lisser » les effets de la baisse puis de la hausse du salaire moyen en 2020 et 2021, afin d'obtenir un PASS 2022 aussi neutre que possible.

*

* *

Article 13

Prolongement du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE)

Adopté par la commission sans modification

L'article 13 prévoit la prolongation de l'exonération spécifique à destination des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi. La rémunération de ces travailleurs saisonniers fait l'objet d'une exonération de cotisations patronales bénéficiant principalement aux entreprises de la production agricole.

Proche du système des allègements généraux, cette exonération porte avant tout sur les salaires modestes. Dans sa version actuelle telle que modifiée par la LFSS 2019, l'exonération est maximale pour les rémunérations inférieures à 1,2 SMIC, point d'inflexion où elle décroît linéairement pour s'annuler à 1,6 SMIC.

Alors qu'il était prévu que ce dispositif soit abrogé à compter du 1^{er} janvier 2021, le présent article repousse cette abrogation au 1^{er} janvier 2023, afin de prendre notamment en compte les effets de la crise sanitaire sur les productions ayant partie liée avec les secteurs particulièrement touchés par la crise économique.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE EXONÉRATION DESTINÉE À FACILITER L'EMPLOI DES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

A. UNE EXONÉRATION DE COTISATIONS PATRONALES SUR LES BAS SALAIRES

1. Un dispositif ancien, progressivement réduit

● Ainsi que le présente l'annexe 5 au présent projet de loi, le dispositif d'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) a été initialement prévu pour satisfaire deux objectifs :

– soutenir les filières agricoles qui ont massivement recours à ce type d'employés ;

– limiter le travail non-déclaré effectué par ces travailleurs.

● Dispositif ancien, qui a pris initialement la forme d'un abattement d'assiette de cotisations sociales, ce mécanisme a pris sa forme contemporaine en 1995 ⁽¹⁾, à savoir une exonération de cotisations de base de la sécurité sociale.

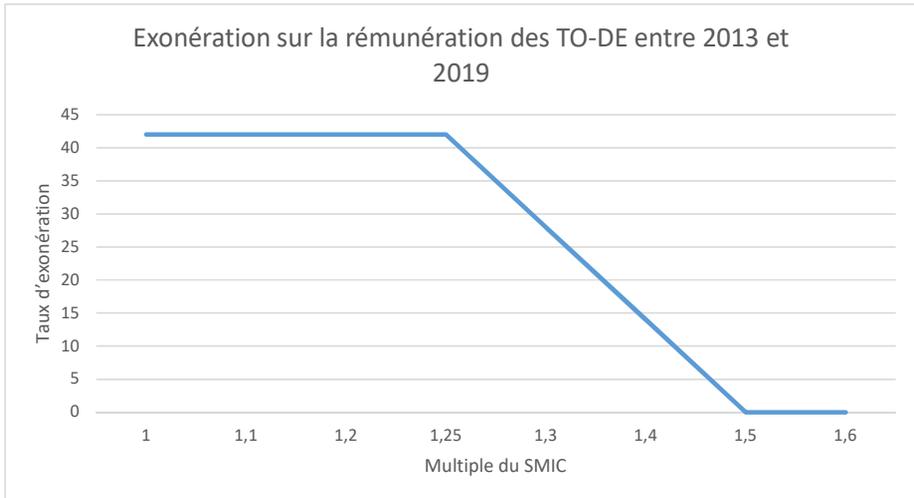
Modifié au cours des années 2000 ⁽²⁾, il permettait une application de taux réduits des cotisations « d'assurances sociales » jusqu'à 1,5 SMIC. Un dispositif

(1) Article 62 de la loi n° 95-95 du 1^{er} février 1995 de modernisation de l'agriculture.

(2) Notamment par l'article 8 de la loi n° 2001-1246 de financement de la sécurité sociale pour 2002 et l'article 27 de la loi n° 2006-11 d'orientation agricole du 5 janvier 2006.

spécial d'exonération totale de ces cotisations pour les travailleurs occasionnels de moins de 26 ans était même prévu, dans la limite d'un mois par an et par salarié.

Cette dérogation a été supprimée en 2010 ⁽¹⁾, et l'exonération a pris la forme d'une réduction linéaire des cotisations patronales, lissée en 2013. L'exonération était totale jusqu'à 1,25 SMIC, puis décroissait pour s'annuler à 1,5 SMIC.



Source : Commission des affaires sociales

2. Une exonération ciblée sur un public précaire soumis à une forte concurrence

- Les conditions d'éligibilité au dispositif le concentrent sur son cœur de cible, à savoir les travailleurs saisonniers. Respectueuse du principe d'efficacité maximale des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires, cette exonération s'applique aux travailleurs :

- qui sont demandeurs d'emploi de plus de quatre mois, durée réduite à un mois suite à un licenciement ;

- qui ne cumulent pas plus de 119 jours d'emploi dans l'année ;

- qui occupent des emplois à caractère saisonnier, « dont les tâches sont appelées à se répéter chaque année selon une périodicité à peu près fixe », selon l'article L. 1242-1 du code du travail – il s'agit des travailleurs occasionnels – ou qui sont intégrés dans des dispositifs visant à favoriser le recrutement des demandeurs d'emploi ;

- qui exécutent des tâches temporaires définies à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime, à savoir :

(1) Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010.

- ♦ la culture et l'élevage de quelque nature qu'elles soient, exploitations de dressage, d'entraînement, haras ainsi qu'établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles, ainsi que les structures d'accueil touristiques ;

- ♦ les travaux agricoles ;

- ♦ les activités de conchyliculture et de pisciculture, ainsi que dans les établissements assimilés ainsi qu'activités de pêche maritime à pied professionnelle ;

- ♦ qui ne sont pas employés dans une coopérative d'utilisation de matériel agricole ou employés par des entreprises de travaux forestiers.

3. Un dispositif revu dans la LFSS 2019

- Dans la perspective de renforcer la compétitivité des entreprises françaises et de redonner également du pouvoir d'achat aux salariés les plus modestes, le législateur financier social a opéré, dans le cadre de la LFSS 2018 ⁽¹⁾, une « bascule » entre la suppression du dispositif de CICE (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi) et CITS (crédit d'impôt de taxe sur les salaires) et le renforcement des allègements généraux.

Ces derniers, qui consistent en une réduction générale des cotisations sociales patronales sur les salaires entre 1 et 1,6 SMIC, permettaient alors d'exonérer ces rémunérations des cotisations patronales de sécurité sociale, de la contribution solidarité autonomie, de la contribution au Fonds national d'aide au logement. L'ajout d'exonération sur les cotisations dues au titre de la retraite complémentaire et sur les contributions à l'assurance chômage a renforcé d'environ 10 points ces allègements généraux, aboutissant à ce que les employeurs ne paient presque plus de cotisations au niveau du SMIC.

- La LFSS 2019 ⁽²⁾ a été l'occasion d'avancer l'échéancier d'entrée en vigueur de l'exonération de cotisations sociales, mais aussi d'harmoniser le droit existant des exonérations spécifiques dans le contexte du renforcement des allègements généraux ⁽³⁾.

S'agissant de l'exonération spécifique pour les TO-DE, le projet de suppression de cette exonération a été modifié au cours du débat parlementaire, compte tenu notamment des difficultés potentielles de transition de certaines exploitations spécialisées de ce régime spécifique au droit commun. Les allègements généraux étaient toutefois devenus plus favorables que l'exonération TO-DE dans un nombre significatif de cas.

(1) 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.

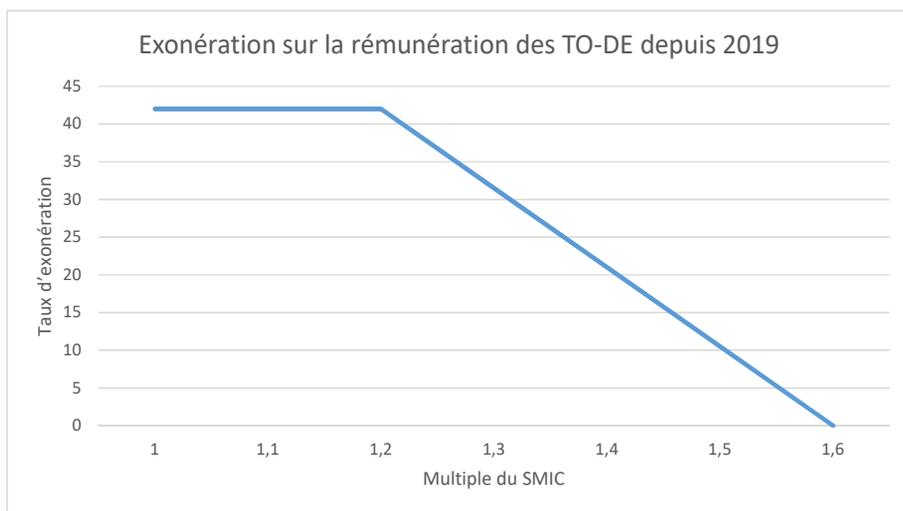
(3) Pour une explication détaillée des modalités de suppression ou d'aménagement d'un ensemble d'exonérations spécifiques, le lecteur pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 8 du PLFSS 2019.

- Compte tenu de cette situation, et dans la perspective d'un alignement sur le droit commun à terme, le législateur a plutôt opéré plusieurs modifications de l'exonération :

- si elle conserve sa forme linéaire, elle est désormais maximale jusqu'à 1,2 SMIC et s'annule à 1,6 SMIC, à l'instar des allègements généraux ;

- rapprochée des allègements généraux, elle n'intègre plus la participation propre aux entreprises agricoles en faveur du développement de la formation professionnelle continue, les cotisations de retraite complémentaire agricole obligatoires, la cotisation dite PROVEA ou encore les cotisations versées à l'Association nationale pour l'emploi et la formation en agriculture.

Le maintien de cette exonération, ainsi marginalement modifiée, était toutefois accompagné d'une date d'abrogation future, établie au 1^{er} janvier 2021.



Source : commission des affaires sociales.

B. UNE EXONÉRATION QUI CONSERVE UNE CERTAINE PERTINENCE DANS UN CONTEXTE ÉCONOMIQUE DÉGRADÉ POUR UNE PARTIE DES EXPLOITATIONS AGRICOLES

1. L'exonération aujourd'hui

- L'assiette éligible aujourd'hui à la réduction linéaire des exonérations de cotisations patronales comprend donc aujourd'hui, au titre de l'article L. 741-16 du code rural et de la pêche maritime, l'ensemble des cotisations ci-dessous, dont les taux sont les suivants :

COTISATIONS INTÉGRÉES DANS LE CHAMP DE L'EXONÉRATION

Cotisation	Taux (pour un salarié au SMIC)
Maladie, maternité, invalidité, décès	7 %
Vieillesse (plafonnée et déplafonnée)	10,45 %
Allocations familiales	3,45 %
Accidents du travail	Taux variable
Assurance chômage	4,05 %
Retraite complémentaire agricole	6,22 %
Contribution solidarité autonomie	0,3 %
FNAL	0,1 % ou 0,5 %
Total	31,21 % ou 31,71 % *

* sans prendre en compte la part variable du taux de cotisation AT-MP, défini par secteur en fonction de sa sinistralité
 Source : Commission des affaires sociales.

La formule de calcul linéaire, définie par décret ⁽¹⁾, est la suivante :

$$1,2 \times C / 0,40 \times (1,6 \times \text{montant mensuel du SMIC} / \text{rémunération mensuelle brute hors heures supplémentaires et complémentaires} - 1).$$

C correspond à la somme des cotisations employeurs visées par le dispositif TO-DE.

L'attachement des employeurs à cette exonération tient également à sa souplesse. Si elle n'est pas cumulable avec aucune autre exonération de cotisations sociales patronales, il est loisible aux employeurs dont les salariés ont finalement travaillé plus de 119 jours dans l'année de renoncer à cette exonération au profit des allègements généraux. Cette option ouverte permet aux employeurs d'arbitrer plus finement quant à leurs besoins de main-d'œuvre dans leurs exploitations.

2. Les difficultés des exploitants agricoles dans le contexte de la crise économique

● Alors que, selon l'étude d'impact, près de 73 000 entreprises utilisent, en année pleine, le dispositif TO-DE pour quelque 900 000 contrats, soit 25 % du total des heures travaillées dans le secteur de la production primaire, certains secteurs spécialisés, particulièrement exposés aux conséquences de la crise sanitaire, sont par ailleurs les plus « gourmands » en travailleurs saisonniers. Il en va ainsi de la viticulture ou de l'horticulture, qui ont évidemment partie liée avec les secteurs de l'hôtellerie et de la restauration, particulièrement touchés par les mesures prises pour lutter contre l'épidémie de la covid-19. À cette épidémie s'ajoutent les effets conjoncturels propres à certains secteurs agricoles, tels que la viticulture, confrontée à l'application d'une taxe américaine sur les vins français, à hauteur de 25 %, depuis octobre 2019.

(1) Décret n° 2018-1357 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales.

Il semble par ailleurs que, pour partie en raison des perturbations des chaînes de production, les mesures inscrites dans la loi dite « Egalim » ⁽¹⁾, qu'il s'agisse de la mise en place facilitée d'épargnes de précaution ou des dispositifs fiscaux destinés à diminuer la volatilité des prix, n'ont pas bénéficié d'une montée en charge aussi rapide qu'espéré.

L'abrogation entraînerait un coût supplémentaire sur le travail dans des secteurs déjà fragilisés. L'estimation proposée dans l'étude d'impact sur ce coût permet ainsi d'établir *a contrario* que la suppression de l'exonération entraînerait une surcharge financière de 127 millions d'euros en 2021 et de 130 millions d'euros en 2022. Bien que la mise en place d'allègements généraux particulièrement favorables aux rémunérations au voisinage du SMIC permette de lisser à terme la transition de ces secteurs vers le régime de droit commun, la suppression de cette exonération se traduira partiellement par une augmentation des cotisations dans le secteur agricole, selon les modalités présentées dans le tableau ci-dessous.

PERTE D'EXONÉRATION QUI SERAIT ENGENDRÉE PAR L'INTERRUPTION DU DISPOSITIF TO-DE EN 2021 ET LE PASSAGE EN RÉDUCTION DÉGRESSIVE GÉNÉRALE DE CES SALARIÉS

(en millions d'euros)

Répartition de la perte d'exonération par branche de cotisations									
Dispositif TO-DE	Total	Maladie	Accidents du travail	Vieillesse	Famille	FNAL	CNSA	Unédic	Agirc-Arrco
2021	191,15	38,87	11,70	70,75	16,37	0,59	1,32	18,46	33,08
2022	192,62	38,86	11,70	70,73	16,36	0,61	1,36	18,99	34,02

Source : CCMSA/DSEF.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE ABROGATION DU DISPOSITIF REPORTÉE À 2023

- Le dispositif légistique proposé par le présent article présente les traits de la plus grande simplicité, puisqu'il prévoit simplement de modifier le 4^o du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, en substituant l'année 2023 à l'année 2021.

Le dispositif et l'article L 741-16 du code rural et de la pêche maritime ont donc vocation à être abrogés au 1^{er} janvier 2023.

- Il convient de noter que le caractère temporaire de cette exonération justifie un mode de compensation particulier, en deux temps. La somme correspondant aux allègements généraux dont bénéficieraient, toutes choses égales par ailleurs, les employeurs des TO-DE si ceux-ci étaient soumis au régime de droit commun, est compensée par le biais d'une fraction de TVA. Celle-ci, qui fait l'objet

(1) Loi n° 2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

d'un article miroir dans le projet de loi de finances ⁽¹⁾, est estimée à 389 millions d'euros pour 2021. Elle n'est pas intégrée dans la compensation générale des allègements généraux par le biais d'une fraction globale de TVA ⁽²⁾, étant donné son caractère temporaire.

À cette première forme de compensation s'ajoute une seconde, plus classique sous l'empire de la « loi Veil » ⁽³⁾, par le biais de crédits budgétaires du ministère de l'agriculture et de l'alimentation. Ceux-ci sont estimés à 127 millions d'euros pour 2021.

Le coût total des TO-DE, sans prise en compte de l'application putative des allègements généraux, serait donc de 516 millions d'euros pour 2021. L'évolution pour 2021 serait de 525 millions d'euros, dont 130 millions compensés par crédits budgétaires.

*

* *

(1) Article 30 du PLF 2021.

(2) Le lecteur intéressé par les modalités générales de compensation des exonérations de cotisations et de contributions sociales pourra se reporter au commentaire de l'article 19.

(3) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

CHAPITRE II

Poursuivre les simplifications pour les acteurs de l'économie

Article 14

Clarification des règles d'affiliation et simplification des démarches déclaratives et de paiement des cotisations des activités issues de l'économie collaborative

Adopté par la commission sans modification

L'article 14 crée une affiliation optionnelle simplifiée des plus petites activités sur les plateformes au régime général et assure un « toilettage » des dispositions prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 en vue d'offrir ce même droit d'option aux loueurs de meublés.

1. L'affiliation et la déclaration des petites activités de l'économie collaborative : un chantier de simplification déjà engagé

a. Les activités de vente sur des plateformes : des montants faibles et qui demeurent difficiles à tracer

• À côté des activités plus « classiques » liées au salariat, d'une part, et à la vente ou à la prestation de services sous la forme d'une entreprise, d'autre part, se développent de plus en plus depuis quelques années des flux de ventes ou de prestations réalisées par des non-professionnels grâce aux plateformes d'échange sur internet.

De telles activités, notamment lorsqu'elles sont de faible ampleur, défient les frontières actuelles de la protection sociale, en tant qu'elles ne relèvent :

– ni de l'exonération de prélèvements sociaux dont bénéficie la vente occasionnelle de biens personnels, dès lors qu'il s'agit d'une petite activité de vente ou de revente de biens « neufs » ;

– ni d'une activité salariée, faute d'employeur ;

– ni d'une activité de travailleur indépendant, faute de déclaration des intéressés pour des sommes souvent minimales.

Le phénomène est relativement difficile à documenter. Toutefois, la direction de la sécurité sociale a renvoyé le rapporteur général pour de premiers éléments de chiffrage vers l'enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques « Les comportements de consommation en 2017 »⁽¹⁾. Celle-ci

(1) Enquête disponible ici :

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4127596#:~:text=Les%20comportements%20de%20consommation%20en%202017Le%20transport%20p%C3%A8se%20plus.le%20logement%20en%20milieu%20urbain&text=En%20201>

précise ainsi que 33 % des ménages déclaraient avoir vendu, acheté ou loué des biens ou services à d'autres particuliers, et 26 % avec des sites d'annonces en ligne. La moitié des ménages en auraient perçu moins de 150 euros durant l'année, 9 % entre 800 et 3 000 euros et 8 % plus de 3 000 euros ⁽¹⁾. Si l'on extrapole cette étude échantillonnée à l'ensemble de la population française, ce type d'activité pourrait concerner près de 7 millions de Français.

Les revenus non négligeables qui résultent de ces activités échappent ainsi très largement aux cotisations, bien souvent par méconnaissance des obligations qu'elles impliquent, et ce faisant, ne permettent pas à leurs bénéficiaires de se constituer des droits contributifs.

Pour que ces revenus ne deviennent pas un « point aveugle » fiscal-social, deux types de réponses doivent être envisagées :

– d'une part, une meilleure association des plateformes elles-mêmes à l'identification, la fiabilisation et au contrôle de ces flux ; c'est le sens des dispositions de l'article 242 *bis* du code général des impôts qui fait obligation aux plateformes de transmettre :

- aux personnes qui réalisent des transactions sur la plateforme, une information « loyale, claire et transparente » sur leurs obligations fiscales et sociales, ainsi qu'un bilan annuel des transactions réalisées ;
- à l'administration fiscale, un document récapitulatif de l'ensemble des transactions réalisées sur la plateforme ; les URSSAF disposent quant à elles, outre le droit d'accéder à ces informations grâce aux échanges d'information avec l'administration fiscale, d'un droit de communication directement auprès des plateformes prévu à l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale ;

– d'autre part, une facilitation des démarches déclaratives pour les intéressés, de nature à inciter à la déclaration, et donc à l'affiliation, mais aussi à mieux distinguer pour les organismes de contrôle la simple omission par méconnaissance des obligations déclaratives de la fraude délibérée.

b. Plusieurs dispositifs visent d'ores et déjà à s'adapter à de « petites » activités professionnelles

Plusieurs démarches ont entendu ces dernières années, sans d'ailleurs se limiter au secteur des plateformes, faciliter la déclaration des activités, dans un double souci de simplification et de lutte contre la fraude. Ces démarches ont parfois été transversales, parfois ciblées sur certaines activités en particulier.

[7%2C%20les%20m%C3%A9nages%20consommant, en%202011%20en%20euros%20constants.&text=Les%20familles%20monoparentales%20consommant%20nettement%20moins%20que%20la%20moyenne.](#)

(1) L'écart à 100 % est difficile à expliquer, mais il pourrait s'agir de personnes n'ayant perçu aucun revenu.

S'agissant des démarches transversales, on compte évidemment :

– le statut de la microentreprise qui, dans le champ social, bénéficie à la fois de démarches déclaratives allégées et d'un barème de cotisations adapté et facile à calculer ;

Le régime micro-social

Le régime micro-social, défini aux articles L. 613-7 à L. 613-10 du code de la sécurité sociale, est un régime facultatif, ouvert aux entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes ne dépasse pas :

- 176 200 euros pour les activités de commerce et de fourniture de logement ;
- 72 600 euros pour les prestations de service ou les professions libérales.

Le micro-entrepreneur est affilié au régime général, depuis la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants en 2018-2019. Le calcul de ses cotisations est fortement simplifié puisque la notion de revenus est approximée par un assujettissement de son chiffre d'affaires à un taux global de cotisations qui couvre tous les prélèvements sociaux (maladie, CSG-CRDS, famille, retraite de base et complémentaire, invalidité-décès). Ce taux est variable en fonction des secteurs d'activité pour tenir compte des charges et peut aller de 6 % pour la location de logements meublés de tourisme à 22 % pour la prestation de services et les professions libérales.

Ces cotisations peuvent être réduites en début d'activité par le dispositif de l'aide à la création ou reprise d'entreprise (Acre) prévu à l'article L. 5141-1 du code du travail, sous certaines conditions.

Source : commission des affaires sociales.

– le développement des « titres simplifiés », initialement réservés aux salariés de petites entreprises (TESE) ou aux particuliers employeurs (CESU), mais dont le recours a été élargi à un vaste panel de petites activités non salariées par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Le CESU pour les petites activités de non-salariés

L'article 14, déjà, de la LFSS 2018 a élargi le champ d'application du CESU au-delà des activités de services à la personne. L'article D. 133-13-19 du code de la sécurité sociale précise désormais qu'il est ouvert aux activités d'enseignement, de formation et d'accompagnement à domicile, en matière sportive et culturelle, dont l'activité ne dépasse pas 3 heures hebdomadaires.

Les donneurs d'ordre, car ils ne peuvent être considérés comme des employeurs pour des activités aussi ponctuelles, peuvent ainsi remplir l'ensemble des déclarations sur le site du CESU sans établir de facture, et en précomptant les cotisations. Les personnes concernées cotisent alors systématiquement au régime général, même si ce ne sont pas des salariés.

Source : commission des affaires sociales.

Dans un champ plus ciblé, la LFSS 2017 a permis aux loueurs de biens meublés ou de biens meubles qui tiraient des revenus limités de ces activités de s'affilier selon leur choix au régime général, selon des modalités simplifiées et dématérialisées, afin de tenir compte d'une réalité bien documentée : beaucoup de ces loueurs non professionnels sont à titre principal des salariés, et partant, des ressortissants du régime général.

Le dispositif d'affiliation au régime général des loueurs de meublés ou de biens meubles

L'article 18 de la LFSS 2017 a créé la possibilité pour les loueurs de meublés ou de biens meubles dont l'activité ne dépasse pas respectivement 23 000 euros pour les premiers et 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale pour les seconds (8 227 euros en 2020) de s'affilier au régime général. Cette disposition, adoptée dans un contexte bien différent puisqu'il avait été alors beaucoup débattu de l'affiliation au Régime social des indépendants (RSI) au-delà de ce seuil, devait permettre de tenir compte du fait que beaucoup de ces loueurs étaient affiliés par ailleurs au régime général comme salariés.

L'assiette de cotisations est alors le chiffre d'affaires.

L'affiliation au régime général ne se fait pas tout à fait dans les conditions de droit commun, puisqu'un abattement est appliqué pour tenir compte des charges liées à cette activité.

D'après l'étude d'impact du Gouvernement, on comptait fin 2019 651 déclarants sous cette option, pour un montant total de cotisations versées de 1,3 million d'euros. Interrogée sur ce bilan encore limité, l'ACOSS a précisé lors de son audition par le rapporteur général que cette situation devait encore beaucoup à l'ignorance par les professionnels de leurs obligations.

Source : commission des affaires sociales.

c. La « nano-activité », un dispositif adapté reste à bâtir

Si ces dispositifs de simplification, par les modalités de déclaration et/ou par les règles d'affiliation, ont connu un certain succès, ils s'adaptent encore mal à ces petites activités de vente ou de service sur les plateformes.

En effet :

– le régime de la microentreprise demeure subordonné à des formalités de création d'entreprise, peu adaptées à l'exercice très accessoire, très ponctuel et très variable de petites transactions sur internet ; il serait en effet illusoire d'imaginer que la vente de quelques bijoux confectionnés dans un cadre privé ou qu'une proposition de service très ponctuelle conduisent systématiquement à une création d'entreprise en bonne et due forme auprès d'un centre de formalités des entreprises (CFE), cette démarche ayant par ailleurs parfois un coût (260 euros par exemple pour un artisan en microentreprise) ;

– le CESA n'a été élargi qu'à certaines activités limitativement énumérées ;

– l'option d'affiliation pour les loueurs de meublés ou de biens meubles est par construction limitée à ce jour à cette catégorie d'activité.

2. L'article 14 permet de simplifier davantage la déclaration de très faibles revenus et « toilette » le régime optionnel des loueurs de bien

a. Un nouveau régime de déclaration ultra-simplifié

● L'article vise à créer un nouveau régime d'affiliation optionnel pour les « nano-indépendants » au régime général, dont les modalités déclaratives seraient particulièrement simplifiées.

Pour ce faire, il importe de prévoir au niveau de la loi ce rattachement au régime général, d'une part, et le caractère simplifié et donc dérogatoire au droit commun du mode de déclaration.

Aussi, le **b** du **2°** du **I** crée à l'article 311-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoit l'ensemble des affiliations par détermination de la loi au régime général, une nouvelle catégorie correspondant à ces « nano-activités ».

Il s'agirait :

– de « *particuliers* », le terme faisant directement référence au fait qu'il s'agit d'une activité exercée sans création d'une personne morale ;

– d'activité de vente ou de revente de biens neufs – à l'exclusion de la revente de biens d'occasion, qui est exemptée de prélèvements sociaux – ou de « *services rémunérés* » ;

– d'une activité dont les recettes demeureraient inférieures à un plafond qui pourrait être fixé par décret à 1 500 euros, comme le préconisait un rapport de l'inspection générale des affaires sociales ⁽¹⁾ ; la prise en compte de ces recettes se ferait après application d'un abattement forfaitaire déterminé lui aussi par voie réglementaire, entre :

- un « plancher » correspondant à l'abattement d'impôt sur le revenu sur les « petits » revenus non commerciaux (305 euros) prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts ; on peut observer qu'en matière fiscale cet abattement s'applique jusqu'à des revenus bien supérieurs soit 72 600 euros ;
- un « plafond » correspondant aux abattements les plus élevés prévus à l'article 50-0 du code général des impôts, soit 71 % pour la vente de marchandises, objets, fournitures et denrées et 50 % pour les autres activités.

Par ailleurs, le **1°** complète la liste, prévue à l'article L. 133-5-6 du code de la sécurité sociale, des publics qui peuvent recourir à des dispositifs simplifiés de déclaration et de recouvrement de cotisations et contributions sociales.

(1) IGAS (Nicolas Amar et Louis-Charles Viossat), « Les plateformes collaboratives, l'emploi et la protection sociale », mai 2016, disponible ici : <https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2015-121R.pdf>

Si les modalités pratiques de ces déclarations relèvent du domaine réglementaire, l'étude d'impact du Gouvernement apporte un certain nombre de précisions sur ce que pourrait être son futur fonctionnement :

– le déclarant pourrait procéder à l'ensemble des démarches sur le site urssaf.fr sur la base d'un formulaire fortement simplifié, à l'instar de ce qui a d'ores et déjà été développé pour les loueurs de meublés ; le site en question pourrait même être « intégré » à une interface partagée avec les autoentrepreneurs, afin de faciliter le passage de la « nano-activité » à la « micro-activité » et permettre d'acquitter un prélèvement libératoire de l'impôt sur le revenu ;

– aucune formalité de déclaration d'entreprise ne serait nécessaire auprès d'un CFE ; le 1^o du I précise que l'absence de création d'entreprise emporterait l'exclusion des activités concernées du dispositif de l'aide à la création et à la reprise d'entreprise (Acre), contrairement à la microentreprise ;

– l'offre devrait permettre un précompte des cotisations concernées par la plateforme, dans un souci de simplicité.

Afin d'éviter des passages trop fréquents d'un régime à l'autre (régime général « assimilé salariés » vers régime « microsociet » dès que le seuil de 1 500 euros est franchi, et en sens inverse, si l'intéressé repasse en-dessous de ce seuil), le décret devrait prévoir une sorte de « rigidité asymétrique » :

– il faudra deux années de franchissement du seuil pour que le « nano-actif » devienne un « micro-entrepreneur » ;

– à l'inverse, lorsque le « nano-actif » est devenu « micro-entrepreneur », il ne pourra plus redevenir « nano-actif » ; cette solution est en effet cohérente avec le fait qu'un micro-entrepreneur a nécessairement procédé aux démarches de création de son entreprise une première fois, faisant alors perdre au régime des « nano-actifs » du régime général une part importante de son intérêt.

Sollicitée par le rapporteur général, la comparaison avec des cotisations de micro-entrepreneur montre un écart relativement limité, mais non nul, en faveur de ce dernier :

COMPARAISON DU MONTANT DE COTISATIONS ENTRE L'OPTION AU RÉGIME GÉNÉRAL (RATTACHEMENT AU L. 311-3 CSS) ET L'OPTION MICRO POUR UN REVENU DE 1 500 EUROS

Abattement unique 50 % pour le rattachement au régime général	
PL (abattement micro 34 %)	
Taux effectif affiliation RG	24,05 %
Taux effectif micro	22,00 %
Cotisations affiliation RG sur 1 500 €	360,75 €
Cotisations ME sur 1 500 €	330,00 €
Écart avec affiliation RG	30,75 €
Artisans (abattement micro 50 %)	
Taux effectif affiliation RG	24,05 %
Taux effectif micro	22,00 %
Cotisations affiliation RG sur 1 500 €	360,75 €
Cotisations ME sur 1 500 €	330,00 €
Écart avec affiliation RG	30,75 €
Achat-vente (abattement micro 74 %)	
Taux effectif affiliation RG	24,05 %
Taux effectif micro	12,80 %
Cotisations affiliation RG sur 1 500 €	360,75 €
Cotisations ME sur 1 500 €	192,00 €
Écart avec affiliation RG	168,75 €

Source : direction de la sécurité sociale.

Concrètement, le passage au statut de « micro-entrepreneur » serait quasiment automatisé, moyennant la demande de quelques informations complémentaires. L'URSSAF pré-remplirait une liasse de création d'entreprise auprès du CFE, grâce aux informations dont elle disposerait déjà.

Pour une trentaine d'euros au plus (sauf dans le cas peu commun de l'achat-vente), le cotisant aurait des droits supplémentaires au régime général et toutes les démarches conduisant à son inscription au SIREN, dont l'ACOSS a rappelé lors de son audition qu'elles peuvent être parfois particulièrement rédhitoires voire « angoissantes » pour les personnes concernées.

- Le **II** prévoit son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022, afin de permettre la mise en place des applications informatiques afférentes.

b. Un ajustement du dispositif adopté en 2017 sur les loueurs de biens meublés

Le **a** du 2^o du **I** ajuste à ce même article L. 311-3 le seuil fixé pour l'option d'affiliation des loueurs de meublés.

Le **b** du 3^o de ce même **I** procède également à une coordination avec les dispositions fiscales à l'article L. 611-1 précité, puisque celui-ci évoquait *a contrario* l'affiliation au régime des travailleurs indépendants les loueurs dépassant le seuil fixé par la loi.

En effet, la nouvelle rédaction de l'article 155 du code général des impôts issue de l'article 49 de la loi de finances pour 2020 a modifié le critère qui permet d'identifier si une activité de location de meublés ou de biens meubles est de nature professionnelle ou non :

– auparavant, l'inscription au registre du commerce et des sociétés était déterminante ;

– depuis le 1^{er} janvier 2020, un critère tenant au caractère majoritaire de ces revenus l'a remplacée.

En tout état de cause, un second critère tient toujours à ce que les revenus concernés doivent excéder 20 000 euros.

Les dispositions relatives à l'affiliation de ces loueurs de meublés ou de biens meubles ayant vocation à recevoir une application cohérente avec les définitions fiscales, il est ainsi procédé à cette harmonisation.

Le 3^o du I opère deux coordinations à l'article L. 611-1, pour tenir compte des modifications intervenues dans la définition du périmètre de cette option d'affiliation.

*

* *

Article 15

Simplifier les démarches déclaratives des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants agricoles

Adopté par la commission sans modification

L'article 15 prévoit la mise en place d'un système déclaratif simplifié pour les travailleurs indépendants agricoles. Ces derniers, qu'ils soient chefs d'entreprise, chefs d'exploitation ou cotisants de solidarité, doivent aujourd'hui passer par trois déclarations distinctes dans les sphères sociale et fiscale. Ils pourront désormais bénéficier d'un système simplifié avec une seule déclaration dématérialisée. Cette simplification sera applicable dès 2022, pour les déclarations portant sur les revenus de l'exercice 2021.

L'article prévoit également une adaptation du droit existant pour le territoire de Saint-Barthélemy, afin que, pour des raisons de simplicité de gestion pour la mutualité sociale agricole (MSA) locale, la fusion des déclarations sociale et fiscale soit reportée d'un an pour les travailleurs indépendants non agricoles. Ce faisant, la fusion pour l'ensemble des cotisants interviendra la même année, soit en 2022.

I. LE DROIT EXISTANT : UN EFFORT DE SIMPLIFICATION À ÉTENDRE AU SECTEUR AGRICOLE

A. LES CHEFS D'ENTREPRISE ET D'EXPLOITATION AGRICOLES DOIVENT ACTUELLEMENT S'ACQUITTER DE DÉMARCHES PARFOIS REDONDANTES

1. L'obligation de dématérialisation

Après les salariés et les indépendants, l'effort de simplification des démarches déclaratives s'étend ici aux travailleurs indépendants agricoles. Il est plus précisément question ici des :

– chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles, dont le statut est défini par une activité minimale d'assujettissement ⁽¹⁾ auxquels sont assimilés les mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles ;

– « cotisants de solidarité », à savoir les redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article 731-23 du code rural et de la pêche maritime. Ces redevables sont caractérisés par des exploitations d'une importance moindre que celle des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles.

(1) Cette activité minimale est définie par des conditions de surface minimale d'exploitation, de temps de travail supérieur à 1 200 heures par an ou d'un revenu professionnel supérieur à une assiette minimale déterminée de manière forfaitaire.

Les cotisants de solidarité

Les redevables d'une cotisation de solidarité – 66 114 selon l'étude d'impact – sont intégrés dans une fourchette de revenus, dont le plafond est constitué par la catégorie de chef d'exploitation et dont le minimum est déterminé par décret. Les conditions sont les suivantes :

– une surface d'exploitation moindre que la surface minimale d'assujettissement (SMA) mais supérieure à un quart de SMA :

– à défaut de ce premier critère, un temps de travail consacré à une activité agricole supérieur à 150 heures par an, mais à un niveau inférieur à 1 200 heures.

Dans ces deux cas, le revenu annuel de l'exploitant doit être inférieur à 800 fois le SMIC annuel.

Les personnes qui entrent dans ce cadre sont donc assujetties à une cotisation de solidarité de 16 %, assise sur les revenus professionnels tirés de l'activité précédant l'exercice pour lequel les cotisations sont dues.

En l'état du droit, les déclarations des revenus professionnels doivent être transmises par voie dématérialisée dès lors que les revenus concernés dépassent un seuil équivalent à 15 % de la valeur du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 6 170 euros pour l'année 2020. L'absence de respect de cette obligation, si elle est bien prévue en droit, expose les déclarants à une majoration correspondant à 0,2 % des sommes déclarées

2. Les sanctions liées à l'irrespect des remises de déclarations

a. Les sanctions applicables

Les sanctions applicables aux travailleurs agricoles non-salariés diffèrent en fonction des déclarations qui sont remises. La transmission après le délai fixé par la MSA entraîne l'application d'un dispositif de taxation provisoire, potentiellement assorti de sanctions. Les déclarations incomplètes ou inexactes peuvent entraîner en outre un risque de majoration de 10 %. Ces mesures concernent les non-salariés agricoles relevant d'un régime fiscal d'imposition réel et/ou micro.

L'absence de déclaration, privant la MSA du bénéfice des informations relatives aux revenus professionnels, conduit l'organisme de recouvrement à déterminer les cotisations sociales dues, sans tenir compte des éventuelles exonérations. La base retenue sera donc la plus défavorable, cette assiette étant par ailleurs majorée de 25 % par année non déclarée. Cette base sert également à la détermination des contributions dues au titre de la CSG et de la CRDS.

La régularisation de la situation permet de tenir compte de l'assiette réelle des cotisations dues, avec néanmoins l'application d'une majoration du montant estimé de 10 %, en vertu du caractère tardif de la déclaration.

b. Les facilités déclaratives en cas de difficulté de paiement

Les exploitants agricoles peuvent demander la modulation des appels, ce qui permet d'ajuster le montant des appels fractionnés ou des prélèvements mensuels. Ils peuvent également mensualiser leurs cotisations ou verser des à-valoir (avances de trésorerie lorsque leur situation le permet en vue d'une fluctuation des revenus future).

Ils peuvent aussi mettre en place des échéanciers de paiement sur une période maximale de trois ans, à condition que leur exploitation soit viable, qu'ils soient à jour dans leurs déclarations et dans le paiement de la part salariale des cotisations sur salaires.

Ils peuvent également demander une prise en charge partielle des cotisations par la MSA. Ces prises en charge sont attribuées au cas par cas, après avis de la commission départementale d'orientation agricole (CDOA), dans la limite d'un plafond annuel de 3 800 euros. Là encore, le cotisant doit démontrer la viabilité de son exploitation comme le caractère ponctuel des difficultés auxquelles il fait face.

Le champ de cette reprise potentielle concerne les cotisations de sécurité sociale, mais aussi les cotisations de retraite complémentaire (RCO).

B. UN EFFORT DE SIMPLIFICATION DÉCLARATIVE À POURSUIVRE DANS LA SPHÈRE AGRICOLE

Les dernières lois de financement de la sécurité sociale ont déjà été l'occasion de simplifier et d'unifier les démarches déclaratives dans les sphères fiscale et sociale. Celle-ci a notamment été mise en œuvre pour les travailleurs indépendants dans la sphère non agricole ⁽¹⁾.

Ce mouvement s'inscrit dans le champ plus large de modernisation de l'action publique et de l'encouragement au partage des informations entre la sphère fiscale et sociale. Dans la lignée du rapport remis par M. Alexandre Gardette le 5 septembre 2019, les administrations sociale et fiscale sont amenées à davantage échanger leurs informations relatives aux déclarants. S'il apparaît que l'unification du recouvrement dans les deux sphères ne saurait se faire sans risque, le rapport lui-même estimant que « *la faisabilité et la pertinence de ces scénarios* » n'avaient pas été démontrées ⁽²⁾, plusieurs initiatives récentes visent à éviter la sollicitation répétée du déclarant :

– le système du « dites-le nous une fois », complété par le décret du 18 janvier 2019 relatif aux échanges d'informations et de données entre

(1) Voir, pour plus de précisions, le commentaire de l'article 19 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(2) Rapport sur la « Réforme du recouvrement fiscal et social », 5 septembre 2019.

administrations ⁽¹⁾, vise à limiter le nombre de pièces justificatives que doit déposer un usager de l'administration dans son parcours de déclarant, ainsi que d'encourager de manière concomitante l'échange de pièces dans les procédures relevant de la fiscalité ;

– surtout, la déclaration sociale nominative (DSN), inscrite à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, a remplacé six formalités antérieures pour l'ensemble des entreprises des régimes général et agricole. Transmise sur une base mensuelle, la DSN permet aujourd'hui notamment à la CPAM, à l'URSSAF ou encore aux organismes complémentaires de bénéficier de l'ensemble des informations relatives aux événements qui ont pu affecter la rémunération d'un salarié. Obligatoire depuis janvier 2017, cette unification des démarches a permis en outre une plus grande fiabilité des informations transmises, diminuant d'autant le risque de contentieux et de fraude.

Le secteur agricole ne doit pas rester en marge de l'effort de simplification : en témoigne l'attention qui lui est portée dans le cadre du troisième comité interministériel de la transformation publique. À l'instar des travailleurs indépendants au sein du régime préalable à l'exercice 2021, les exploitants agricoles doivent en effet remplir trois déclarations différentes :

– les « liasses fiscales », à savoir une déclaration annuelle destinée à mesurer le résultat de l'activité indépendante dans l'année. Principalement remplies par des experts-comptables, elles alimentent automatiquement, depuis la campagne déclarative 2020, la déclaration en ligne de l'ensemble des revenus du travailleur indépendant agricole ;

– la déclaration de revenus proprement dite, qui concerne l'ensemble des revenus du foyer et qui permet de déterminer le montant de l'impôt sur le revenu (IR) ;

– dans la sphère sociale, la déclaration des revenus professionnels (DRP). Celle-ci se décline différemment selon que l'exploitant est soumis au régime réel d'imposition ou non. Il est de la responsabilité des exploitants comme des cotisations de solidarité de remettre leurs DRP à la caisse de MSA dont ils relèvent.

(1) Décret n° 2019-31 du 18 janvier 2019 relatif aux échanges d'informations et de données entre administrations dans le cadre des démarches administratives et à l'expérimentation prévue par l'article 40 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

Le recouvrement des cotisations sociales par le réseau de la MSA

Régime de protection sociale obligatoire de l'ensemble de la population agricole, salariée et non salariée, le régime géré par la MSA constitue le deuxième régime de protection sociale en France, après le régime général.

À la différence du régime général, la MSA gère l'ensemble des branches par le biais d'une seule caisse. Son champ de compétence s'étend aux risques maladie, famille (dont les prestations d'accès au logement et les minimas sociaux), vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, contributions de l'assurance chômage et au recouvrement des cotisations et contributions sociales.

Ce dernier s'opère grâce à un réseau de trente-cinq caisses départementales et pluri-départementales, piloté par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Chaque caisse ainsi que la caisse centrale sont dotées de la personnalité morale. Les adhérents de la MSA élisent des délégués cantonaux parmi leurs membres tous les cinq ans, qui élisent à leur tour les administrateurs des caisses.

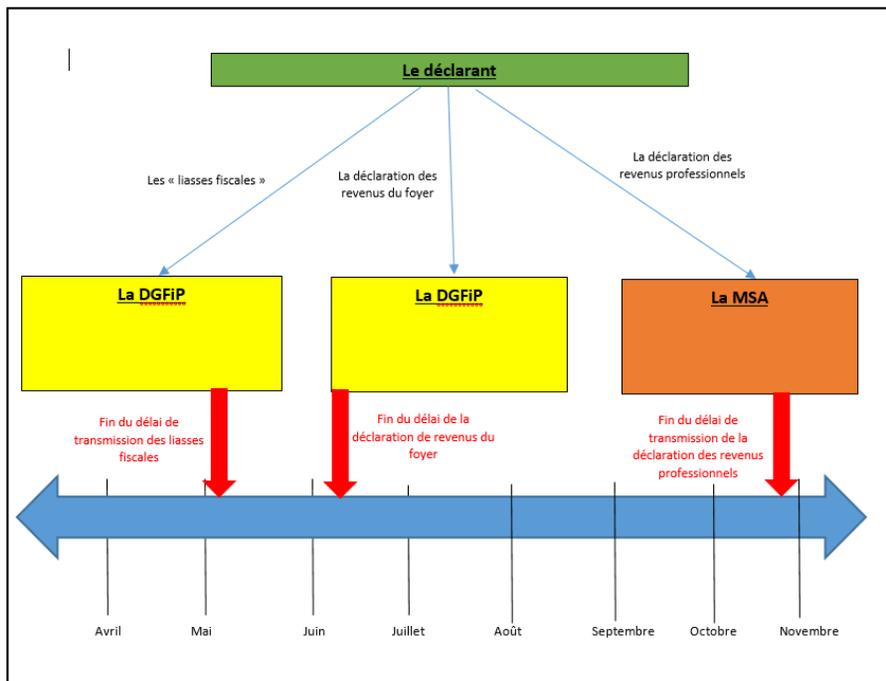
Le recouvrement par le biais de ce réseau représentait, en 2019, 32,6 milliards d'euros de cotisations, pour un versement de prestations à 5,6 millions de bénéficiaires. 47 % (14,8 milliards d'euros) de ses recettes sont issues des cotisations des salariés agricoles, contre 53 % (17,8 milliards d'euros) qui sont assises sur les revenus des non-salariés agricoles.

En plus de ses trente-cinq caisses, la MSA dispose de 259 agences ouvertes quelques jours par semaine et de 353 permanences ouvertes quelques heures. Elle a contractualisé avec 796 maisons de services au public (MSAP). Le réseau comporte ainsi plus de 1 000 administrateurs, plus de 15 000 délégués cantonaux élus, et quelques 16 000 salariés, dont 1 500 travailleurs sociaux, 350 médecins et 280 conseillers en prévention.

Or, l'assiette des revenus professionnels permettant de calculer le montant des cotisations, telle que déterminée par l'article L. 731-14 du code rural et de la pêche maritime, comprend un ensemble de revenus soumis à l'IR, ainsi que, sous certaines conditions, les revenus de capitaux mobiliers. Cette assiette, qui peut par ailleurs faire l'objet d'un abattement, fonction du revenu cadastral, peut être retraitée d'un certain nombre de dispositifs, tels que les aides destinées aux jeunes agriculteurs.

L'ensemble des revenus professionnels sont toutefois établis et pris en compte selon les mêmes modalités retenues pour les revenus retenus pour le calcul de l'IR, créant de ce fait, selon les termes de l'étude d'impact, un « *principe d'identité entre l'assiette fiscale et l'assiette sociale* ». En vertu de cette identité, les données déclarées sont en grande partie redondantes entre les déclarations sociale et fiscale. De nombreuses données figurant dans les déclarations 2042 et 2042 CPRO sont ainsi redemandées aux exploitants agricoles lors de la déclaration de leurs revenus professionnels à la MSA, notamment s'agissant des revenus imposés selon un régime de micro-bénéfices. Sont également concernés les bénéfices industriels et commerciaux (BIC), les bénéfices non commerciaux (BNC), les bénéfices agricoles (BA) ainsi que les revenus déclarés dans la déclaration sur le revenu 2042 des agents généraux d'assurances ou des associés ou dirigeants issus de l'article 62 du code général des impôts (CGI).

Le schéma déclaratif est donc le suivant :



Source : commission des affaires sociales.

II. UNE SIMPLIFICATION DES DÉMARCHES DÉCLARATIVES DANS LES SPHÈRES SOCIALE ET FISCALE

A. LA DIMINUTION DU NOMBRE D'OBLIGATIONS DÉCLARATIVES : LE « TROIS EN UN »

1. La déclaration de l'impôt sur le revenu devient la voie unique de déclaration des obligations sociale et fiscale

En lieu et place des déclarations décrites précédemment, le **A du I** du présent article propose de réduire l'obligation de déclaration par voie dématérialisée à la seule souscription à l'impôt sur le revenu, mentionné à l'article 170 du code général des impôts. Les chefs d'exploitation et d'entreprise agricoles, ainsi que les « cotisants de solidarité », voient donc leurs contraintes réduites d'autant.

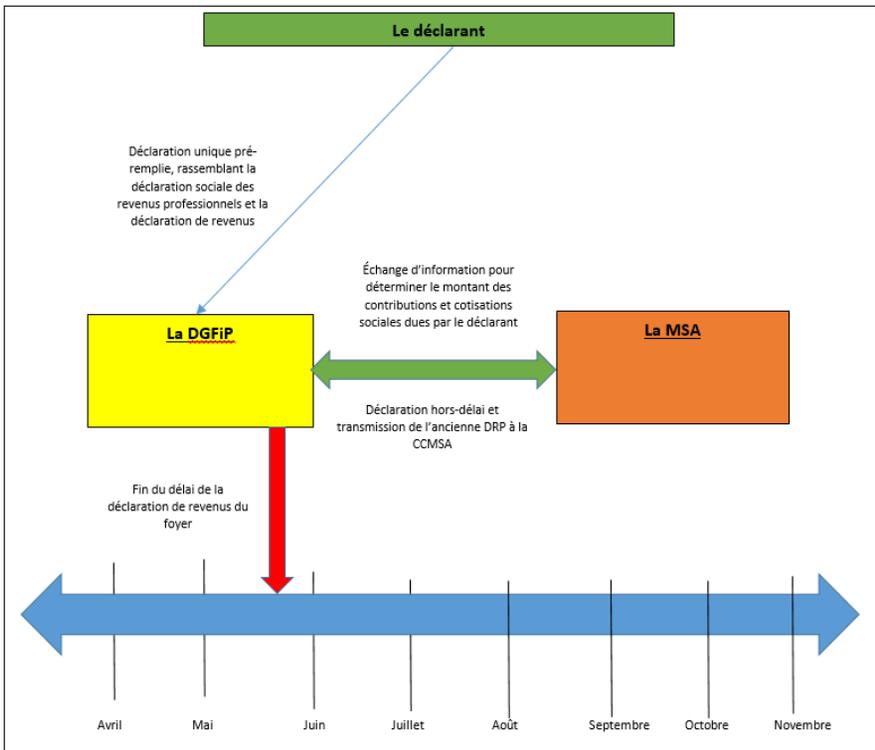
Les seules exceptions à cette transmission unique relèvent, ainsi que le prévoit le même **A du I**, des manquements à l'obligation de bonne transmission des déclarations. Ainsi, les déclarations fiscales « papier » ou celles qui n'auront pas été transmises dans les temps à l'administration fiscale, ne lui permettant pas de transmettre en temps voulu les informations pertinentes à la MSA, ne délivreront

pas les déclarants de l'obligation de transmettre une DRP à leur caisse de MSA, sans quoi leur assiette sociale ne pourrait être calculée.

Cette simplification suppose toutefois une meilleure coordination des acteurs du recouvrement, à la fois du côté des cotisations et contributions sociales et du côté de l'impôt sur le revenu. Il revient en effet, en application du même **A** du **I**, aux caisses du réseau de la MSA de demander à l'administration fiscale, à leur propre initiative ou à celle du déclarant, les informations nécessaires pour calculer le montant des contributions et cotisations dues.

Le même **A** du **I** prévoit en outre une utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification (NIR) comparable à celle qui en sera faite par les URSSAF à compter de 2021 lors de la fusion des déclarations sociales et fiscales des travailleurs indépendants non agricoles. Cette utilisation s'inscrit en effet dans le champ des « échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale », tels que mentionnés par le décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 relatif à la mise en œuvre de traitements comportant l'usage du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ou nécessitant la consultation de ce répertoire. Il est prévu qu'un décret en Conseil d'État précise les modalités de recours au NIR pour l'identification des déclarants.

Le schéma déclaratif serait donc le suivant :



2. La déclaration dématérialisée

L'obligation de procéder au versement des contributions et cotisations sociales par la voie dématérialisée est rappelée au **A** du **I**, qui déplace cette disposition dans un nouveau **II** à l'article L. 731-13-2 du code rural et de la pêche maritime, tout comme le régime de sanction – une majoration dans la limite de 0,2 % des sommes déclarées par un autre biais – est désormais inscrit au **III** de l'article. Ce régime de sanction est également étendu, par le **III**, aux obligations déclaratives des travailleurs indépendants.

À ce titre, le rapporteur général estime que le maintien de « zones blanches » ne doit pas être négligé dans l'appréciation des conditions dans lesquelles les exploitants agricoles, comme les travailleurs indépendants, peuvent être amenés à remplir leurs obligations déclaratives. En 2019, le taux de déclarations transmises par voie dématérialisée s'élevait, selon la CCMSA, à 86,5 %. Il appelle donc les caisses du régime agricole à poursuivre la dispense à laquelle elle se tient pour les déclarations des assurés situés dans ces zones, ne disposant pas de l'équipement nécessaire ou dont l'inscription aux services dématérialisés de la MSA a échoué.

Le **B** du **I** prévoit enfin une application des dispositions de l'article aux déclarations envoyées en 2022 à raison des revenus recueillis en 2021. Cette période doit notamment permettre une adaptation des déclarants aux nouvelles modalités de recueil de leurs informations.

B. UNE ADAPTATION DU CALENDRIER APPLIQUÉ À SAINT-BARTHÉLEMY

L'article comporte enfin des dispositions d'adaptation du droit au territoire de Saint-Barthélemy.

S'agissant du dispositif de simplification des obligations déclaratives pour les travailleurs indépendants non agricoles tel qu'il était prévu dans le cadre de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019, le **A** du **II** procède à un décalage du calendrier. Le maintien des articles L. 613-2 et L. 613-5 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la loi pour les déclarations antérieures à l'exercice 2022 entraîne la nécessité pour ces derniers de déclarer leurs revenus par le biais de la déclaration sociale des indépendants (DSI).

Cette dernière, dont le caractère obligatoire était prévu à l'article L. 613-5, a été supprimée au profit d'une transmission par le seul biais de la déclaration des revenus.

L'unification des déclarations sociale et fiscale applicable aux travailleurs indépendants doit donc s'appliquer aux déclarations effectuées en 2022, dès lors que celles-ci sont gérées par la caisse de la MSA de Saint-Barthélemy.

Enfin, le **B** du **II** prend acte de la compétence de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) sur les travailleurs indépendants, en raison de la

suppression du Régime social des indépendants (RSI) par la LFSS 2018. Cette mesure de coordination n'emporte aucune conséquence sur le champ de compétence de la MSA de Saint-Barthélemy, autant pour les travailleurs du régime agricole que pour les travailleurs indépendants.

*

* *

CHAPITRE III
Créer la nouvelle branche autonomie

Article 16
Gouvernance de la nouvelle branche de sécurité sociale pour le soutien à l'autonomie

Adopté par la commission avec modifications

L'article 16 tire les conséquences de la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, qui transforme la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en caisse de sécurité sociale en charge de la cinquième branche.

L'article procède tout d'abord à une simplification des missions et de l'architecture budgétaire de la CNSA au niveau législatif, en s'inspirant du cadre juridique des autres caisses de sécurité sociale. Il transpose des dispositions communes aux différentes branches de la sécurité sociale, notamment en confiant la gestion de la trésorerie de la CNSA à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Il permet de consolider la branche autonomie en la dotant de ressources propres et en prévoyant le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) en vue d'améliorer son articulation avec la prestation de compensation du handicap (PCH) enfant. Enfin, il habilite le Gouvernement à prendre par ordonnance toute mesure du domaine de la loi afin de codifier, à droit constant, les dispositions relatives à la CNSA dans le code de la sécurité sociale et à procéder à l'ensemble des coordinations nécessaires avec le code de l'action sociale et des familles ainsi que toutes autres dispositions législatives.

La loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche au sein du régime général de la sécurité sociale dédiée au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées ainsi que de leurs proches aidants. Cette réforme vise notamment à assurer une meilleure équité territoriale dans l'accès aux droits des personnes âgées et des personnes handicapées et à améliorer l'accompagnement de ces publics.

Si la gestion de la cinquième branche a été confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), il convient désormais d'adapter en conséquence d'autres dispositions législatives relatives à la CNSA touchant à ses missions, son architecture financière, sa gouvernance ou encore son périmètre.

Le présent article prévoit de procéder aux modifications essentielles, qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2021, sans pour autant épuiser l'ensemble du travail de réécriture du cadre législatif qu'implique l'entrée de la CNSA dans le champ de la sécurité sociale, qui est renvoyé à une ordonnance.

I. UNE SIMPLIFICATION DU CADRE LÉGISLATIF DE LA BRANCHE AUTONOMIE

A. LA REDÉFINITION DES MISSIONS DE LA CNSA

Les missions de la CNSA sont actuellement définies de manière très détaillée et limitative à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette situation est notamment le résultat d'une stratification de dispositions législatives depuis la création de la CNSA en 2004.

Le présent article s'inscrit en phase avec le rapport de M. Laurent Vachey ⁽¹⁾, qui recommande entre autres de recentrer la CNSA sur un nombre limité de missions stratégiques.

Le 1^o du I prévoit de substituer à la rédaction actuelle de cet article, particulièrement longue – dix-sept missions sont énumérées –, une nouvelle rédaction, plus synthétique et inspirée de la présentation des missions des autres caisses de sécurité sociale. Celle-ci est articulée autour de six axes :

- Veiller à l'équilibre financier de la branche. Elle devra établir les comptes de la branche autonomie et sera chargée de la gestion du risque.

- Piloter et assurer l'animation et la coordination des acteurs participant à la mise en œuvre des politiques de soutien à l'autonomie afin de garantir l'équité et l'efficacité de l'accompagnement des personnes concernées. Dans cette perspective, la CNSA assurera la collecte et la valorisation des données relatives aux besoins et à l'offre de services et de prestations, concevra et mettra en place des systèmes d'information pouvant comporter l'hébergement de données de santé, en lien avec l'Agence du numérique en santé (ANS). Enfin, elle pourra apporter son expertise technique tout en veillant au développement de la formation auprès des professionnels de l'aide à l'autonomie.

- Concourir au financement de la prévention de la perte d'autonomie, des établissements et services sociaux et médico-sociaux, des prestations individuelles d'aide à l'autonomie et des dispositifs mis en place aux niveaux national ou local en faveur de l'autonomie et des proches aidants, ainsi qu'au financement de l'investissement dans le champ du soutien à l'autonomie. À ce titre, la CNSA pourra confier la réalisation d'opérations aux organismes des régimes obligatoires de sécurité sociale dans le cadre de conventions.

- Contribuer à l'information des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Cette mission, qui s'est matérialisée ces dernières années par la mise à disposition sur internet de nombreuses informations concernant les personnes âgées ou les personnes handicapées, sera déclinée notamment par la mise en place de services numériques en vue de faciliter leurs démarches administratives, parfois assimilées à un « parcours du combattant », et

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

le suivi personnalisé de leur parcours ⁽¹⁾. Elle permettra surtout de faciliter l'accès des publics visés à leurs droits et de lutter contre le non recours aux droits.

- Participer à la recherche et à l'innovation dans le champ du soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.

- Prendre part à la réflexion prospective sur les politiques de l'autonomie et de proposer toute mesure visant à améliorer la couverture du risque.

La rapporteure de la branche autonomie relève que si la nature des missions de la CNSA n'est pas modifiée en substance, à l'exception notable de la première qui consistera à veiller à l'équilibre financier de la branche, cette nouvelle rédaction permet de mettre en valeur ses principales missions. Certaines d'entre elles, comme le pilotage des politiques d'autonomie, sont amenées à se renforcer grâce à une meilleure collecte de données des besoins sur l'ensemble du territoire et à l'allocation de ressources supplémentaires. La prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de la CNSA, qui doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier prochain, devra néanmoins prévoir de relever le plafond d'emplois de la Caisse, qui est actuellement de 117 équivalents temps plein (ETP), afin de permettre à la CNSA de disposer de ressources suffisantes pour répondre aux besoins liés à la mise en place de la nouvelle branche.

B. L'ASSOUPLISSEMENT DU BUDGET DE LA CNSA

L'architecture budgétaire de la CNSA présente des rigidités qu'il convient de supprimer pour faciliter la gestion du cinquième risque.

- Le budget de la CNSA est actuellement organisé en sept sections et sous-sections. La principale section du budget de la CNSA est de très loin la section I, qui est consacrée au financement des établissements et services médico-sociaux (ESMS). Elle représente en 2020 près de 85 % du budget total de la CNSA. Celle-ci est composée de deux sous-sections relatives aux ESMS pour personnes âgées et aux ESMS pour personnes handicapées. Cette section est en grande partie financée par l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social.

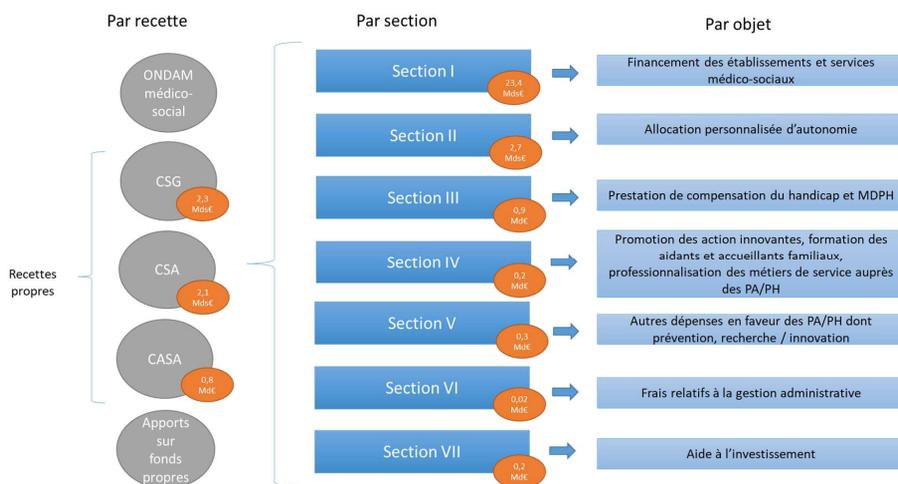
Les autres sections du budget de la CNSA permettent de financer notamment les concours de la CNSA aux conseils départementaux pour l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), des dépenses d'investissement, la promotion d'actions innovantes ou encore les frais de gestion administrative. Elles représentent en 2020 environ 15 % du budget de la CNSA et sont financées par les recettes propres affectées à la CNSA mentionnées à l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, c'est-à-dire la contribution de solidarité pour

(1) La CNSA a notamment élaboré un portail d'information national pour les personnes âgées et leurs proches : www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

l'autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et une fraction de la contribution sociale généralisée (CSG) affectée.

• L'architecture actuelle est toutefois particulièrement rigide. En effet, chaque fraction de recette est affectée à une section du budget, conformément à l'article L. 14-10-5. Chacune d'entre elles est encadrée par un plancher et un plafond, limitant *de facto* les marges de manœuvre du conseil de la CNSA dans la gestion de son budget.

AFFECTATION ACTUELLE DES RECETTES AUX DIFFÉRENTES SECTIONS DU BUDGET DE LA CNSA



Source CNSA. Données du budget initial 2020

Source : étude d'impact, CNSA.

M. Laurent Vachey recommande ainsi de s'inspirer du schéma retenu pour les autres branches de la sécurité sociale, de supprimer les recettes affectées et de retenir un nombre limité de fonds dédiés à des types de dépenses.

• Le 5° du I du présent article prévoit ainsi de réécrire entièrement l'article L. 14-10-5 et, en conséquence, de supprimer les sections et sous-sections du budget de la CNSA. Désormais, les ressources de la CNSA ne seraient plus fléchées vers des dépenses spécifiques (principe de non-affectation). Le budget de la CNSA serait structuré autour de cinq enveloppes principales :

– le financement du fonctionnement des établissements ou services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) : cette enveloppe serait constituée de deux sous-enveloppes – personnes âgées et personnes handicapées – qui correspondraient à l'objectif global de dépenses médico-social ;

– le financement des concours versés aux conseils départementaux au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), de la prestation de compensation du

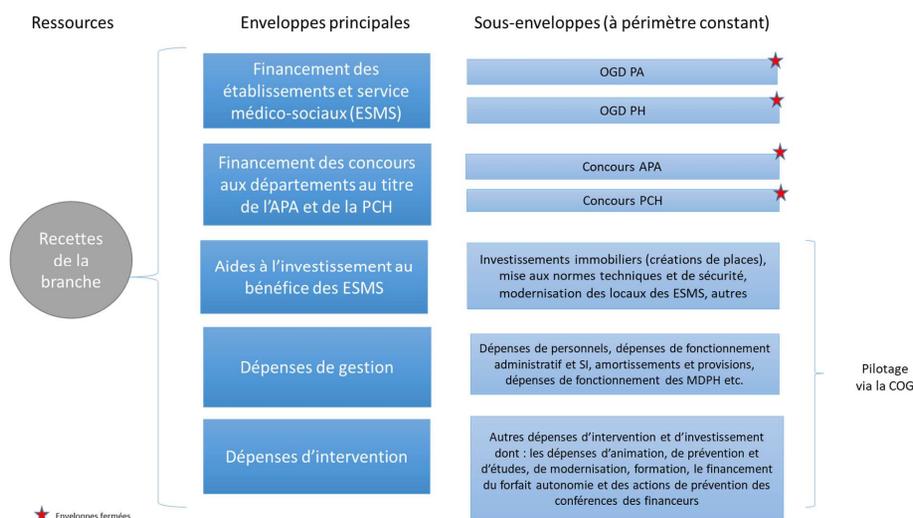
handicap (PCH), des coûts d’installation ou du fonctionnement des MDPH et du coût des actions de prévention prévues aux 1°, 2°, 4° 5° et 6° de l’article L. 233-1 ⁽¹⁾ ;

– le financement des aides à l’investissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux et de l’habitat inclusif : immobilier, mise aux normes techniques, etc. ;

– la gestion : dépenses de personnel, de systèmes d’information, de fonctionnement des MDPH, etc. ;

– les dépenses d’intervention en faveur des personnes âgées, des personnes handicapées et des proches aidants : actions de prévention, d’études, de modernisation, de formation, etc.

LA NOUVELLE STRUCTURE BUDGÉTAIRE DE LA CNSA



Source : étude d’impact, CNSA.

Le montant des deux premières enveloppes sera plafonné dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale tandis que les dépenses des trois autres enveloppes feraient *a priori* l’objet d’une régulation au niveau de la COG de la CNSA.

(1) Il s’agit notamment du financement de l’amélioration de l’accès aux équipements et aux aides techniques individuelles, du forfait autonomie, de la coordination et de l’appui des actions de prévention mises en œuvre par les services polyvalents d’aide et de soins à domicile et du soutien aux actions d’accompagnement des proches aidants.

Le conseil de la CNSA

La CNSA est pilotée par un conseil composé de cinquante-deux membres dont des représentants de l'État, des assurés sociaux et des employeurs, des conseils départementaux, d'institutions compétentes, d'associations représentantes des personnes âgées ou en situation de handicap et de deux parlementaires, un député et un sénateur. L'État y détient dix sièges sur cinquante-deux au sein du conseil de la CNSA et de quarante et une voix, soit 45 % des suffrages.

● Le 6° du I du présent article prévoit un nouvel article L. 14-10-5-1 encadrant le montant des concours APA/PCH versés aux conseils départementaux. Le montant du concours APA, qui est divisé en deux parts, est plafonné à hauteur de 7,40 % de la CSA et de la CASA. Le montant de la seconde part du concours APA, qui est répartie annuellement entre les départements en fonction de l'estimation de leurs charges nouvelles, est limité à 61,4 % du produit de la CASA. Le montant du concours PCH est quant à lui plafonné à hauteur de 1,91 % de la CSA et de la CASA.

● Le présent article prévoit de nombreuses mesures de coordination et de clarification en lien avec les modifications apportées à l'architecture financière de la CNSA. Elles portent sur :

– le concours APA, à l'article L. 14-10-6 du code de l'action sociale et des familles (7° du I) ;

– le concours PCH, à l'article L. 14-10-7 du code de l'action sociale et des familles (*a*, *b* et *c* du 8° du I) ;

– le concours relatif au financement des coûts d'installation ou du fonctionnement des MDPH, dont les règles de répartition sont désormais détaillées par le nouvel article L. 14-10-7-0 (*d* du 8°, 9° et 10° du I) ;

– les dispositions concernant les concours pour les actions de prévention, figurant aux articles L. 14-10-7-3 (11° du I) et L. 14-10-10 (12° du I) ;

– l'utilisation des crédits non consommés de la CNSA, à l'article L. 14-10-8 (12° du I), et l'affectation des crédits reportés, à l'article L. 14-10-9 (12° du I) ;

– l'objectif de dépenses fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, des affaires sociales et du budget, à l'article L. 314-3 (13° du I) ;

– le financement de l'allocation journalière du proche aidant prévu par l'article L. 168-11 du code de la sécurité sociale (4° du II).

II. LA TRANSPOSITION À LA BRANCHE AUTONOMIE DE DISPOSITIONS COMMUNES AUX CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE

A. LE PATRIMOINE COMMUN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le présent article adapte diverses dispositions du code de l'action sociale et des familles et du code de la sécurité sociale en vue d'étendre à la CNSA le patrimoine commun de la sécurité sociale. Ainsi que le souligne le rapport Vachey, le nouveau statut de la CNSA, transformée en caisse nationale de sécurité sociale, fait qu'un « *certain nombre de dispositions générales du code de la sécurité sociale devraient s'appliquer automatiquement, créant un conflit potentiel de normes à régler avec les articles précités du CASF* »⁽¹⁾.

• Sont notamment rendues applicables à la CNSA les dispositions communes aux caisses nationales du régime général relatives :

– à la conclusion de conventions d'objectifs de gestion (COG) avec l'État, conformément au 7° du **II**, qui complète l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale. Il convient de relever que la CNSA était déjà signataire d'une COG (2016-2019), conformément au **II** de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles, qui a été prolongée pour l'année 2020. Toutefois, son conseil déterminera les orientations des COG, et non plus simplement leur mise en œuvre, selon le **III** de l'article L. 14-10-3 (**a** du 3° du **I**). La nouvelle COG, qui entrera en vigueur en 2021, devra intégrer des objectifs d'amélioration de la coordination des acteurs en faveur de l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (2° *bis* de l'article L. 227-1 précité) et prévoir un relèvement du plafond d'emplois de la CNSA, actuellement limité à 117 équivalents temps plein (ETP), afin que celle-ci puisse assumer pleinement ses missions de caisse nationale de sécurité sociale. De manière plus transversale, il est également prévu de prendre en compte le soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées dans la détermination des objectifs et des moyens financiers précisés dans les COG de l'ensemble des caisses nationales de sécurité sociale. Enfin, la modification opérée par le 8° du **II** à l'article L. 227-3 permet de préciser que la CNSA sera la seule caisse nationale de sécurité sociale à ne pas avoir à conclure de contrats pluriannuels de gestion avec des organismes régionaux ou locaux dans la mesure où elle ne disposera pas d'un réseau territorial propre ;

– la saisine de son conseil sur tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétences, notamment les projets de loi de financement de la sécurité sociale, conformément au 5° du **II**, qui modifie l'article L. 200-3. En outre, le conseil pourra être saisi par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes handicapées et des personnes âgées de toute question relative à la politique de soutien à l'autonomie selon le 4° du **III** de l'article L. 14-10-3 du code de l'action sociale et des familles (**b** du 3° du **I**) ;

(1) Laurent Vachey, La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, septembre 2020, p. 41.

- Le présent article prévoit des mesures de coordination s’agissant :

– du contrôle du Parlement sur la CNSA, à l’article L. 14-10-2 du code de l’action sociale et des familles (2° du I), ou de l’information du Parlement par la CNSA qui ne sera plus assurée par la remise d’un rapport annuel, tel que prévu par le IV de l’article L. 14-10-3, qui est supprimé (d du 3° du I), mais plutôt par le rapport de la Cour des comptes relatif à la certification des comptes des organismes de sécurité sociale ainsi que par la nouvelle annexe 10 du PLFSS, qui détaille les dépenses en faveur du soutien à l’autonomie ;

– de règles budgétaires et comptables, que cela concerne le vote par le conseil de la CNSA des budgets nationaux de gestion et d’intervention (b du 3° du I), à l’article L. 14-10-3 précité, ou l’application d’un plan comptable, à l’article L. 114-5 du code de la sécurité sociale (1° du II) ;

– de la certification des comptes, à l’article L. 114-8 (2° du II) : dès l’exercice 2021, les comptes de la CNSA seront certifiés par la Cour des comptes à l’instar des comptes des autres caisses de sécurité sociale en application de l’article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières.

● Toutefois, cet article ne fait que procéder aux modifications les plus importantes, sans épuiser l’effort d’adaptation du cadre législatif. Aussi le III de l’article prévoit que le Gouvernement peut prendre, par voie d’ordonnance, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi afin de codifier, à droit constant, les dispositions relatives à la CNSA dans le code de la sécurité sociale et de procéder à l’ensemble des coordinations nécessaires avec le code de l’action sociale et des familles ainsi que toutes autres dispositions législatives. Le projet de loi de ratification devra être déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de l’ordonnance.

B. LA GESTION DE LA TRÉSORERIE DE LA CNSA PAR L’ACOSS

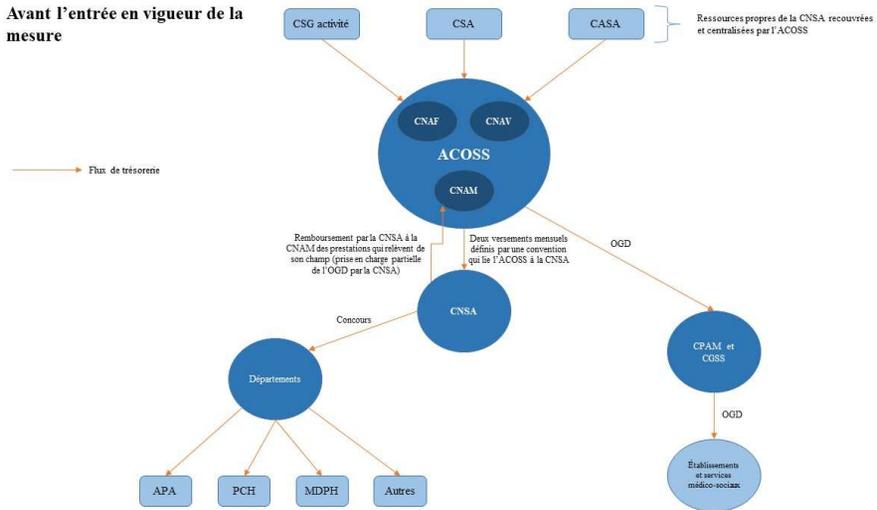
Le nouveau statut de la CNSA, devenue caisse nationale du régime général de sécurité sociale, implique également de reconsidérer le cadre dans lequel s’inscrivent les relations financières de la CNSA avec les autres organismes intervenant dans le champ de l’autonomie.

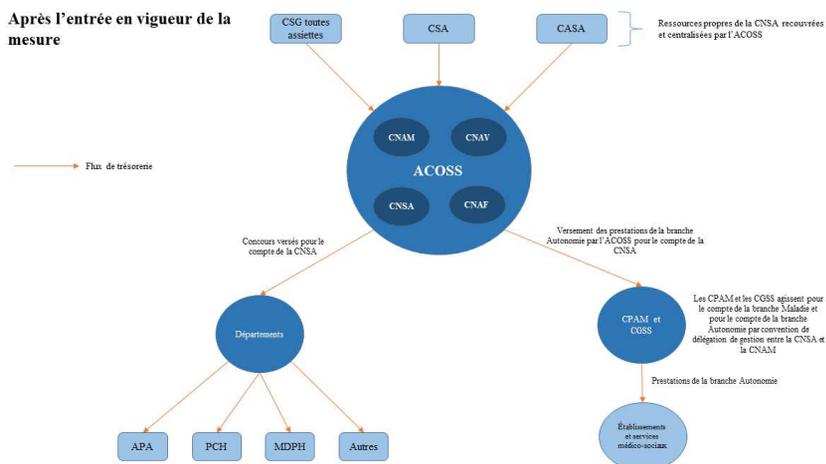
● Actuellement, la CNSA et l’ACOSS, qui est chargée de la gestion de la trésorerie des branches maladie, famille, accidents du travail maladies professionnelles (AT-MP) et vieillesse du régime général, gèrent leur trésorerie de façon indépendante. Toutefois, il existe entre elles des flux de trésorerie croisés. Ainsi, l’ACOSS recouvre, centralise et reverse à la CNSA ses ressources propres que sont la contribution de solidarité pour l’autonomie (CSA), la contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie (CASA) ainsi qu’une fraction de la CSG, pour un montant annuel de 5,2 milliards d’euros en 2020. La CNSA verse quant à elle à la CNAM – à l’ACOSS dans les faits, puisque celle-ci gère la

trésorerie de la CNAM – les sommes correspondant à la prise en charge de prestations dans les établissements et services médico-sociaux par la CNSA, ce qui représente 1,7 milliard d’euros en 2020, tandis que les régimes d’assurance maladie versent une contribution à la CNSA au titre de l’ONDAM médico-social.

● L’intégration de la CNSA dans le champ de la sécurité sociale conduit à confier la gestion de sa trésorerie à l’ACOSS. Le 6° du II du présent article modifie l’article L. 225-1 du code de la sécurité sociale à cette fin. Selon l’étude d’impact, cette évolution est indispensable pour sécuriser la trésorerie globale de la sécurité sociale. Elle permettra de supprimer les flux croisés précités comme le montrent les deux schémas ci-dessous.

LA SIMPLIFICATION DES FLUX DE TRÉSORERIE DE LA CINQUIÈME BRANCHE





Source : étude d'impact.

Le financement de la cinquième branche serait sécurisé et même optimisé grâce au dispositif de ressources non permanentes de l'ACOSS. En cas de besoins ponctuels importants, la CNSA pourra utiliser ses réserves comme c'est le cas aujourd'hui, mais aussi s'endetter en empruntant à court terme sur les marchés financiers en bénéficiant de la qualité de signature de l'ACOSS : celle-ci emprunte à taux négatifs depuis 2015.

III. LA CONSOLIDATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE

A. L'EXTENSION DES RESSOURCES PROPRES DE LA CNSA

- La CNSA est actuellement financée par des recettes propres que sont la CSA, la CASA et une fraction de la CSG. Toutefois, la majeure partie de ses recettes est constituée de la contribution de l'assurance maladie au titre des dépenses relevant du sous-ONDAM médico-social.

- Le 4° du I modifie l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, qui énumère les produits affectés à la CNSA. La création de la cinquième branche conduit à renforcer les ressources propres de la CNSA en remplaçant l'actuelle contribution de l'assurance maladie au titre des dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux par l'affectation d'une fraction nettement plus importante de CSG, reposant sur plusieurs assiettes – CSG sur les revenus d'activité, de remplacement et du capital (hors CSG sur les gains des jeux).

Aux termes de la nouvelle version de l'article L. 14-10-4, les ressources de la CNSA seront désormais constituées :

– de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) et de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) : le présent article transfère respectivement aux articles L. 137-40 et L. 137-41 du code de la sécurité sociale (**3° du II**) les dispositions relatives à ces deux contributions avec quelques ajustements rédactionnels s'agissant de la CASA ;

– d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) dans les conditions fixées à l'article L. 131-8, lui-même modifié par l'article 18 du présent projet de loi ⁽¹⁾. Ce dernier prévoit le transfert en 2021 à la CNSA d'une partie des recettes de CSG perçues par l'assurance maladie et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en remplacement de la contribution des régimes d'assurance maladie au titre de l'ONDAM médico-social, à hauteur de 22,8 milliards d'euros pour 2021 ;

– de produits divers, dons et legs ;

– de toute autre contribution prévue par la loi ;

– le cas échéant, d'une contribution des autres branches de la sécurité sociale pour couvrir ses dépenses.

RECETTES PRÉVISIONNELLES DE LA CNSA

(en milliards d'euros)

Recettes	2020		2021	
	Montants	Parts	Montants	Parts
CSA	1,9	6,8 %	2	6,4 %
CASA	0,8	3,4 %	0,8	2,6 %
CSG (Total)	2,0	7,2 %	28	89,7 %
<i>CSG activité</i>	2,0	7,2 %	18,9	60,6 %
<i>CSG revenus remplacement</i>			6,5	20,8 %
<i>CSG capital</i>			2,6	8,3 %
Dotation Ségur investissement	0	–	0,4	1,3 %
Contribution de l'assurance maladie	23,1	83,1 %	0	–
TOTAL	27,8	100 %	31,2	100 %

Source : commission des affaires sociales, d'après le rapport à la Commission des comptes de septembre 2020 (tome I) et l'annexe 4 du PLFSS 2021.

(1) Pour plus de détails, on pourra se référer utilement au commentaire de cet article.

B. LE TRANSFERT DE L'ALLOCATION D'ÉDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPÉ (AEEH)

● Ainsi que le souligne M. Vachey, « *le périmètre de la branche autonomie ne peut pas se limiter à celui de l'actuelle CNSA. Non seulement parce que le sens de la création d'une 5^{ème} branche n'apparaîtrait plus, mais surtout parce que la dispersion actuelle nécessite cet effort de recombinaison : pour rendre l'ensemble plus lisible et plus simple pour les personnes ayant besoin d'un soutien, pour assurer plus d'équité dans l'accès aux droits, pour permettre un débat mieux éclairé sur l'efficiency de l'effort public.* » ⁽¹⁾

M. Vachey propose ainsi de faire évoluer le périmètre de la nouvelle branche, à partir du budget de l'actuelle CNSA, en organisant des transferts de prestations dont la finalité relève de la compensation de la perte d'autonomie : l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (1 milliard d'euros), la composante « aide humaine » de l'invalidité (300 millions d'euros), l'allocation supplémentaire d'invalidité (260 millions d'euros), le financement des unités de soins de longue durée (1 milliard d'euros), l'allocation aux adultes handicapés (10,6 milliards d'euros) et l'aide au poste des travailleurs en établissement et service d'aide par le travail (1,3 milliard d'euros).

● Le 9^o du III engage ce processus en insérant un nouvel article L. 541-4 du code de l'action sociale et des familles afin de transférer l'AEEH et ses compléments à la cinquième branche. Ils continueraient à être servis par les organismes débiteurs des prestations familiales, mais pour le compte de la CNSA désormais.

Le transfert de l'AEEH à la branche autonomie est justifié par le Gouvernement par la nécessité de mieux articuler la prestation de compensation du handicap (PCH) d'une part et, d'autre part, l'AEEH et ses compléments, qui sont attribués si le handicap entraîne des coûts de prise en charge élevés.

Actuellement, les familles dont l'enfant est éligible pour le complément d'AEEH et la PCH disposent d'un droit d'option entre les deux allocations. Or, ce droit d'option soulève plusieurs problèmes dans l'articulation des deux prestations, mises en lumière notamment par le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) intitulé « Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants » ⁽²⁾ (voir encadré). Selon l'étude d'impact, l'intégration dans la branche autonomie doit permettre d'engager un travail entre la CNSA et les départements pour mieux articuler les prestations.

La rapporteure de la branche autonomie tient à préciser que ce transfert, qui suscite des craintes parmi les associations représentantes des personnes en situation de handicap, n'a pas vocation à réduire les droits des familles des enfants en

(1) Laurent Vachey, La branche autonomie : périmètre, gouvernance et financement, septembre 2020, p. 4.

(2) Inspection générale des affaires sociales (IGAS), Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants, 2019.

situation de handicap, mais bien à simplifier le dispositif actuel qui est particulièrement complexe.

● En outre, le financement de l'extension de la PCH aux besoins attachés à la parentalité, qui entrera en vigueur en 2021, sera assuré par la CNSA à partir de 2022. Cette extension de la PCH a pour objectif d'aider et d'accompagner les personnes en situation de handicap à devenir parent ou à être un parent. Pour supporter cette dépense nouvelle à compter de 2022, elle bénéficiera d'un transfert de recettes depuis la branche famille.

L'articulation complexe de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) enfant

L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est une prestation versée par les caisses d'allocations familiales (CAF), composée d'une allocation de base qui peut être majorée d'un complément. Ces compléments sont gradués en fonction de la situation du handicap (du niveau 1 pour un montant mensuel de 99,16 euros au niveau 6 pour un montant mensuel de 1 121,92 euros). Le niveau de complément est déterminé par la MDPH à la suite d'une évaluation du handicap prenant en compte les besoins en nature des familles confrontées au handicap.

Versée par les départements, la prestation de compensation du handicap (PCH) peut quant à elle être attribuée aux familles ayant un enfant en situation de handicap, dès lors que la MDPH considère que l'enfant présente une difficulté absolue pour la réalisation d'une activité ou une difficulté grave pour la réalisation de deux activités. L'obtention de la PCH enfant est également conditionnée à l'attribution préalable de l'AEEH et le droit à l'ouverture d'un complément d'AEEH. La PCH permet de couvrir les aides humaines et les aidants familiaux, les aides techniques, l'aménagement du logement ou du véhicule, les charges spécifiques liées au handicap ainsi que les aides animalières.

Dans un rapport de 2019 intitulé « Améliorer et simplifier la compensation du handicap pour les enfants », l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a mis en avant la complexité du dispositif actuel liée à la coexistence de l'AEEH et de la PCH enfant.

En effet, bien qu'elles poursuivent une finalité similaire, l'AEEH et la PCH répondent à des conditions d'accès différentes. Pour ouvrir droit au complément d'AEEH, le taux d'incapacité de l'enfant doit être de 80 % ou d'au moins 50 % en cas de besoin d'une prise en charge particulière. De plus, le besoin d'aide de l'enfant doit avoir des répercussions sur l'activité professionnelle d'un des parents ou entraîner l'intervention d'une personne extérieure salariée, et/ou entraîner d'autres frais liés au handicap.

L'ouverture du droit à la PCH enfant suppose de bénéficier d'un complément d'AEEH. Elle nécessite de présenter une difficulté absolue pour exécuter une activité ou une difficulté grave pour la réalisation d'au moins deux activités fixées dans une liste énoncée par la réglementation.

Enfin, le droit d'option entre AEEH et PCH enfant est particulièrement complexe et conduit généralement les familles à choisir le complément de l'AEEH.

Source : réponse écrite de la direction de la sécurité sociale.

*

* *

CHAPITRE IV

Assurer la soutenabilité des dépenses de médicaments

Article 17

Mécanisme de sauvegarde sur les produits de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 17 arrête, comme chaque année, les montants M pour le médicament et Z pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus au-delà desquels les entreprises sont assujetties à une contribution pour l'année 2021 au titre du mécanisme de sauvegarde.

Il modifie par ailleurs les modalités de l'exonération de la contribution due au titre du mécanisme de sauvegarde sur les médicaments pour les entreprises ayant conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé et qui signent avec le comité un accord prévoyant le versement de tout ou partie de la contribution sous forme de remise.

Enfin, il assure des coordinations rendues nécessaires par la réforme du système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) ou des recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

I. LES MÉCANISMES DE SAUVEGARDE, OUTILS DE RÉGULATION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE CONFRONTÉS À DE NOUVEAUX ENJEUX

A. LES MÉCANISMES DE SAUVEGARDE, OUTILS DE RÉGULATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Institués par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 1999 ⁽¹⁾, les mécanismes de sauvegarde ont été mis en place pour compléter les outils de régulation des dépenses de santé. Ces mécanismes constituent des prélèvements éventuels sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques.

1. Des dépenses de santé régulées par voie dite « conventionnelle »

Les dépenses de médicament constituent une part très importante des dépenses publiques de santé. En 2019, les médicaments en ambulatoire ont représenté 15,7 % de la consommation de soins et biens médicaux, consommation financée à 74,3 % par la sécurité sociale *via* leur remboursement par l'assurance maladie ⁽²⁾.

Dès lors, la maîtrise des dépenses de médicament par la consommation et par les prix revêt une grande importance, notamment afin d'assurer le respect de

(1) Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

(2) DREES, Les dépenses de santé en 2019, édition 2020, disponible ici : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns2020.pdf>

l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ainsi, les pouvoirs publics ont mobilisé différents outils de régulation financiers et non financiers (campagnes dirigées vers les prescripteurs, déremboursements, communication vers le public...).

Le Comité économique des produits de santé (CEPS), instance interministérielle, occupe un rôle central dans la fixation et la régulation des prix de santé remboursés par l'assurance maladie, qu'il s'agisse des médicaments comme des dispositifs médicaux, et contribue activement au contrôle de la dépense.

Les prix ou les tarifs des produits de santé remboursables par l'assurance maladie sont fixés par la voie de conventions conclues entre le CEPS et les entreprises commercialisant les produits de santé, ou avec les organisations professionnelles représentatives telles que le LEEM pour l'industrie du médicament et le SNITEM pour l'industrie des dispositifs médicaux. En cas d'échec des négociations, le CEPS peut prendre une décision unilatérale (article L. 165-4 du code de la sécurité sociale).

On distingue différentes catégories de prix :

– le prix de vente au public (article L. 162-16-4 du même code), soit celui des produits vendus en officine ;

– le prix de cession au public (article L. 162-16-5) correspond au prix de vente aux établissements de santé ;

– le tarif de responsabilité (article L. 162-16-6) constitue le tarif unique sur la base duquel intervient le remboursement pour des produits ou services équivalents en termes d'efficacité (alignement des prix des *princeps* sur celui des génériques par exemple).

Si une entreprise souhaite conserver un prix « facial » élevé, elle peut signer un accord avec le CEPS prévoyant de verser des remises dites « conventionnelles » à l'assurance maladie.

L'encadrement juridique du versement des remises

Le code de la sécurité sociale prévoit, pour les entreprises, la possibilité ou l'obligation de verser des remises à différents articles :

– les articles L. 162-17-5 et L. 162-22-7-1 prévoient que le CEPS peut fixer, pour les médicaments inscrits sur l'une des listes ouvrant le droit au remboursement au titre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM) ou pour les produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, le montant des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) au-delà duquel il peut décider de baisser le prix ou le tarif de responsabilité des produits et prestations concernés ; il est toutefois prévu que les entreprises qui exploitent ces produits et prestations puissent solliciter auprès du CEPS un versement sous forme de remise à l'assurance maladie d'un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la baisse tarifaire, notamment si elle veut toujours afficher un « prix facial » élevé ;

– l'article L. 162-18 prévoit que les entreprises qui exploitent une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques remboursables peuvent s'engager, individuellement collectivement, par une convention nationale, à faire bénéficier de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France ;

– l'article L. 162-16-5-2, dans sa rédaction proposée par le présent projet de loi, concerne les laboratoires titulaires des droits d'exploitation d'une spécialité bénéficiant d'autorisation d'accès précoce ; il prévoit que pour chaque indication d'une spécialité faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année à un organisme de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées, conformément à une grille qui définit les seuils de chiffre d'affaires et les taux de remises associés.

Le CEPS peut accorder aux entreprises des « avoirs sur remises », pouvant venir en déduction des remises dues à l'assurance maladie en application de clauses conventionnelles ou des contributions dues en cas de dépassement du taux « M » pour les médicaments. Ces « avoirs sur remises » sont calculés sur la base du prix et du nombre d'unités vendues : ils peuvent notamment être accordés dans le cadre de baisses conventionnelles de prix (sauf lorsque celles-ci se font en application de clauses conventionnelles ou qu'elles concernent les médicaments génériques).

Source : commission des affaires sociales à partir du rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017.

Les négociations menées par le CEPS sont notamment conduites en fonction des objectifs d'économies à atteindre *via* les actions sur les tarifs des produits de santé et les remises fixés annuellement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS).

Pour l'année 2021, les économies attendues par le biais d'actions sur les tarifs s'élèvent à 790 millions d'euros ⁽¹⁾ (contre 1,3 milliard d'euros en 2020 ⁽²⁾), dont 640 millions d'euros au titre des médicaments et 150 millions d'euros au titre des dispositifs médicaux. Les conséquences financières de la crise sanitaire sur

(1) PLFSS 2021, annexe 7 (page 24).

(2) PLFSS 2020, annexe 7 (page 15).

l'industrie des produits de santé et la volonté de préserver l'approvisionnement du marché français en médicaments ont largement motivé la décision d'alléger l'effort de régulation par rapport à l'année 2020.

2. Les clauses de sauvegarde, outils de régulation « de dernier recours » des dépenses de santé

Pour maîtriser les dépenses de produits de santé, le CEPS dispose de deux leviers qu'il convient de distinguer :

– une régulation *a priori*, produit par produit, mise en œuvre sous la forme de baisses de prix ou tarifs, afin de respecter le taux d'évolution de l'ONDAM adopté en LFSS ; toute entreprise exploitant des produits de santé remboursables et souhaitant conserver un prix « facial » élevé pouvant toutefois accorder avec le CEPS le versement annuel de remises à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ;

– une régulation *a posteriori*, la « clause de sauvegarde », mise en œuvre sous la forme de contribution des entreprises commercialisant ces produits de santé si leur chiffre d'affaires global hors taxes réalisé en France au titre des produits remboursables dépasse un seuil fixé chaque année en LFSS (pour le médicament) ou si la dépense remboursée par l'assurance maladie dépasse un certain seuil (pour les dispositifs médicaux).

- *La création des clauses de sauvegarde*

Les pouvoirs publics ont créé la clause de sauvegarde sur les médicaments en 1999 ⁽¹⁾.

L'intérêt d'un tel dispositif était de mieux lier les objectifs de maîtrise des dépenses de santé au chiffre d'affaires global réalisé par l'industrie pharmaceutique au titre de la production et de la vente de médicaments remboursables, l'évolution de ce chiffre d'affaires ayant une incidence automatique sur le niveau de dépenses de l'assurance maladie.

L'efficacité du mécanisme a conduit à son extension :

– en 2015 de manière spécifique aux médicaments de l'hépatite C ⁽²⁾ pour faire face à l'émergence rapide de traitements innovants coûteux – aucun montant n'a cependant été fixé pour cette contribution depuis 2017, le mécanisme n'étant plus utile au regard de la régulation des prix menée dans le cadre conventionnel ;

– aux dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus » depuis cette année ⁽³⁾.

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

(2) Article 3 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

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

Les dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus »

Les dispositifs médicaux sont définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique comme « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit [...], y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques* ». À l'hôpital, ils sont en principe pris en charge dans le cadre des groupements homogènes de séjour (GHS).

Toutefois, les dispositifs médicaux nouveaux ou prescrits dans le cadre de pathologies rares et coûteux peuvent être remboursés par l'assurance maladie aux établissements dits « MCO » (médecine, chirurgie, obstétrique), en plus des prestations d'hospitalisation. À cet effet, ils doivent figurer sur la liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, laquelle est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ⁽¹⁾.

Ce marché très spécifique contribue très largement aux dépenses hospitalières comme le notait l'évaluation préalable du PLFSS 2021, d'où la mise en place d'une clause spécifique l'année dernière.

Source : commission des affaires sociales.

● *La clause de sauvegarde sur les médicaments remboursables* ⁽²⁾

Elle est encadrée aux articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale et repose sur les principes suivants :

– elle se déclenche lorsque le chiffre d'affaires global hors taxes, net des remises, réalisé au titre des médicaments remboursables par les entreprises qui en assurent l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèle dépasse un montant en euros « M » fixé par le législateur pour une année civile ;

– le chiffre d'affaires pris en compte est celui réalisé en France métropolitaine, dans l'ensemble des départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin ;

– le montant de la contribution globale est calculé selon un barème, elle peut représenter 50 %, 60 % ou 70 % du chiffre d'affaires supérieur au taux M en fonction de l'ampleur du dépassement ;

(1) Arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation, régulièrement modifié pour compléter la liste.

(2) Les médicaments concernés sont ceux qui sont inscrits au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, sur les listes prévues aux articles L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ainsi qu'à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

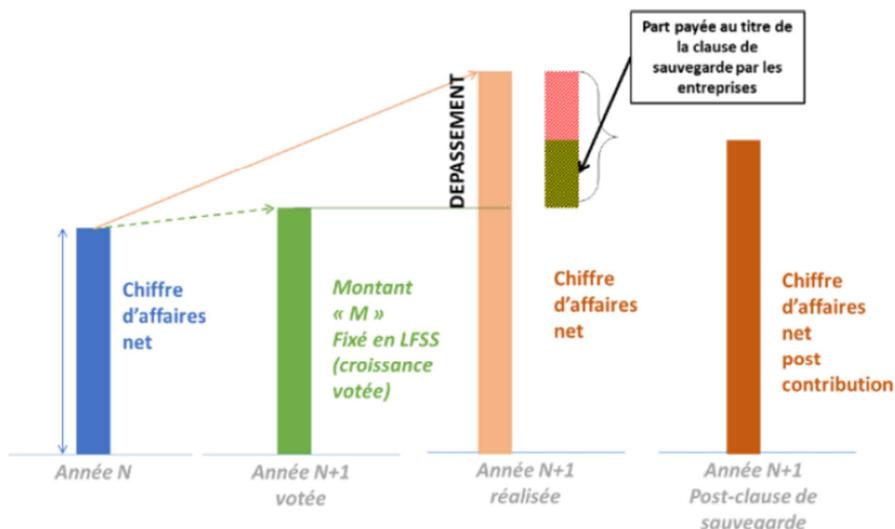
BARÈME DE LA CLAUSE M SUR LE MÉDICAMENT

CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (CA)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
CA supérieur à M et inférieur ou égal à M multiplié par 1,005	50 %
CA supérieur à M multiplié par 1,005 et inférieur ou égal à M multiplié par 1,01	60 %
CA supérieur à M multiplié par 1,01	70 %

Source : article L. 138-12 du code de la sécurité sociale.

– la contribution due par chaque entreprise redevable est ensuite déterminée en fonction de la part du chiffre d'affaires de l'entreprise dans le chiffre d'affaires global et du taux d'évolution du chiffre d'affaires propre à l'entreprise ; la contribution ne pouvant excéder 10 % du chiffre d'affaires global hors taxes d'une entreprise.

SCHÉMA RÉCAPITULANT LE FONCTIONNEMENT DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE M



Source : dossier de presse du Gouvernement sur le PLFSS 2021

- *La clause de sauvegarde pour les dispositifs médicaux ⁽¹⁾ inscrits sur la « liste en sus »*

Elle a été instituée en LFSS 2020 et est encadrée aux articles L. 138-19-8 et suivants du code de la sécurité sociale :

– elle se déclenche lorsque la dépense remboursée par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux inscrits sur la « liste en sus », nette des remises, dépasse un montant en euros « Z » fixé par le législateur pour une année civile (pour 2020, le montant Z était fixé à 1,03 fois le montant remboursé pour l'année 2019, soit une clause se déclenchant si les remboursements augmentaient de plus de 3 % en 2020) ;

– la dépense remboursée prise en compte est celle remboursée en France métropolitaine, dans l'ensemble des départements d'outre-mer ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin ;

– la contribution due au titre de la clause de sauvegarde est égale à la totalité de la différence entre le montant effectivement remboursé et le montant Z ;

– la contribution est répartie entre les fabricants des dispositifs médicaux à hauteur du montant qui a été remboursé au titre de leur production et ne peut excéder, pour chaque entreprise, 10 % de son chiffre d'affaires réalisé au titre des dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

- *Deux mécanismes juridiques différents*

Les différences entre les deux clauses de sauvegarde reposent sur l'assiette (pour les dispositifs médicaux, l'assiette repose sur les dépenses remboursées et pour le médicament, sur le chiffre d'affaires lié aux produits remboursables) et sur le taux de la contribution (pour les dispositifs médicaux, en cas de dépassement, l'intégralité du montant est reversée à l'assurance maladie et non 50 % à 70 % en fonction du niveau de dépassement comme pour le médicament).

En outre, il existe un mécanisme d'exonération de la contribution pour les entreprises du médicament, tandis que la clause sur les dispositifs médicaux n'en prévoit pas.

Le mécanisme d'exonération de la contribution pour les entreprises du médicament est prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale. Il y est tout d'abord inscrit que les entreprises qui ont conclu une convention ⁽²⁾ avec

(1) *Les dispositifs médicaux concernés sont les produits et prestations mentionnées à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 du même code.*

(2) *Ces conventions, prévues à l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale et pouvant être signées avec une entreprise ou un groupe d'entreprises, portent notamment sur le prix des médicaments et leur évolution, sur les remises, sur les engagements des entreprises concernant le bon usage des médicaments et les volumes de vente ainsi que sur les modalités de participation des entreprises à la mise en œuvre des orientations ministérielles.*

le CEPS pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments remboursables peuvent signer un accord avec le comité prévoyant le versement, sous forme de remise, de tout ou partie de la contribution qu'elles doivent verser au titre de la clause de sauvegarde. Si la somme des remises versées en application de ces accords est supérieure à 80 % du total des montants que les entreprises devaient verser au titre de la contribution, elles en sont exonérées. L'exonération intervenant lorsque 80 % du montant dû au titre de la contribution sont versés, il s'agit *in fine* d'une réduction de 20 % de la contribution.

Interrogée sur la pratique de ce dispositif, la direction de la sécurité sociale a précisé au rapporteur général que cette remise est quasiment automatique, car toutes les entreprises ayant l'habitude du conventionnement à ce niveau de leur chiffre d'affaires versaient leur contribution sous la forme de remise pour être exemptée des 20 % de décote.

Cette même direction de la sécurité sociale a indiqué au rapporteur général que ces différences correspondent principalement à des différences de périmètre (un secteur vaste dont le chiffre d'affaires augmente modérément, le médicament, et un secteur ciblé et dynamique au plan des dépenses, le dispositif médical innovant à l'hôpital).

B. LE CONTEXTE DE CRISE INDUIT DES MODALITÉS SPÉCIFIQUES DE FIXATION DES MONTANTS M ET Z POUR 2021 ET NÉCESSITE D'ENCOURAGER LA NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE

1. Le contexte de crise économique complexifie l'arbitrage autour des montants M et Z à fixer pour l'année 2021

Comme chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale doit déterminer les montants M pour le médicament et Z pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, au-delà desquels les entreprises concernées sont assujetties à une contribution pour l'année 2021.

Il convient de souligner que les conséquences de la crise économique sur l'industrie pharmaceutique sont très différentes selon les entreprises.

Concernant l'industrie du médicament, les entreprises ont été touchées de façon très inégale par la crise. Si certaines ont pâti de la situation, d'autres ont au contraire bénéficié d'un certain dynamisme en raison du contexte sanitaire.

Le secteur des dispositifs médicaux a quant à lui été particulièrement touché par la crise : l'activité des entreprises du secteur serait entrée en décroissance en 2020, selon les données recueillies par le rapporteur général auprès du syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM). Un déclenchement de la cause Z en 2020 est par conséquent très improbable.

Il convient donc de fixer des montants M et Z qui ne pénalisent pas le retour à une activité dynamique des entreprises de l'industrie pharmaceutique en 2021 au titre des médicaments remboursables et des dispositifs médicaux.

2. Il est nécessaire de favoriser les négociations conventionnelles et d'élargir la régulation de la dépense, notamment pour que celle-ci ne cible pas uniquement les médicaments anciens

La création d'une clause de sauvegarde à destination des médicaments avait pour objectif principal d'inciter les entreprises à emprunter la voie de la négociation conventionnelle avec le CEPS de manière collective, en sanctionnant une évolution trop dynamique de la dépense, et de manière individualisée par entreprise, en excluant de l'assiette les remises conventionnelles. C'était également l'ambition de la mise en œuvre d'un mécanisme d'exonération de la contribution (article L. 138-13 du code de la sécurité sociale) n'étant destiné qu'aux entreprises ayant conclu une convention avec le comité pour au moins 90 % de leur chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments remboursables.

Aujourd'hui, la majorité des entreprises ont en effet privilégié le dialogue conventionnel. Cependant, pour certaines spécialités, les entreprises n'ont pas entamé de négociations conventionnelles avec le CEPS, et notamment des baisses de prix, plus intéressantes pour l'assurance maladie car elles font pression sur le marché.

L'intérêt d'un mécanisme incitatif à destination des entreprises commercialisant de nouveaux produits est double : il s'agit à la fois de ne pas cibler la régulation de la dépense uniquement sur les médicaments anciens et d'assurer l'accès des patients à ces nouveaux médicaments. À cet effet, la réduction de la contribution obtenue par les entreprises dans le cadre du mécanisme d'exonération pourrait utilement être modulée en fonction des baisses de prix négociées avec le comité par ces entreprises.

II. L'ARTICLE 17 FIXE LES MONTANTS DE DÉCLENCHEMENT DES CLAUSES DE SAUVEGARDE POUR L'ANNÉE 2021 ET MODIFIE LES MODALITÉS D'EXONÉRATION DE LA CONTRIBUTION

A. LES MESURES SPÉCIFIQUES À 2021

Le présent article fixe les montants M pour le médicament et Z pour les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus au-delà desquels les entreprises sont assujetties à une contribution pour l'année 2021.

Pour la première fois, il s'agit de seuils fixés en montant et non pas de taux d'évolution du chiffre d'affaires par rapport à l'année précédente, dans un souci de lisibilité et de transparence vis-à-vis des entreprises. Toutefois, la notion d'évolution du chiffre d'affaires global d'une année sur l'autre demeure centrale

comme le démontrent les modalités de fixation des montants M et Z pour 2021, détaillées ci-dessous.

- *Fixation du montant M*

Le **II** fixe le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale à 23,99 millions d'euros pour l'année 2021.

Les entreprises qui assurent l'exploitation, l'importation ou la distribution parallèle des médicaments remboursables seront donc assujetties à une contribution si leur chiffre d'affaires global, net des remises, dépasse cette somme.

En raison de la crise sanitaire, le montant M retenu correspond au chiffre d'affaires du médicament réalisé, net des remises, en 2019 auquel il a été appliqué une croissance de 0,5 % ⁽¹⁾ en 2020 puis en 2021. Exceptionnellement, l'année 2019 a été choisie comme année de référence afin de neutraliser les effets de la crise sanitaire sur le chiffre d'affaires réalisé en 2020. En effet, si ce dernier avait servi de référence et qu'il lui avait été appliqué une croissance de 0,5 %, le montant M aurait été très rapidement dépassé en 2021 en raison de la probable moindre consommation de médicaments durant la crise.

C'est déjà ce niveau de croissance qui avait été retenu pour fixer le seuil 2020 et il correspond à l'engagement du Gouvernement lors du Conseil stratégique des industries de santé en 2018 de permettre une croissance à ce niveau de la dépense sur le médicament en général.

- *Fixation du montant Z*

Le **III** fixe le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale à 2,09 milliards d'euros pour l'année 2021. Les entreprises qui exploitent les produits et prestations concernés seront donc assujetties à une contribution si la dépense remboursée par l'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux, nette des remises, dépasse cette somme.

Afin de neutraliser les effets de la crise sanitaire sur le chiffre d'affaires du secteur des dispositifs médicaux, le montant Z a été fixé en utilisant comme valeur de référence le montant des dépenses remboursées des produits et prestations de la liste en sus, nettes des remises, de l'année 2019 auquel il a été appliqué une croissance de 3 % en 2020 et en 2021. C'est déjà ce niveau de croissance qui avait été retenu pour fixer le seuil 2020 et il correspond à l'engagement du Gouvernement lors du Conseil stratégique des industries de santé en 2018 de permettre une croissance à ce niveau de la dépense sur ces dispositifs innovants.

Au vu de l'ampleur des difficultés rencontrées par le secteur, l'utilisation du chiffre d'affaires réalisé en 2020 comme base pour définir le taux Z aurait entraîné un déclenchement très rapide de la clause de sauvegarde au titre de

(1) *Tel que prévu par le Conseil stratégique des industries de santé.*

l'année 2021, la reprise de l'activité attendue cette année-là impliquant une forte croissance du chiffre d'affaires.

B. LES MESURES DE COORDINATION AVEC LA RÉFORME DES ATU ET RTU

La refonte du système d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) ou de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) prévue à l'article 38 du présent projet de loi implique un certain nombre de mesures de coordination.

Les ATU et RTU permettent à l'assurance maladie de prendre en charge temporairement et de façon dérogatoire, sous certaines conditions, des médicaments qu'ils disposent ou non d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Les modifications successives de ces dispositifs ont conduit à leur complexification, motivant aujourd'hui leur réforme dans un souci de simplification des demandes et des procédures, mais aussi de soutenabilité financière pour l'assurance maladie.

Deux nouveaux systèmes d'accès et de prise en charge par l'assurance maladie sont ainsi introduits à l'article 38 : l'accès précoce, qui vise les médicaments susceptibles d'être innovants et pour lesquels les laboratoires s'engagent à déposer une AMM rapidement ; et l'accès compassionnel, qui concerne les médicaments n'étant initialement pas destinés à obtenir une AMM nationale ou centralisée, mais qui répondent efficacement à un besoin non couvert. Cette réforme d'ampleur conduit à une modification importante des dispositions contenues dans les codes de la sécurité sociale et de la santé publique ⁽¹⁾.

Le 1^o du I du présent article intègre ces changements à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, en adaptant les références au code de la santé publique. Ces références renvoient aux autorisations temporaires d'utilisation de médicaments à titre précoce ou compassionnel, ainsi qu'à la prise en charge dont ces médicaments bénéficient.

Ces modifications permettent donc d'assurer que les entreprises redevables de la contribution au titre des médicaments bénéficiant d'un « accès précoce » ou d'un « accès compassionnel » puissent également signer avec le CEPS un accord prévoyant le versement sous forme de remise de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution et bénéficier des possibilités d'exonération de la contribution prévues à l'article L. 138-3 du code de la sécurité sociale, comme c'est le cas aujourd'hui sur les dispositifs ATU/RTU.

(1) Pour plus de précisions sur cette réforme complexe, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 38.

C. FAVORISER LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES VIA LA RÉDUCTION DU MONTANT DE LA CONTRIBUTION VERSÉE PAR UNE ENTREPRISE EN CONTREPARTIE DES BAISSES DE PRIX CONSENTIES

L'article vise à favoriser les négociations conventionnelles en utilisant comme levier les modalités de l'exonération de la contribution, prévues à l'article L. 183-13 du code de la sécurité sociale.

1. La révision des conditions de l'exonération de la contribution pour les entreprises y étant assujetties

Le 2° du **I** révisé les conditions de l'exonération de la contribution, prévues à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 138-10 prévoit un mécanisme incitatif aux négociations conventionnelles. L'entreprise qui a conclu une convention avec le CEPS pour au moins 90 % du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments remboursables peut signer avec le comité, avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, un accord prévoyant le versement d'une remise de tout ou partie du montant dû au titre de la contribution. Si l'entreprise verse, en application de cet accord, une remise supérieure ou égale à 80 % du montant dont elle est redevable au titre de la contribution, elle est exonérée de cette dernière. Le même principe s'applique si « *les entreprises* » versent une telle remise sur « *leurs chiffres d'affaires* », sans que la distinction entre les deux formulations ait jamais été parfaitement claire.

Le **c** du 2° du **I** prévoit le passage du « taux exonératoire » de 80 % à 95 %. Il prévoit donc une décote de 5 % de la contribution, contre 20 % auparavant. Le dispositif sera donc moins « généreux » pour ces entreprises fortement conventionnées avec le CEPS.

Le **a** du 2° du **I** supprime la première partie du second alinéa de l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale, qui prévoyait que les entreprises signataires d'un tel accord sont exonérées de la contribution si la somme des remises versées est supérieure à 80 % du total des montants dont elles sont redevables au titre de la contribution, est supprimée car elle semblait superfétatoire (le système de décote s'appliquait déjà essentiellement au niveau de chaque entreprise).

Le **b** du 2° du **I** supprime une coordination rendue inutile par la suppression de cette première partie de l'alinéa.

Le dispositif sera donc moins « généreux » pour ces entreprises fortement conventionnées avec le CEPS.

2. Cette élévation du taux permet de créer, en contrepartie, une dérogation avantageuse pour les entreprises qui consentent une baisse de prix *via* un accord avec le CEPS

Le 3° du I du présent article introduit une dérogation aux modalités de l'exonération de la contribution prévue à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

Une entreprise qui accepte par convention conclue avec le CEPS une baisse du prix net d'une ou plusieurs spécialités qu'elle exploite (prenant effet au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due) pourra être exonérée de la contribution si les remises qu'elle verse représentent entre 80 et 95 % du montant dû au titre de la contribution.

Une réduction d'entre 5 % et 20 % de la somme à verser pourra donc être obtenue par ces entreprises. Le pourcentage appliqué sera déterminé en fonction du montant des économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net consenti, ainsi que du chiffre d'affaires minoré des remises de l'entreprise, selon un barème fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Ce dispositif instaure donc un lien direct entre « l'effort » fourni par une entreprise pour réguler la dépense de l'assurance maladie, et le montant qu'elle devra verser sous forme de remise pour bénéficier de l'exonération de la contribution : plus l'effort consenti en proportion du chiffre d'affaires sera important, plus l'accès à l'exonération de la contribution sera facile.

Interrogée sur ce point par le rapporteur général, la direction de la sécurité sociale lui a confirmé que ce barème permettra de tenir compte de la taille de l'entreprise concernée. Il serait en effet injuste que le mécanisme favorise les grandes entreprises qui par construction peuvent faire davantage d'économies à l'assurance maladie.

L'article précise par ailleurs les modalités de calcul du « prix net ». Pour le prix de vente au public, le prix net correspond au prix de vente minoré des remises, des marges et des taxes en vigueur. Pour le prix de cession au public et le tarif de responsabilité, il s'agit simplement du prix minoré des remises.

Le dispositif fait donc au total deux paris :

– celui d'un mécanisme incitatif pour toutes les entreprises plutôt que celui des seules entreprises fortement conventionnées avec le CEPS, même si elles continueront à bénéficier d'une décote quasi automatique de 5 % sur la contribution ;

– celui des baisses de prix, qui sont au cœur du niveau dispositif d'exonération, plutôt que des remises.

Le rapporteur général, constatant qu'il ne s'est pas passé une année depuis le début de la législature sans que les clauses de sauvegarde n'aient été réformées, ne peut qu'espérer que la plus forte dynamique dans la négociation qui en est attendue sera au rendez-vous en 2021.

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

Article 18

Financement de la branche autonomie et transferts financiers entre la sécurité sociale et l'État et entre régimes de sécurité sociale

Adopté par la commission sans modification

L'article 17 modifie pour 2021, comme chaque année, la clef de répartition des ressources fiscales de la sécurité sociale entre les branches.

Pour cet exercice, il s'agit notamment de procéder à une modification des taux de contribution sociale généralisée affectée aux différentes branches, afin d'alimenter la nouvelle branche consacrée au soutien à l'autonomie, par un transfert de 28 milliards d'euros destiné à compenser la fin des deux contributions de l'assurance maladie versées aujourd'hui au budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

L'article tire par ailleurs les conséquences de deux missions nouvelles pour la sécurité sociale :

– le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) confié à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et plus spécifiquement à un fonds spécial invalidité alimenté par un surcroît de taxe de solidarité additionnelle transféré depuis la CNAM ;

– le financement des points d'accueil écoute jeune (PAEJ) par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) pour 8,9 millions d'euros, qui nécessite une mesure de compensation maladie-famille.

Enfin, il rétablit la référence à la cotisation maladie augmentée (COTAM) comme ressource de la Caisse nationale d'assurance maladie, supprimée hâtivement lors de la suppression des cotisations salariales d'assurance maladie en LFSS 2018 et apporte quelques ajustements relatifs à la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants (imputation des charges de gestion du conseil supérieur de la protection sociale des travailleurs indépendants, précision sur les missions du régime invalidité-décès).

I. LA CRÉATION D'UN FINANCEMENT LISIBLE ET SPÉCIFIQUE DE LA BRANCHE AUTONOMIE FONDÉ ESSENTIELLEMENT SUR LA CSG

1. Une branche qui sera majoritairement financée par la CSG

a. Les ressources actuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

• Créée en 2004, la CNSA concentre dans son budget l'essentiel du financement national en matière d'autonomie, aussi appelé « objectif général de dépenses ».

Ses ressources sont actuellement composées :

– depuis l’origine, d’une fraction de contribution sociale généralisée (CSG) qui a largement évolué ces dernières années, au gré de la « tuyauterie annuelle » ;

– de la CSG « activité » (0,1 point de 2010 à 2012 puis en 2015, 0,064 point en 2013, 0,058 point en 2014 puis 0,23 point depuis 2019) pour un montant de 2,23 milliards d’euros en 2020 ;

– de la contribution sur les employeurs privés et publics de 0,3 % dite « contribution de solidarité pour l’autonomie » (CSA) mais aussi plus usuellement « journée de solidarité » pour un montant de 2,13 milliards d’euros ;

– de la contribution additionnelle de solidarité pour l’autonomie (CASA) pour un montant de 817 millions d’euros ;

– du versement des deux sous-objectifs de dépenses d’assurance maladie médico-sociaux pour un montant de 23,87 milliards d’euros.

Au total, en 2020, la CNSA disposait donc de 28,67 milliards de produits, dont 83 % correspondaient à une dotation de l’assurance maladie.

« Historiquement », la caisse a en outre été affectataire :

– de prélèvements sociaux sur le capital (2016-2018 : à hauteur de 1,15 point puis 1,38 point à compter de 2017, 0,3 % de contribution additionnelle sur les produits de placement transféré à l’État en 2019) ;

– de contribution sur les droits tabacs (2015-2016 : à hauteur d’1,9 %) ;

– la CSG sur les produits de placement et sur les revenus du patrimoine (0,1 point de 2010 à 2012 puis en 2015, 0,064 point en 2013, 0,058 point en 2014).

● La création d’une nouvelle branche impliquait de résoudre une question de principe qui ne s’était jamais posée depuis 1945 : peut-on parler d’une branche, avec ce que le terme suppose d’unité dans le pilotage et la lisibilité de son solde, pour une structure financée de manière écrasante par une autre branche ?

Missionné par le Gouvernement pour préciser les contours de cette cinquième branche, M. Laurent Vachey, dans son rapport remis au Parlement par le Gouvernement, y a répondu par la négative, constatant « *la nécessité d’accepter à l’avenir des recettes issues de cotisations ou de l’impôt à hauteur des prévisions de dépenses* »⁽¹⁾. Cette réponse était faite, il est vrai, non sans lien avec la préconisation de supprimer les sous-objectifs « médico-sociaux » de l’ONDAM.

(1) Rapport remis par le Gouvernement au Parlement le 15 septembre 2020, préparé par M. Laurent Vachey, disponible ici :

http://www.igf.finances.gouv.fr/files/live/sites/igf/files/contributed/IGF%20internet/2.RapportsPublics/2020/2020-M-033-02_Rapport_Branche_Autonomie-vf.pdf

Sur un plan financier, le rapport préconise le recours à la contribution sociale généralisée, en raison de sa « *vocation d'universalité* » conforme à l'ambition de faire de cette branche autonomie un outil de couverture universel.

Le Gouvernement, dans le projet de loi, a inversé la démarche en adoptant un *statu quo* conservatoire sur l'ONDAM, en attendant les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur ce sujet, tout en choisissant d'affecter une importante fraction de CSG à la branche autonomie pour lui assurer d'emblée une relative indépendance de la branche maladie.

b. Un transfert massif de contribution sociale généralisée dans le cadre de la création de la branche autonomie

« Les » CSG en 2021

Impôt conçu pour être cédulaire, la contribution sociale généralisée frappe, parfois à des taux différents, plusieurs assiettes différentes, selon des modalités rappelées ci-dessous :

- 9,20 % sur les revenus d'activité (91,39 milliards d'euros) ;
- 8,30 % sur les pensions de retraite et d'invalidité (taux plein) avec un taux réduit à 3,8 % sur les plus faibles pensions et un taux intermédiaire à 6,6 % créé par la loi portant mesures d'urgence économiques et sociales (22,85 milliards d'euros au total) ;
- 6,20 % sur les allocations chômage et les indemnités journalières, avec un taux réduit à 3,8 % pour les plus faibles allocations chômage (1,75 milliard d'euros) ;
- 9,20 % sur les revenus du capital (patrimoine et placement) (12,37 milliards d'euros) ;
- 6,20 % sur les revenus des jeux (513 millions d'euros).

Chacune de ces « cédules » fait elle-même l'objet d'une ou de plusieurs affectations, codifiées à l'article L. 131-8 au moyen de rédactions quasi-systématiquement différentes les unes des autres, qui ne répugnent pas à l'usage des renvois, voire des renvois à des renvois, pour déterminer les « CSG » concernées ainsi que les affectataires. La réaffectation de tout ou partie de ces cédules entre branches et organismes constituant le principal instrument de re-répartition des ressources fiscales au sein de la sécurité sociale, il est annuellement procédé à une réévaluation des fractions des taux applicables à ces cédules aux appartenances parfois multiples et souvent fugaces ⁽¹⁾.

L'ensemble fait probablement le charme exigeant et récurrent de ce commentaire qui, malgré ses efforts parallèles d'explicitation et de synthèse, ne peut totalement se départir des travers de son objet d'étude. La « tuyauterie », pour être inévitablement technique, n'en est pas moins indispensable, au moins en ce qu'elle témoigne du caractère principalement « utilitaire » de la distribution des ressources fiscales entre branches.

Source : commission des affaires sociales à partir du rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020.

(1) On peut rappeler à titre historique que la CSG « patrimoine » n'avait pas moins de cinq affectataires de 2010 à 2015, bien qu'il s'agisse d'une cédule au rendement relativement faible, ou que la CSG « activité » a changé d'affectations tous les ans depuis dix ans.

Le **I** modifie l'article L. 131-8, « siège » de la répartition des ressources fiscales affectées aux branches et organismes de la sécurité sociale, et partant centre névralgique de la « tuyauterie » annuelle.

• La mesure la plus massive est un important transfert de CSG vers la CNSA dans les proportions suivantes :

– 1,67 point de CSG « activité » issu des régimes d'assurance maladie ⁽¹⁾ (**a** et **d** du **1**^o) ;

– 1,9 point des CSG « remplacement » (tous taux confondus ⁽²⁾) venu de ces mêmes régimes d'assurance maladie (**a** et **d** du **1**^o) ;

– 1,9 point de CSG « patrimoine » issu du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) (**e** du **1**^o).

La ventilation des fractions de CSG disponibles dans les documents présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale et les annexes 4 et 6 ne permettant pas de recalculer l'effet de la modification de chacune de ces fractions ⁽³⁾, le rapporteur général s'en remet au chiffrage du Gouvernement dans son évaluation préalable, qui évoque la somme de 23,17 milliards d'euros transférés de « la CNAM » ⁽⁴⁾ vers la CNSA auxquels s'ajoutent les 2,55 milliards d'euros issus du FSV, soit au total la réaffectation vers la CNSA de 25,72 milliards d'euros supplémentaires.

Ce montant permet ainsi de compenser quasiment « à l'euro l'euro » :

– la perte de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales (22,8 milliards d'euros ⁽⁵⁾) ;

– un périmètre élargi par le transfert de l'AEHH à la branche autonomie (1,2 milliard d'euros) (cf. *infra*) ;

– le coût des mesures issues du Ségur de la santé (1,7 milliard d'euros).

(1) Les régimes d'assurance maladie bénéficient en effet du produit de cette CSG « activité » à due concurrence de leurs affiliés. À défaut d'affiliation, le produit est versé à la CNAM, qui en demeure le principal affectataire au titre du régime général.

(2) Taux normal de 8,3 % sur les pensions de retraite et d'invalidité et de 6,2 % sur les allocations chômage et indemnités journalières, taux intermédiaire de 6,6 % sur les pensions de retraite et d'invalidité et taux réduit de 3,8 % sur l'ensemble des types de revenus.

(3) Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale ne permet pas de distinguer la CSG sur les retraites au taux normal et au taux intermédiaire et l'annexe 6 la CSG « activité » de la CSG « remplacement ». Aucun document ne renseigne par ailleurs le produit total de la CSG au taux réduit de 3,8 %.

(4) Il s'agit en réalité de l'ensemble des régimes d'assurance maladie subsistants.

(5) Ce montant, conventionnel, semble correspondre à une approximation du montant de ce que versait l'assurance maladie à champ « ONDAM médico-social 2020 » c'est-à-dire avant élargissement de son périmètre et avant intégration des mesures du « Ségur ».

Au terme de ce transfert, la CNSA se verrait donc dotée de 1,9 point de toutes les CSG « activité-remplacement », ressources fiscales relativement stables et conformes à l'objet des dépenses financées, ainsi que d'une fraction de CSG « patrimoine », plus fluctuante mais en proportion relativement modeste dans l'ensemble de ses ressources.

Ce transfert manifestement « volontariste » est parfaitement neutre pour la CNSA, qui obtient ainsi l'ensemble des ressources nécessaires pour financer le transfert de dépenses mais aussi les dépenses nouvelles qui intègrent son périmètre en 2021. La nouvelle branche est donc exempte des « dommages » de la crise de 2020-2021.

2. Un transfert qui entraîne en cascade une modification de la clef de répartition de la CSG pour le FSV et l'assurance maladie

● Conséquence directe de cette nouvelle affectation uniforme « des » CSG à la CNSA, il s'est agi de compenser le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) privé de sa ressource patrimoine, sans que ses charges n'aient été modifiées.

Il y est procédé par l'affectation de 0,94 point supplémentaire de CSG « pensions de retraite et d'invalidité » au taux normal et au taux de 6,6 %, issu des régimes d'assurance maladie (c du 1^o) pour un total de 2,55 milliards d'euros qui permet de « neutraliser » complètement l'opération pour le FSV.

● Au total, ce sont donc les régimes d'assurance maladie qui sont les « perdants » de cette première série d'opérations puisqu'ils se voient privés :

- de 1,67 point de CSG « activité », transféré à la CNSA ;
- de 1,9 point de CSG « chômage-indemnités journalières » et de CSG à taux réduit de 3,8 %, transféré à la CNSA ;
- de 2,84 points de CSG « pensions de retraite et invalidité » au taux normal et au taux intermédiaire de 6,6 %, transférés à la fois à la CNSA et en compensation au FSV.

Au total, la perte de recettes représente 24,51 milliards d'euros en 2021 pour la Caisse nationale d'assurance maladie. On peut toutefois souligner que cette même CNAM aura été « soulagée » de sa contribution aux dépenses médico-sociales à hauteur de 22,8 milliards d'euros.

3. Le transfert de l'AEEH à la branche autonomie, compensé par une modification de la clef de taxe sur les salaires

Parmi les premières mesures de périmètre accompagnant la création de la nouvelle, le transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), aujourd'hui financée par la branche famille, constitue une des mesures les plus significatives sur le plan financier (1,1 milliard d'euros en 2020). Ce transfert de

charges entre les deux branches implique, pour ne pas déformer leurs soldes respectifs, une mesure de compensation en recettes.

Or, afin de ne pas compliquer ces transferts, il semblait préférable de ne pas ajouter un nouveau tuyau « famille-autonomie », ces deux branches n'ayant aucune ressource en commun, en plus du tuyau « maladie-FSV-CNSA » décrit *supra*. C'est pourquoi la fraction de CSG transférée des régimes d'assurance maladie vers la CNSA « intègre » ce transfert, lui-même compensé par la CNAF à la CNAM. Les autres régimes d'assurance maladie, concernés par le transfert de CSG mais pas par celui de taxe sur les salaires, ne devraient pas voir leur situation modifiée en raison de l'intégration financière « PUMA » qui s'applique depuis 2016 (s'ils ont en déficit ou l'étaient avant le transfert, la CNAM l'assumera entièrement).

Le *a* du 1^o procède à un transfert de 8,48 points de taxe sur les salaires de la branche famille vers la branche maladie, pour un total de 1,23 milliard d'euros qui correspondent au transfert de l'AEH vers la branche autonomie.

II. LES MESURES AYANT TRAIT AUX RELATIONS FINANCIÈRES ÉTAT-SÉCURITÉ SOCIALE

Une seconde série de mesures « tuyauterie » financière entre les branches résulte de la modification des transferts entre l'État et la sécurité sociale, compensés par la fraction de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) que le premier accorde à la seconde, à travers les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Si cette année, ces mesures se révèlent relativement limitées, il convient d'en reprendre « chronologiquement » l'origine, les conséquences tirées dans la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale puis celles qu'elles impliquent pour la sécurité sociale.

1. Deux transferts en direction de la sécurité sociale

a. L'allocation supplémentaire d'invalidité

L'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) est une prestation de solidarité, subsidiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées, ouvertes aux personnes invalides ayant de faibles ressources. Financée jusqu'ici sur le programme 157 *Handicap et dépendance* de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances* de la loi de finances, elle est mise à la charge de la Caisse nationale d'assurance maladie par l'article 37 du présent projet de loi ⁽¹⁾.

b. Les points d'accueil écoute jeune

Issus de la fusion en 2002 des points d'écoute des jeunes toxicomanes (PEJ) et des points d'accueil de jeunes (PAJ), les points d'accueil et d'écoute jeunes

(1) Pour plus de précisions sur le fonctionnement de cette prestation et les modifications que lui apporte l'article 37, on pourra utilement se reporter au commentaire de cet article.

(PAEJ) sont des structures généralistes dont les missions sont d'accueillir les jeunes et leurs parents lorsque les premiers connaissent des difficultés de santé. Ils sont en lien direct avec les maisons des adolescents et l'éducation nationale, avec laquelle ils ont bien souvent signé un partenariat.

Ces structures, souvent portées par des associations, sont financées, au sein du programme 304 *Inclusion sociale et protection des personnes* de la même mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, par des subventions par l'État à travers les directions départementales de la cohésion sociale. On compte aujourd'hui 491 points de contacts sur le territoire, dont le rayon d'intervention moyen est estimé à 50 kilomètres. Le budget alloué à ces structures en 2020 devait être de 9 millions d'euros, des moyens rehaussés à compter de 2018 de 4 millions d'euros par an dans le cadre de la stratégie interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté des enfants ⁽¹⁾.

Ni l'existence ni le financement de ces dispositifs ne relevant du domaine de la loi, c'est l'étude d'impact du Gouvernement qui informe le Parlement de son souhait de transférer la charge de ces points d'accueil écoute jeune à la branche famille « *en vue d'en améliorer le pilotage et la cohérence d'ensemble avec la politique de sécurité sociale* ».

2. Une compensation par la « clef » de taxe sur la valeur ajoutée en loi de finances

Dans un souci de simplicité, l'équilibre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale est assuré par le biais d'un instrument unique : la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie. La TVA étant encore une ressource perçue au profit de l'État au sens de la loi organique relative aux lois de finances, il revient exclusivement à ces dernières d'en prévoir l'affectation à une autre personne que l'État.

Aussi, l'article 30 du projet de loi de finances pour 2021 a intégré les implications de ces transferts dans la fraction de TVA retenue à hauteur de 279 millions d'euros pour l'ASI et de 9 millions d'euros pour les PAEJ.

(1) *Projet annuel de performances de la mission Solidarité, insertion et égalité des chances, annexé au PLF 2020.*

La modification de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale en 2021

Le I de l'article 30 précité du projet de loi de finances pour 2021 modifie l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale en vue de relever de 0,15 point la fraction de TVA affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie, soit un montant de 271 millions d'euros supplémentaires.

Ce montant excède les seuls transferts mentionnés précédemment et correspond à l'effet combiné de plusieurs majorations et minorations de charges pour la sécurité sociale.

S'agissant des majorations, on compte pour un total de 378 millions d'euros :

- le transfert de l'ASI (297 millions d'euros) ;
- la compensation du transfert à l'assurance maladie des centres de lutte anti-tuberculose, aujourd'hui financés par les conseils départementaux (38 millions d'euros) ;
- la suppression de la taxe sur les premières ventes de dispositifs médicaux dans le cadre de la suppression des taxes à faible rendement votée en loi de finances pour 2020 (34 millions d'euros) ;
- le transfert des PAEJ (9 millions d'euros).

S'agissant des minorations, on compte pour un total de 106,9 millions d'euros :

- une augmentation des crédits de la mission *Santé* pour financer un plan d'investissement hospitalier à Wallis et Futuna (45 millions d'euros) ;
- l'augmentation de prise en charge par cette même mission *Santé*, au titre de l'aide médicale de l'État, due à la réduction à six mois au lieu d'un an des droits à la protection universelle maladie (PUMA) après que le titre de séjour a expiré (30 millions d'euros) ;
- la poursuite du transfert des personnels des juridictions spécialisées en matière de sécurité sociale vers les juridictions de droit commun (tribunaux de grande instance et cours d'appel) en application de la modernisation de la justice au XXI^e siècle (14 millions d'euros) ;
- d'autres effets, variés et moins bien documentés, pour 17,8 millions d'euros (transfert de l'Institut national de la transfusion sanguine à l'État, remboursements entre l'ACOSS et Interpol, transfert de personnels qui travaillaient au fonds pour la complémentaire santé solidaire vers les services du ministère de la santé).

S'y ajoute par ailleurs un montant de 389 millions d'euros affecté à la Mutualité sociale agricole pour financer le dispositif travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi (TODE) reconduit par l'article 13 du présent projet de loi jusqu'en 2023. Ce montant correspond à la compensation du coût du TO-DE qui serait pris en charge par les « allègements généraux » si le dispositif n'avait pas été reconduit.

3. Les conséquences au sein de la sécurité sociale

• S'agissant de l'ASI, le *f* du 1^o réécrit entièrement le 8^o de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, qui affectait, dans le droit existant, le produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA) :

– au fonds de financement de la complémentaire santé solidaire (ex-Fonds CMU-C), issu d'une modification en 2016 visant à contrer les effets possibles de l'arrêt *De Ruyter* de la Cour de justice de l'Union européenne ⁽¹⁾, à hauteur des dépenses de ce fonds ;

– pour le solde à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Le droit proposé compterait trois affectataires possibles pour cette fraction de la TSA :

– le fonds de financement de la complémentaire santé solidaire au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui doit remplacer le fonds CMU-C ⁽²⁾ « à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits » ; l'article L. 862-1 tel que proposé par le projet de loi définissant les ressources de ce fonds comme « une fraction du produit » de la TSA, on peut imaginer qu'il s'agira en réalité de la fraction couvrant l'ensemble des dépenses du fonds ;

– le fonds qui assure le financement des dépenses liées à l'ASI ;

– à titre subsidiaire, c'est-à-dire pour le solde du produit de cette fraction de la taxe, la Caisse nationale d'assurance maladie.

Ce changement procède essentiellement du souhait de suivre dans une unité de compte distincte les dépenses de l'ASI, sans que cela ait d'effets majeurs sur les comptes de la branche puisque la CNAM « abrite » désormais le fonds « complémentaire santé solidaire » et le fonds « ASI », faisant de la TSA une ressource exclusive de cette branche.

Compte tenu du rendement important de cette taxe (5,3 milliards d'euros), le reliquat pour la CNAM directement devrait être important (4,9 milliards d'euros après avoir minoré de 300 millions pour l'ASI et de 150 millions pour le fonds « complémentaire santé solidaire »).

● S'agissant de la mesure de transfert des PAEJ, l'enjeu consistait à permettre que la CNAM, affectataire de la compensation « État » *via* la fraction de TVA ajustée, compense à son tour la branche famille. Or, un « tuyau » reliait déjà les deux branches au titre du transfert (lui-même à double détente) de l'AEEH décrit *supra*.

Aussi dans le souci de ne pas créer un « tuyau » parallèle, la fraction accrue de taxe sur les salaires affectée par le 1^o du I de la branche famille à la branche maladie a été minorée de 9 millions d'euros pour tenir compte de deux flux en sens contraire : le transfert de l'AEEH vers la branche autonomie, qui transite lui-même par la réévaluation des affectations de CSG décrite *supra* (1 211 millions d'euros), d'une part, et la compensation par l'assurance maladie du transfert des PAEJ à la

(1) Pour plus de précisions sur l'assiette, le taux et l'évolution de l'affectation de la TSA, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 3 du présent projet de loi.

(2) Pour plus de précisions sur cette modification du pilotage de la complémentaire santé solidaire, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 41.

branche famille (9 millions d'euros), soit en fin de compte un transfert de « seulement » 1 202 millions d'euros entre la branche maladie et la branche famille.

III. LES AUTRES DISPOSITIONS

Comme chaque année, l'article de « tuyauterie » abrite, outre des réaffectations fiscales, des mesures diverses, cette année en nombre relativement limité, relatives aux transferts, gestions des organismes ou à des mesures de coordination de nature financière.

1. Le rétablissement de la COTAM comme ressource de l'assurance maladie

L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité de prévoir des taux particuliers de cotisations salariales d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès à la charge sur les revenus d'activités et « spécifiques » sur les revenus de remplacement des personnes qui, tout en n'étant pas résidentes fiscales en France et exonérées de la CSG à ce titre, relèvent de l'assurance maladie française pour leur prise en charge.

Cette situation correspond notamment à des travailleurs frontaliers qui exercent leur activité en France tout en vivant et payant leurs impôts sur leurs revenus d'activité ou de remplacement dans un autre pays.

Or, la LFSS 2018 a supprimé les cotisations salariales d'assurance maladie, compensées par une hausse globale de 1,7 point « des » CSG. Dans ce mouvement de « fiscalisation » des ressources de l'assurance maladie, la référence aux cotisations salariales de la branche a été hâtivement supprimée, alors que subsistaient malgré la réforme des cotisations dues par les salariés affiliés en France et résidents fiscaux à l'étranger qui échappaient à la hausse de la CSG.

Le 2° du présent article rétablir cette affectation en cohérence avec le maintien de cette cotisation.

2. De nouvelles ultimes mesures d'ajustement sur la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants

• Tirant les conséquences des difficultés continues de la gestion des régimes maladie et vieillesse ainsi que du recouvrement des cotisations par une caisse autonome, la LFSS 2018 a procédé à la suppression du Régime social des indépendants (RSI) auquel étaient affiliés les travailleurs non salariés artisans et commerçants au profit :

– d'un adossement des missions de recouvrement et de prestations maladie et vieillesse au régime général ;

– du maintien de régimes spécifiques d’invalidité et de retraites complémentaires, dont la gestion continue à s’appuyer sur les branches du régime général à travers des conventions ; ces régimes constituent donc principalement des unités comptables, en ce qu’elles ont des comptes distincts de ceux du régime général, et juridiques et en ce que les règles applicables sont bien distinctes de celles prévues par le régime général pour ses ressortissants traditionnels (principalement salariés) ;

– du maintien d’une structure de concertation et de surveillance des incidences de la réforme sur les spécificités des affiliés de l’ex-RSI, le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants (CPSTI).

Très importante par son ampleur, puisqu’il s’agissait ni plus ni moins du rapprochement du deuxième plus grand régime de sécurité sociale avec le premier, la réforme a été échelonnée sur plusieurs années et est pleinement entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2020. Elle a par ailleurs fait l’objet de plusieurs « retouches » ces dernières années.

Les ajustements à la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants dans les LFSS 2018, 2019 et 2020

Œuvre légistique monumentale ⁽¹⁾, la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants a fait l’objet, en plus des habilitations à légiférer par ordonnances que contenait la LFSS 2018, de plusieurs ajustements de ses dispositions législatives ces deux dernières années :

– la LFSS 2019 a anticipé d’un an le transfert des créances et des dettes des régimes complémentaires du RSI vers le CPSTI, en cohérence avec sa création dès le 1^{er} janvier 2019 ;

– la LFSS 2020 a transféré à l’Agence de services et de paiement le versement des aides qui incombaient au RSI, mis en liquidation les caisses déléguées de l’ex-RSI, ajusté la date de transfert du patrimoine des régimes d’invalidité et de retraite complémentaires, complété le patrimoine transféré des « immobilisations » de la caisse nationale du RSI et des « biens mobiliers et immobiliers » des caisses locales et exclu de ce transfert les systèmes d’informations qui ont été transférés au GIP « Système d’information Sécurité Indépendants » qui gère le site internet dédié.

Source : commission des affaires sociales.

● La mise en œuvre réglementaire et opérationnelle de la réforme a permis d’identifier de nouvelles imperfections des textes législatifs que les **III** et **IV** entendent corriger :

– en premier lieu, une discordance entre le protocole financier signé par le CPSTI et les « têtes de réseau » ACOSS, CNAM et CNAV qui prévoient un financement du conseil par une dotation des régimes invalidité et retraite complémentaire et les dispositions de l’article L. 612-2 du code de la sécurité sociale

(1) Le dispositif adopté par le Parlement comptait ainsi près de 400 alinéas et 40 pages.

qui prévoient une dotation des branches du régime général ; celle-ci est donc tranchée par le 3° en faveur de la solution retenue par le protocole, plus respectueuse de l'autonomie du CPSTI ;

– en second lieu, une omission, puisque si l'article L. 635-4-1 prévoit bien que la CNAV assure les travaux et études nécessaires au pilotage du régime de retraite complémentaire, il ne dit rien de ceux dont aurait besoin le régime d'invalidité ; le **IV** complète ces dispositions en confiant ces travaux et études à la CNAV pour les deux régimes.

*

* *

Article 19

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

Adopté par la commission sans modification

En application du cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale, le présent article vise l'approbation du montant des exonérations compensées par l'État aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, pour un montant de 5,3 milliards d'euros.

Ce montant est mentionné dans l'annexe 5 au présent projet de loi, retraçant l'ensemble des « niches sociales » en application également d'une obligation organique.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE INFORMATION INDISPENSABLE DU PARLEMENT SUR UN CHAMP EN CONSTANTE AUGMENTATION

Pour les besoins du présent commentaire, nous recourons à la notion de « niches sociales », concept repris à la fois par la Cour des comptes dans ses travaux et les administrations centrales. Ce terme embrasse ainsi l'ensemble des pertes de recettes affectées aux organismes de sécurité sociale, issues de mesures normatives à des fins de politique publique, qui sont généralement de l'ordre de l'aide à l'emploi, à la formation ou de la solidarité envers les publics les plus fragiles. Ces « niches sociales » peuvent être de plusieurs ordres. Sont ainsi recensées, dans l'annexe 5 :

– les exemptions d'assiette, qu'elles soient totales ou partielles. Intervenant « en premier » dans le calcul de la niche, ces exemptions exonèrent certains éléments de la rémunération de toute prise en compte dans le calcul du montant des cotisations dues au titre de cette rémunération ;

– les exonérations de cotisations sociales. Ces exonérations prennent principalement la forme de réduction des taux de cotisations sociales, mais peuvent également aboutir à l'absence de paiement d'une partie des cotisations de sécurité sociale ;

– les exonérations de toute autre recette contribuant au financement des régimes obligatoires de base, celles-ci pouvant être rapprochées des modalités habituelles de mise en œuvre des dépenses fiscales, puisqu'elles portent sur des recettes fiscales affectées à la sécurité sociale (C3S, TSA...).

A. LE PRINCIPE : UNE INFORMATION TRANSPARENTE SUR LES MODALITÉS DE COMPENSATION

1. Une obligation de compensation ordinaire, puis organique

L'établissement de l'obligation d'une compensation par l'État des « niches sociales » est concomitant de la mise en place d'allègements généraux sur les bas salaires, dans la perspective de soutenir l'emploi. Première forme d'exonération générale des cotisations d'allocations familiales mise en place en 1993 ⁽¹⁾, cet allègement général a été renforcé et rationalisé sous la forme de la « réduction Fillon », en 2003 ⁽²⁾. Cette dernière a établi ainsi une réduction unique, à hauteur de 26 points au niveau du SMIC pour décroître ensuite et s'annuler à 1,7 SMIC.

Parallèlement au renforcement de la principale des « niches sociales », le législateur a prévu un mécanisme de compensation de la perte de recettes pour la sécurité sociale, par le biais d'une compensation par l'État. Initialement inscrit dans la loi « Veil » de 1994 ⁽³⁾, le principe de compensation s'appliquait initialement :

– à toute mesure de réduction ou d'exonération dans le champ des seules cotisations de sécurité sociale ;

– à condition que ces mesures aient été instituées après l'entrée en vigueur de la loi, le 25 juillet 1994.

Ce principe a toutefois été étendu à l'ensemble des contributions affectées aux régimes obligatoires de base ainsi que ceux qui sont chargés de l'amortissement de leur dette ou de concourir à leur financement, ainsi qu'aux réductions totales ou partielles des assiettes de ces contributions ⁽⁴⁾. Surtout, le législateur organique a prévu, en 2005, que « *seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération des cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base* ».

Ces règles n'ont toutefois pas empêché le développement des « niches sociales », compensées par plusieurs biais :

– en premier lieu, conformément à l'esprit et à la lettre de la lecture combinée des articles L. 131-7 et L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, quarante-sept mesures de réduction ou d'exonérations ont fait l'objet d'une disposition expresse de non-compensation en loi de financement de la sécurité sociale ;

(1) Loi n° 93-953 du 27 juillet 1993 relative au développement de l'emploi et de l'apprentissage.

(2) Loi n° 2003-47 du 12 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi.

(3) Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale.

(4) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

– en deuxième lieu, le principe de compensation, que vient retranscrire le présent article, a été appliqué dans toutes les LFSS en vertu des obligations organiques retracées ci-dessous ;

– enfin, et surtout, la compensation des exonérations a progressivement évolué d’une reprise des crédits budgétaires à l’affectation de ressources fiscales « pour solde de tout compte ». Cette pratique, qui peut s’expliquer notamment par les montants actuels des exonérations, conduit toutefois à dévoyer partiellement le principe de la loi « Veil » de responsabilisation des ministères à raison des conséquences directes sur leurs crédits des exonérations sociales, créées, prolongées ou renforcées.

2. Informer le Parlement sur l’application des compensations

Le recours toujours accru aux « niches sociales » a conduit le législateur organique à prévoir un contrôle renforcé du Parlement, et donc des citoyens, quant à leur montant, leur utilisation, leur efficacité et leurs modalités de compensation. Deux dispositions participent de cette information :

– la nécessité d’une approbation du montant des compensations par l’État des exonérations, exemptions d’assiettes et réductions de taux aux organismes de sécurité sociale au sens large, qui justifie le présent article ⁽¹⁾;

– une annexe dédiée à l’estimation du montant de la compensation due par l’État au titre des « niches sociales » et destinée à informer les parlementaires et les citoyens sur l’ensemble des dispositifs afférents, ceux qui ont été introduits pendant l’année précédente ou l’année en cours, ainsi que l’ensemble des mesures prévues pour l’année à venir ⁽²⁾.

L’information présentée dans cette annexe a été progressivement enrichie à mesure que le champ des exonérations lui-même s’est étoffé. Les évolutions les plus récentes ont ainsi concerné la CSG, prélèvement pour lequel les principales exonérations prennent la forme d’un taux réduit.

B. LE CONTEXTE : UNE AUGMENTATION DES DÉPENSES ET UNE DOCTRINE DE COMPENSATION FLUCTUANTE

1. Une augmentation rapide du montant des « niches sociales », principalement tirée par les allègements généraux

La trajectoire pluriannuelle récente du montant des « niches sociales » a été ascendante, avec une accélération marquée ces dernières années, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

(1) Disposition inscrite au c du C du I de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

(2) Disposition inscrite au 5° du III de l’article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Rapport des exonérations aux cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF par les employeurs :



Source : ACOSS

Champ : employeurs relevant du régime général pour les cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF (hors FNAL, CSA, cotisations chômage et AGS et hors cotisations des indépendants).

Note : le champ couvert par le graphique diffère du champ du tableau ci-dessous car il se limite aux seules cotisations de sécurité sociale dues aux URSSAF. Il ne comprend donc pas la totalité des cotisations et exonérations patronales, ni les exonérations et cotisations du secteur agricole, ni les cotisations et exonérations des indépendants.

Source : PLFSS 2021, annexe 5.

La prolongation de ce graphique avec les données recueillies depuis 2018 dans les documents annexés aux PLFSS témoigne d'une montée en puissance, pour ce qui est de l'ensemble des niches sociales, des niches :

ÉVOLUTION DU MONTANT DE L'ENSEMBLE DES « NICHES SOCIALES » RECENSÉES DANS LE CHAMP DES ANNEXES 5

(en milliards d'euros)

Année	Montant des niches dans le champ de l'annexe 5
2016	44,7
2017	46,5
2018	48,4
2019	57
2020	63,1

Source : commission des affaires sociales.

La principale explication de cette augmentation de près de 150 % entre 2016 et 2020 tient aux montants alloués aux allègements généraux, selon la chronique suivante :

– le « pacte de responsabilité et de solidarité » ⁽¹⁾, qui a porté le dispositif vulgarisé sous le nom de « zéro charges » sur les rémunérations au niveau du SMIC, a abouti à une exonération de l'ensemble des cotisations sociales pour les rémunérations à hauteur du SMIC, sauf les cotisations de la branche « AT-MP », soumises à un dispositif spécial en raison de leur nature en partie assurantielle. Cette exonération supplémentaire a été estimée à 1,4 milliard d'euros ;

– la réduction des cotisations d'allocations familiales de 1,8 point sur les rémunérations inférieures à 3,5 SMIC, également comprise dans le même « pacte », dont le coût était de 4,5 milliards d'euros en 2015, et de 7,8 milliards d'euros en 2019.

Enfin, plus récemment et toujours dans la perspective d'améliorer la compétitivité des entreprises, d'augmenter le pouvoir d'achat des travailleurs comme de favoriser l'employabilité des travailleurs touchant les rémunérations les plus faibles, l'article 9 de la LFSS 2018 ⁽²⁾ a :

– intégré dans la réduction dégressive des cotisations patronales les cotisations dues au titre des régimes de retraite complémentaire et les contributions au financement de l'assurance chômage, soit une augmentation totale de 10 points des exonérations ;

– diminué de 6 points, sur le même modèle que la réduction des cotisations d'allocation familiale, les cotisations d'assurance maladie sur les rémunérations inférieures au seuil de 2,5 SMIC. Le coût de cette dernière réduction est estimé à 22 milliards d'euros pour l'année 2019.

L'ensemble de ces exonérations dont bénéficient tous les salariés représente aujourd'hui plus de 85 % du montant de l'ensemble des « niches sociales ».

2. Une doctrine fluctuante de compensation d'exonérations

Malgré l'inscription « en dur » des modalités de compensation entre l'État et la sécurité sociale, la pratique a entraîné un contournement assez régulier de la règle fixée à l'article L. 131-7, avant tout par l'inscription d'exceptions dans ce même article. L'identification des mesures qui n'avaient pas à faire l'objet d'une compensation a toutefois largement fluctué ces dernières années, tant en raison de l'évolution des comptes sociaux et de l'État qu'en raison de l'évolution des réflexions sur ce sujet.

(1) Article 2 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

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

Les fluctuations dans la compensation des exonérations pour favoriser le recrutement de travailleurs précaire

Outre la réduction dégressive de cotisations sociales patronales évoquée *supra*, un certain nombre de dispositifs visent à encourager le recrutement de publics éloignés de l'emploi, qu'il s'agisse des stagiaires, des apprentis ou encore des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), prolongé dans ce dernier cas par le présent projet de loi.

Ces exonérations sont généralement compensées par l'État, en application du principe implicite de la loi « Veil » selon lequel les ministères responsables de politiques publiques dont ils font porter la charge aux organismes de sécurité sociale doivent compenser « à l'euro l'euro » les dépenses engagées. C'est effectivement le cas pour le dispositif TO-DE, bien que seule la part « excédentaire » par rapport au scénario contrefactuel d'application des allègements généraux de droit commun soit prise en charge par les crédits budgétaires du ministère de l'agriculture. De la même manière, la mission *Travail et emploi* comprend une ligne budgétaire consacrée à la compensation de l'exonération de la totalité des cotisations sociales sur les contrats d'apprentissage par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public.

Pour autant, par dérogation expresse à l'article L. 131-7, la « franchise de cotisations » sur les gratifications versées aux stagiaires en milieu professionnel, destinée à encourager leur recrutement, n'est pas compensée, pour un coût global d'environ 100 millions d'euros.

L'application du principe selon lequel les exonérations « ciblées » sont l'apanage de la compensation quand les exonérations générales ne peuvent être inscrites au crédit d'aucun ministère connaît donc des exceptions. Il est notable par ailleurs que les principaux allègements généraux font l'objet, depuis 2011, d'une affectation de recettes fiscales, principalement par le biais d'une fraction de TVA. Celle-ci a en retour un effet massif sur la structure des recettes affectée aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale : la TVA nette, estimée à 580 millions d'euros en 2018, serait de 40,6 milliards d'euros en 2021.

Ces fluctuations annuelles dans les modalités de compensation, tout comme l'ampleur de ces dernières, ont conduit à des réflexions inscrites notamment dans le rapport de MM. Christian Charpy et Julien Dubertret, remis au Parlement par le Gouvernement en application de l'article 27 de la loi de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022, dans la perspective de rénover les relations financières entre l'État et la sécurité sociale.

Pour rappel, deux recommandations relevaient du champ de la rationalisation des relations entre l'État et la sécurité sociale :

– la première visait à faire évoluer les principes de compensation des mesures générales de baisses de prélèvements obligatoires. Dans le cas des allègements généraux, en particulier, le rapport interrogeait le principe de compensation intégrale dans le contexte d'un régime général de sécurité sociale excédentaire et de déficits répétés de l'État. Il envisageait d'en « partager le coût à

moyen terme selon une trajectoire compatible avec le remboursement de l'ensemble de la dette sociale à 2024 » ;

– la seconde prévoit le maintien de la règle de compensation pour les exonérations ciblées. La piste d'un partage des coûts évoquée *supra* ne devrait donc pas s'appliquer pour ces exonérations, qui auraient pu prendre la forme de dotations budgétaires. Il est donc considéré comme « *vertueux que les ministères porteurs de ces politiques en assument la responsabilité* ».

Ce rapport a été remis dans un contexte budgétaire diamétralement opposé à celui que nous connaissons aujourd'hui. Le retour à l'équilibre des comptes sociaux ainsi que l'extinction prévue de la dette sociale à l'horizon 2024 laissent entrevoir des marges de manœuvre pour que les régimes de base de la sécurité sociale prennent une place accrue dans la limitation du déficit porté, à l'inverse, continûment par l'État.

Ces préconisations avaient déjà commandé à l'évolution des compensations pour l'année 2019. En application des dispositions combinées de l'article 19 du PLFSS et de l'article 36 du PLF, les diminutions de prélèvements obligatoires n'ont donné lieu à aucune compensation. Il en est allé ainsi de l'exonération de cotisations salariales sur les heures supplémentaires pour l'année 2019, puis, pour l'année 2020 :

– de la suppression du forfait social au titre de l'intéressement pour les entreprises de moins de 250 salariés et au titre de la participation pour les entreprises de moins de 50 salariés ;

– de la création d'un taux de 6,6 % de CSG pour les retraités modestes ;

– de l'exonération de cotisations sociales sur les indemnités de rupture conventionnelle dans la fonction publique ou du plafonnement de la compensation des exonérations au titre du dispositif des « jeunes entreprises innovantes ».

Compte tenu de la trajectoire pluriannuelle présentée par ce projet de loi, les prérequis sur lesquels s'appuyait le rapport sont obsolètes et il semble nécessaire de relancer le « chantier » de la modernisation et de la lisibilité des relations financières entre l'État et la sécurité sociale dans un contexte budgétaire durablement dégradé.

C. LES PISTES D'AMÉLIORATION : MIEUX ÉVALUER, RATIONALISER LES MODALITÉS DE COMPENSATION

1. Des modalités déficientes d'évaluation et de contrôle des « niches sociales »

Les failles dans l'information fournie aux parlementaires dans le cadre de l'annexe 5 avaient été relevées en 2019 par la Cour des comptes dans son rapport

d'application sur les lois de financement de la sécurité sociale. Celles-ci relevaient principalement de deux ordres :

– les erreurs et les choix méthodologiques qui conduisaient à diminuer le montant réel de l'ensemble des « niches sociales », évaluées par la Cour à 90 milliards d'euros pour l'année 2019, soit plus de 25 milliards d'euros de plus que l'évaluation retenue dans l'annexe 5 au PLFSS 2020 ;

– le caractère obsolète ou insuffisamment argumenté de l'évaluation de nombreuses « niches sociales » décrites dans l'annexe 5, ne permettant pas d'évaluer efficacement leur pertinence ⁽¹⁾.

L'encadrement des « niches sociales » souffre en outre d'un défaut supplémentaire, à savoir l'insuffisante prise en compte des lois de programmation des finances publiques. Pour rappel, la loi de 2014 ⁽²⁾ avait prévu une limitation dans le temps à trois ans pour les nouvelles niches sociales, tandis que les niches déjà créées devaient faire l'objet d'une évaluation dans les trois ans après la publication de la loi et leur prolongation, le cas échéant, être dûment justifié. La loi sous l'empire de laquelle est examiné le présent projet de loi de financement ⁽³⁾ reprend également le principe du bornage dans le temps, auquel est associé un plafonnement de la part des « niches sociales » par rapport à l'ensemble des recettes des régimes obligatoires de base ainsi que celles des organismes concourant à leur financement. Ce plafond a été fixé à 14 %, tandis que le rapport a été estimé à 13,4 % en 2019.

Cet encadrement souffre toutefois d'une double limite. La première tient au caractère « législatif ordinaire » des dispositions, ne contraignant en rien le législateur ordinaire ou le législateur financier au moment de la création ou de la prolongation des « niches sociales ». En outre, le plafond de 14 % aurait été fixé, selon le rapport précité de la Cour des comptes, à un niveau trop élevé par rapport à l'existant pour susciter une véritable maîtrise de la création ou du renforcement des « niches sociales ».

2. Une clarification de l'affectation des recettes : vers un domaine réservé des lois de financement de la sécurité sociale

Le rapport remis par MM. Charpy et Dubertret avait également proposé une rationalisation des recettes fiscales de la sécurité sociale, afin que n'y soient affectées que les cotisations sociales, la CSG et les taxes comportementales ou destinées à avoir un impact direct sur les politiques de sécurité sociale, et de compenser les recettes réaffectées à l'État par une fraction supplémentaire de TVA.

(1) Les « niches sociales » présentées dans l'annexe 5 ont fait l'objet de deux exercices de revue générale : l'un a été mené en 2011 par le Comité d'évaluation des dépenses fiscales et des niches sociales, et l'autre en 2015 par une mission commune de l'IGAS et l'IGF.

(2) Loi n° 2014-1653 du 29 décembre 2014 de programmation des finances publiques pour les années 2014 à 2019.

(3) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

La simplification des recettes affectées à la sécurité sociale pourrait aller de pair avec leur « sanctuarisation » organique, en miroir de ce qu’il est prévu pour les lois de finance. Si la préservation de recettes propres à la sécurité sociale doit beaucoup à la loi « Veil », les pratiques actuelles de compensation rendent plus difficilement lisible ce principe pourtant essentiel et rappelé récemment par le Haut Conseil au financement de la protection sociale ⁽¹⁾ : « *il apparaît nécessaire de clarifier les relations entre le budget de l’État et la sécurité sociale afin de disposer d’une règle compréhensible et stable. Le principe d’une préservation des recettes de la sécurité sociale doit être maintenu d’une manière générale, car seule une telle règle simple et lisible permet de s’assurer que la trajectoire financière pluriannuelle est sincère.* »

Le rapporteur général fait siennes ces préconisations, qui pourraient alimenter une réflexion plus globale sur la rénovation du cadre organique des LFSS.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : APPROUVER LE MONTANT DE LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS, À HAUTEUR DE 5,3 MILLIARDS D’EUROS POUR 2020

En application des dispositions organiques évoquées *supra*, le présent article vise l’approbation du montant des exonérations compensées aux organismes de base de la sécurité sociale, tels qu’inscrits dans l’annexe 5.

La trajectoire des exonérations appelle des commentaires spécifiques à la situation actuelle. L’impact de la crise sanitaire sur les recettes de la sécurité sociale, tant en raison du recours massif à l’activité partielle que par le ralentissement drastique de l’activité a eu par construction un impact comparable sur les « niches sociales ». C’est cet impact qui explique la réduction de 11 % du total des exonérations dans le champ des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (champ ROBSS).

	2019	2020 (P)		2021 (P)	
	Coût	Coût	Évolution 2019 - 2020	Coût	Évolution 2020 - 2021
Total	60 793	53 827	-11%	59 142	10%
(1) dont allègements généraux et mesures de modulation des taux	52 948	46 465	-12%	51 757	11%
(2) dont mesures d’exonérations compensées	5 712	5 452	-5%	5 389	-1%
(3) dont mesures d’exonérations non compensées	2 133	1 910	-10%	1 995	4%

Champs ROBSS, montants en droits constatés et en millions d’euros

Source : PLFSS, annexe 5.

Alors que les prévisions pour l’année 2020 étaient de 59 milliards d’euros pour l’ensemble des mesures d’exonération, l’exécution aura été réduite à un coût de 53,8 milliards. Le mouvement de rebond pour l’année 2021 est par ailleurs différencié entre les mesures compensées, non compensées et les allègements généraux. Tandis que ces derniers retrouvent un rythme d’évolution « naturelle », en hausse de 11 % par rapport à 2020, mais encore en retrait par rapport à 2019, les

(1) Haut Conseil du financement de la protection sociale, Les lois de financement de la sécurité sociale : bilan et perspectives, novembre 2019.

mesures d'exonérations compensées poursuivent leur décroissance en 2021 et les mesures non compensées se stabilisent en 2021 à leur niveau de 2020.

Le champ des mesures non compensées continue donc une décrue dont le rapporteur général se réjouit, bien qu'elle se fasse à un rythme moindre que celui qui avait été enclenché en 2017.

S'agissant des mesures compensées, les crédits budgétaires consacrés à la compensation s'élèvent à 5,3 milliards d'euros, en prenant en compte la compensation des exonérations temporaires adoptées au sein de la troisième loi de finances rectificative ⁽¹⁾.

En dehors de ces exonérations, dont le montant est nécessairement indexé sur les mesures qu'impose de prendre la crise sanitaire, la seule modification recensée dans ce PLFSS d'une exonération est la prolongation du dispositif appliqué aux travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi, à l'article 13.

*

* *

(1) Loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020. Les modalités de prise en compte de l'aide au paiement sont inscrites à l'article 6 du présent projet de loi. Le lecteur pourra utilement se reporter à son commentaire pour la compréhension des mécanismes d'exonération temporaires pour les entreprises appartenant aux secteurs les plus touchés par la crise sanitaire et économique.

Articles 20 et 21

**Approbation des tableaux d'équilibre
de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de
solidarité vieillesse pour 2021**

Adopté par la commission sans modification

Les articles 20 et 21 portent approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir respectivement de l'ensemble des régimes obligatoires et du régime général. Ils font état d'un déficit de 26,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, et de 27,1 milliards pour le régime général, en intégrant dans un cas comme dans l'autre le Fonds de solidarité vieillesse.

**I. LES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV EN 2021 : UN
RÉTABLISSEMENT PARTIEL DES COMPTES**

L'**article 20** vise à approuver l'annexe C du projet de loi, qui retrace, conformément ce que prévoit l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale par branche sous la forme d'un tableau pour l'ensemble des régimes obligatoires de base.

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

« C.-Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de la sécurité sociale :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin :

« a) Elle prévoit, par branche, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes. L'évaluation de ces recettes, par catégorie, figure dans un état annexé ; »

Ces dispositions sont déterminantes au sein de la loi de financement puisqu'elles établissent les conditions générales de l'équilibre financier pour l'année à venir, en intégrant les tendances, les mesures nouvelles et les transferts sur lesquels le Parlement est appelé à se prononcer.

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

A. UNE PRÉVISION TRÈS ÉLOIGNÉE DE LA TRAJECTOIRE PRÉVUE L'ANNÉE DERNIÈRE

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2021 avec les prévisions de la LFSS pour 2020, telles qu'elles figuraient dans son annexe B :

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2021 AVEC LA PRÉVISION DE LA LFSS 2020

(en milliards d'euros)

	Prévisions « annexe B » pour 2021 (PLFSS 2020)			Prévisions initiales 2021 (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	249,2	253,6	+ 4,4	245,2	251,9	- 6,6
Maladie	227,2	229,2	+ 2,0	220,8	223,8	- 3,0
Famille	51,3	50,4	+ 0,9	50,4	49,3	+ 1,1
AT-MP	15,3	13,9	+ 1,4	14,7	14,1	+ 0,6
Total	529,0	533,1	- 4,1	526,9	550,8	- 23,9
Total incluant le FSV	528,4	533,5	- 5,1	525,0	551,3	- 26,4

Sources : LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Cette comparaison permet d'illustrer, comme pour l'arrêt des comptes 2018 ou la rectification des comptes 2019, l'évolution des prévisions sur l'année écoulée.

Il faut souligner toutefois un « biais » comparatif, puisque les prévisions de l'annexe B n'intègrent pas de mesures nouvelles pour l'année N+2 autres que la « tenue » de l'ONDAM et les mesures aux effets pluriannuels votées lors de l'examen en fin d'année N de la loi de financement pour l'année N+1 (par exemple, la revalorisation maîtrisée des prestations sociales pour 2020, qui n'a été censurée par le Conseil constitutionnel qu'*a posteriori*).

L'exercice de la prévision macroéconomique et budgétaire étant ce qu'il est, il n'est par ailleurs pas anormal que les écarts de prévisions s'accroissent, l'exercice de prévision du solde en fin d'année 2021 début octobre 2019 étant par construction complexe, même hors événements exceptionnels.

La reconstruction de la « clef de passage », fortement liée à la crise sanitaire cette année, entre ces prévisions vieilles d'une petite année et l'équilibre prévu par le Gouvernement pour 2021 dans le présent projet de loi nécessite de se pencher tant sur le changement de contexte macroéconomiques que sur les mesures nouvelles que contient le présent projet de loi.

1. Le changement d'hypothèses macroéconomiques pour 2021

- Dans l'annexe B de la LFSS 2020, le Gouvernement « tablait » sur un certain nombre d'hypothèses de croissance, de masse salariale, d'inflation et d'évolution de l'ONDAM. Les nouvelles hypothèses proposées dans le présent

projet de loi sont bien différentes, d'autant qu'elles doivent être rectifiées fortement sur deux années consécutives.

Le tableau ci-dessous compare l'écart sur deux ans des prévisions macroéconomiques afin d'illustrer la profonde divergence de la trajectoire après le « choc » subi en 2020. L'écart est présenté ici sur l'ensemble de la période, car l'ensemble de ces sous-jacents étant présentés en taux d'évolution, il est nécessaire de prendre en compte le spectaculaire « rebasage » qu'a constitué l'exercice 2020 pour constater l'étendue de cette divergence.

ÉVOLUTION DES HYPOTHÈSES MACROÉCONOMIQUES SUR LA PÉRIODE 2020-2021

	Hypothèses macro-économiques (en %)						
	LFSS 2020 (annexe B)			PLFSS 2021			Ecart 2020-2021
	2020	2021	2020-2021	2020	2021	2020-2021	
évolution du PIB en volume	1,30	1,30	2,62	-10,00	8,00	-2,80	-5,42
masse salariale privée	2,80	3,00	5,88	-7,90	6,80	-1,64	-7,52
inflation hors tabac	1,00	1,30	2,31	0,20	0,60	0,80	-1,51
ONDAM	2,45	2,55	5,06	6,00	3,10	9,29	4,22

Note : les taux d'évolution de l'ONDAM ont été ajustés pour tenir compte des annonces du plan « hôpital » intervenues après la rédaction de l'annexe B, dans laquelle figuraient des ONDAM de 2,3 % pour 2020 et 2021.

Source : commission des affaires sociales à partir des données des annexes B 2020 et 2021.

Au total, sur la période 2020-2021, se sont ajoutés :

- l'absence de lien bien établi entre la croissance et les comptes sociaux, comme évoqué dans le commentaire de l'article 7 ; tout au plus, elle peut donner une indication sur le rendement de la TVA affectée à la sécurité sociale, mais sur longue période ;

- une dégradation de la masse salariale du secteur privé de 1,64 point en valeur absolue et de 7,52 points par rapport à ce qui était attendu ; en retenant l'hypothèse présentée à la Commission des comptes de la sécurité sociale à l'automne, cette perte représente donc au total près de 15,5 milliards d'euros de « manque à gagner » sur deux ans pour le régime général, y compris en tenant compte de la forte reprise prévue en 2021 ; il faudrait par ailleurs y ajouter les pertes de recettes des travailleurs non salariés, non pris en compte dans cette convention ;

- l'inflation devrait quant à elle jouer en sens inverse, puisqu'avec une inflation plus faible de 1,5 point sur la période, la sécurité sociale devrait « gagner », par le truchement des indexations, 2,3 milliards d'euros ;

- enfin, les ONDAM considérablement relevés sur la période devraient conduire à une dépense supplémentaire de 9 milliards d'euros, en plus des augmentations déjà prévues, sur la période.

2. Les mesures nouvelles pour 2021

S'ajoutent par ailleurs comme chaque année au nouveau contexte de nouvelles mesures, faisant pour une grande partie d'entre elle l'objet d'une mesure législative dans le présent projet de loi. Ces mesures font naturellement l'objet de commentaires approfondis dans les articles qui les concernent mais elles sont agrégées dans le tableau ci-dessous avec leur impact financier, afin de les mettre en perspective.

IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES EN 2021 SUR L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV

(en milliards d'euros)

Mesures en recettes	
Effet « retour » en cotisations du « Ségur »	+ 2,8
Financement par l'Union européenne de la part « investissement » du « Ségur »	+ 1,4
Reprise CAMIEG	+ 0,2
Pertes de recettes dues au congé paternité	- 0,09
Mesures en dépenses	
Vieillesse	
Maladie	
Mise en œuvre du Ségur de la santé	- 6,86
Économies dans le champ de l'ONDAM	+ 4,0
Famille	
Effet du congé de paternité (versement des indemnités journalières)	- 0,2
Autonomie	
Mise en œuvre du Ségur de la santé	- 2,0
Versement aux MDPH	- 0,02
Accidents du travail – maladies professionnelles	
Dotations diminuées au FIVA	+ 0,04
Effet total de ces mesures nouvelles	- 0,8

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 4 du projet de loi.

Ce tableau est délibérément simplifié par rapport au tableau d'équilibre financier :

– les mesures en recettes sont « globalisées » au niveau de tous les régimes obligatoires et FSV ;

– les mesures de « tuyauterie », y compris très importantes comme le transfert des dépenses de l'ONDAM médico-social de la branche maladie à la branche autonomie, ne sont pas retracées car il s'agit de mesures faussement nouvelles sur un plan financier à l'échelle de l'ensemble de la sécurité sociale (les dépenses ou recettes existaient déjà, et les transferts sont effectués à somme nulle) ; ces transferts sont ainsi commentés dans d'autres articles ⁽¹⁾.

(1) On pourra notamment se reporter au commentaire de l'article 17 sur les compensations de ces transferts entre branches.

Les mesures liées au Ségur de la santé y jouent un rôle décisif en dépenses (8,86 milliards d'euros supplémentaires) comme en recettes (4,2 milliards d'euros de recettes supplémentaires en intégrant la participation de l'Union européenne).

Des économies significatives sont également attendues au niveau de l'ONDAM « hors COVID » à hauteur de 4 milliards d'euros.

Hors maladie, la principale mesure concerne le congé paternité qui aura un impact naturellement en dépenses lié aux indemnités journalières supplémentaires à verser, mais aussi en recettes.

Au total, ces mesures contribueront donc à dégrader le solde de 0,8 milliard d'euros.

B. UN DÉFICIT QUI DEVRAIT SE RÉTABLIR PAR RAPPORT À L'EXERCICE 2020

Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2021 aux prévisions rectifiées pour 2020 par l'article 7.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2020 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Prévisions rectifiées 2020 (PLFSS 2021)			Prévisions initiales 2021 (PLFSS 2021)			Comparaison 2020-2021
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Écart
Vieillesse	237,4	247,0	- 9,6	245,2	251,9	- 6,6	+ 3
Maladie	206,2	236,1	- 29,8	220,8	223,8	- 3,0	+ 26,8
Autonomie	-	-	-	31,2	31,2	+ 0,0	-
Famille	47,1	50,4	- 3,3	50,4	49,3	+ 1,1	+ 4,4
AT-MP	13,6	13,9	- 0,2	14,7	14,1	+ 0,6	+ 0,8
Total*	490,8	533,7	- 42,9	526,9	550,8	- 23,9	+ 19
Total incluant le FSV*	488,1	534,2	- 46,1	525,0	551,3	- 26,4	+ 19,7

Sources : PLFSS 2021.

Cette comparaison témoigne principalement de l'amélioration de la situation économique entre 2020 et 2021, qui se traduit par une hausse très soutenue des recettes (+ 7,6 % toutes branches et FSV confondus) par rapport aux dépenses (+ 3,2 %). Si toutes les branches voient leur solde s'améliorer, certaines connaissent des « rebonds » plus nets que d'autres :

– l'amélioration est particulièrement nette pour les branches famille et AT-MP, qui renouent avec des excédents dès 2021 ; les dépenses de la branche famille diminuent notamment en raison du transfert de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé à la branche autonomie (- 2,2 %), tandis que ses recettes

augmenteraient fortement (+ 7,0 %) ; la branche AT-MP bénéficierait quant à elle d'un quasi-retour à la normale avec une croissance des dépenses d'1,4 % et un ressaut des recettes de 8,1 % ;

– l'amélioration du solde de la branche maladie serait moins forte en raison des dépenses supplémentaires qu'elle engage au titre des mesures nouvelles ; l'évolution négative des recettes comme des dépenses est par ailleurs fortement biaisée par les transferts de CSG, d'une part, et des dépenses de l'ONDAM médico-social, d'autre part, vers la branche autonomie ; elle masque notamment une hausse importante des recettes à « iso-périmètre » ;

– la branche autonomie n'a pas de point de comparaison en 2020 mais « naîtrait » à l'équilibre grâce à un transfert « équilibré » de recettes depuis la branche maladie ;

– la branche vieillesse voit son solde s'améliorer significativement mais comparativement moins que les autres branches ; le rebond des recettes est fortement ralenti en l'absence du produit exceptionnel lié à la soultte « IEG » constaté en 2020 (+ 3,3 %) et les dépenses plus indépendantes à la crise sanitaire continueraient de croître à un rythme soutenu (+ 2,0 %).

Si l'exercice 2021 n'a pas permis de « rattraper » totalement sur le plan financier les pertes de l'année 2020, il préfigure assez largement les équilibres de moyen terme de la sécurité sociale, autour d'un déficit demeurant très élevé (– 26,4 milliards d'euros en 2021) et de quatre « catégories » de solde très distincts.

II. UNE SITUATION LÉGÈREMENT MOINS FAVORABLE DU RÉGIME GÉNÉRAL

L'article 21 vise à approuver le tableau d'équilibre du régime général, figurant dans l'annexe C du projet de loi, qui présente pour chaque branche les recettes et les dépenses. Celui-ci est mis en regard des prévisions rectifiées pour 2020 dans le tableau suivant :

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions rectifiées 2020 (PLFSS 2021)			Prévisions initiales 2021 (PLFSS 2021)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	132,7	247	– 7,8	137,4	144,7	– 7,3
Maladie	204,8	236,1	– 29,8	197,9	216,9	– 19
Famille	47,1	50,4	– 3,3	50,4	49,3	+ 1,1
AT-MP	12,1	13,9	– 0,3	13,2	12,7	+ 0,5
Total*	383,7	533,7	– 41,2	416,2	440,9	– 24,7
Total incluant le FSV*	382,3	534,2	– 44,4	415,4	442,5	– 27,1

Source : PLFSS 2021, articles 7 et 21.

- Comme pour l'analyse des deux exercices précédents, le volume financier du régime général et les mécanismes d'intégration conduisent à de nombreuses évolutions congruentes avec celles du solde de l'ensemble des régimes, conduisant à se pencher plus précisément sur les comptes des branches vieillesse et AT-MP.

S'agissant de la branche vieillesse du régime général, son résultat est détérioré de 700 millions d'euros de plus que celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) pour le même risque. Cela procéderait essentiellement des effets « retour » du « Ségur » en cotisations de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités territoriales (CNRACL), à laquelle sont également affiliés les agents de la fonction publique hospitalière, pour un montant de 800 millions d'euros. S'y ajouteraient le retour à une situation excédentaire de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, qui bénéficierait des rentrées des cotisations reportées en 2020, et la croissance des excédents du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles (300 millions d'euros), de la Caisse de retraite des personnels des clercs et employés de notaires (CRPCEN), de la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) et de la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG).

S'agissant de la branche AT-MP du régime général, le déficit serait légèrement meilleur que celui de l'ensemble des ROBSS de 100 millions d'euros, en raison de la situation financière du régime des salariés agricoles.

*

* *

Article 22

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 22 permet l'approbation de l'annexe C, qui présente l'état des recettes pour chacune des branches, ainsi que de l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2021, fixé à 17,1 milliards d'euros, et, enfin, des prévisions de recettes et de mises en réserves du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), nulles les unes comme les autres comme chaque année depuis 2011.

Figurant obligatoirement dans les lois de financement, cet article permet d'approuver tour à tour :

- l'annexe C ;
- l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2020 ;
- les recettes et mises en réserves du FSV.

1. L'approbation de l'annexe C

● S'agissant de l'annexe C, visée au *a* du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3 qui fixe le contenu des lois de financement, elle prévoit conformément aux prescriptions organiques l'évaluation des « *recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et, de manière spécifique, celles du régime général, ainsi que les recettes des organismes concourant au financement de ces régimes* ». Ce faisant, elle présente quelques redondances avec l'annexe 4 au présent projet de loi, qui consiste en une adaptation du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, intégrant les mesures nouvelles proposées par le Gouvernement dans le projet de loi de financement.

Le **I** propose l'approbation des prévisions de recettes, telles qu'elles ressortent de cette annexe, en parallèle du vote des objectifs de dépenses en troisième partie.

Il s'agit toutefois de l'occasion de faire le point sur la nature des ressources des régimes obligatoires de sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse (525 milliards d'euros en 2021).

Les cotisations « effectives », c'est-à-dire celles qui sont effectivement versées aux organismes de recouvrement après prise en compte des allègements, représentent une part minoritaire des ressources des régimes et du FSV (49,5 %

contre 50,4 % en prévision l'année dernière ⁽¹⁾). Ce passage, à forte dimension symbolique, sous la part de 50 % de cotisations traduit principalement l'effondrement conjoncturel des cotisations assises sur la masse salariale du secteur privé en 2020, notamment en raison du recours massif à l'activité partielle dont l'indemnisation est exonérée de cotisations sociales. Les autres ressources (fiscales, dotations, etc.) ont été par construction plus résistantes à l'évolution de la masse salariale soumise à cotisations. L'exercice 2021 ne permettant pas totalement de rattraper cette « chute », il porte encore les « stigmates » de cette crise conjoncturelle. Compte tenu de la dynamique prévue à l'annexe B, le retour à un financement légèrement, majoritaire par de véritables cotisations n'est donc pas à exclure pour 2022.

Les ressources fiscales (201 milliards d'euros), dominées par la contribution sociale généralisée (105,5 milliards d'euros), constituent quant à elles 38,2 % des recettes.

Ces ressources sont complétées par des cotisations prises en charge par l'État (5,7 milliards d'euros), des cotisations fictives d'employeurs (42,4 milliards d'euros) ⁽²⁾, les produits financiers (0,3 milliard d'euros) et les autres produits (8,8 milliards d'euros), mais diminuées des charges pour non-recouvrement (2,4 milliards d'euros à l'échelle des régimes de base).

● À l'échelle des branches, on peut relever, sans attribuer ce constat au seul exercice 2020, que les parts respectives de cotisations et de ressources fiscales n'ont pas de lien avec le caractère contributif ou non des prestations de la branche à laquelle elles sont affectées.

Ainsi, la branche famille est majoritairement financée par des cotisations (61 % de cotisations effectives), alors que les prestations qu'elle sert ne sont que peu, voire pas contributives.

Deux branches, la branche vieillesse, dont une part très majoritaire des prestations (environ 80 %) est contributive, et la branche maladie, devenue à 99 % non contributive avec la mise en place de la PUMA, sont financées par un « mix » plus ou moins cohérent : 57 % pour la première (tous régimes confondus ⁽³⁾) et 34 % pour la seconde.

Enfin, une certaine cohérence caractérise le financement à 93 % de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, traditionnellement très « assurantielle », par des cotisations effectives et le financement entièrement fiscal du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui assure le financement de prestations de solidarité.

(1) Le résultat a été de fait très différent de la prévision puisque, d'après l'annexe 4, les ressources des régimes ne compteraient que 48 % de cotisations effectives en 2020.

(2) Ces cotisations correspondent en réalité à des prestations versées sans contrepartie par les employeurs publics.

(3) La part est plus importante pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV).

2. L'objectif d'amortissement de la dette sociale en 2021

Le **II** fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour 2021 à 17,1 milliards d'euros. Cette prévision correspond :

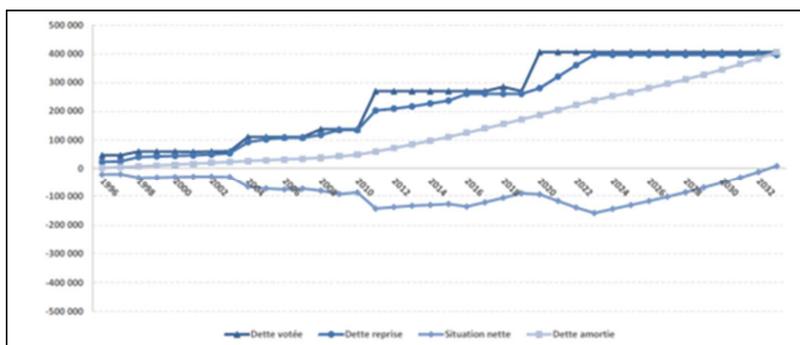
– à l'actualisation de ses prévisions de recettes, constituées de CSG et de sa ressource propre, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), selon un rythme de croissance soutenu après une année 2020 de baisse des recettes (respectivement + 7,6 % et + 7,3 %) ;

– à l'actualisation des conditions d'endettement en 2021, avec des charges financières qui devraient continuer à diminuer de 19,1 % d'après l'annexe 8 ;

– au versement de 2,1 milliards d'euros qu'opère le Fonds de réserve pour les retraites depuis 2013, jusqu'à ce que cette fraction passe à 1,45 milliard à compter de 2025.

Dans ces conditions, fin 2021, la CADES aurait repris 320 milliards d'euros de dette et amorti 204 milliards d'euros. Il resterait 116 milliards d'euros à amortir auxquels pourraient s'ajouter les 116 milliards d'euros restant à reprendre aux termes de la loi du 7 août 2020 (136 milliards d'euros prévus ⁽¹⁾ minorés des 20 milliards d'euros dont le transfert a déjà été organisé par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 ⁽²⁾), soit 312 milliards d'euros. Ce montant relativement élevé doit naturellement être relativisé au regard de la hausse constante des ressources de la CADES en euros, qui devrait lui permettre d'amortir cette somme d'ici 2033.

ÉVOLUTION DE LA SITUATION NETTE DE LA CADES D'ICI 2033

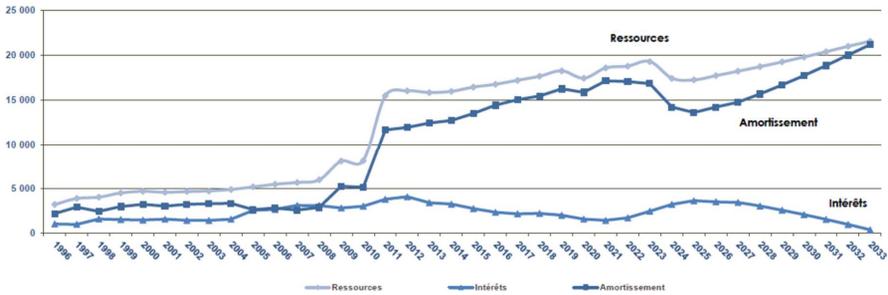


Source : PLFSS 2021, annexe 8.

(1) Pour mémoire, 31 milliards au titre des déficits cumulés par la branche maladie du régime général, le FSV, le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et la CNRACL, 92 milliards de déficits prévisionnels du régime général et du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et 13 milliards d'euros au titre des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

(2) 6,2 milliards d'euros de Fonds de solidarité vieillesse, 10,2 milliards d'euros de la CNAM et 3,6 milliards de la CCMSA au titre du régime d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés agricoles.

ÉVOLUTION DES RESSOURCES CONSACRÉES À L'AMORTISSEMENT ET AUX INTÉRÊTS D'ICI 2033



Source : PLFSS 2021, annexe 8.

3. Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** affecte un montant nul de recettes au FRR, dont la vocation n'est plus d'être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la CADES.

4. Les mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **IV** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse, qui n'a plus vocation à constituer des réserves, même s'il a pu exercer cette mission dans le passé.

*
* *

Article 23

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2021 et fixe les plafonds de ces encours. Il maintient un plafond particulièrement élevé pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (95 milliards d'euros, comme en 2020) pour faire face à toute éventualité.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes, sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme (douze mois maximum).

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'ACOSS est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources.

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de pouvoir couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice.

Comme en 2020, six organismes bénéficieront d'une telle habilitation en 2021, en application du **I** :

- l'ACOSS pour le régime général mais aussi pour les concours et avances qu'elle peut apporter à d'autres régimes ou organismes ;
- la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;

– la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) ;

– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

– la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) ;

– la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL).

Le commentaire du présent article est l’occasion de présenter, sans prétendre à l’exhaustivité sur cette question touchant à la gestion financière infra-annuelle, les besoins de trésorerie de ces six organismes. Son contenu, très proche dans sa structure de celui de l’année précédente sur cet article récurrent, s’appuie notamment sur l’annexe 4 du projet de loi ⁽¹⁾. On peut souligner néanmoins que la fixation de ces plafonds s’inscrit dans un contexte financier difficile, hérité de l’exercice 2020.

1. L’ACOSS et le régime des exploitants agricoles doivent assurer les besoins de trésorerie de régimes déficitaires

• Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le **régime général**, reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles.

Compte tenu de ces éléments, la variation annuelle de trésorerie de l’ACOSS serait de – 17,7 milliards d’euros. Le solde au 31 décembre 2019 s’établirait à – 23,5 milliards d’euros, et au 31 décembre 2020 à – 36,7 milliards d’euros.

Le solde moyen net prévisionnel serait de – 43,0 milliards d’euros, avec un besoin de financement maximal brut de 74,9 milliards d’euros le 15 janvier 2021, comprenant notamment les avances aux partenaires.

Compte tenu de ces différents éléments, le présent article propose de fixer le plafond d’emprunt de l’ACOSS à hauteur de 95 milliards d’euros pour l’ensemble de l’année 2021, soit un niveau équivalent au plafond rectifié par l’article 5 du présent projet de loi. Il s’agit d’un plafond particulièrement prudent, puisqu’il conserve une marge de 20 milliards d’euros par rapport au « point bas » envisagé. Cette prudence fait bien sûr écho à la nécessité en 2020 de relever ce plafond en deux reprises pour faire face à des circonstances exceptionnelles, en recettes comme en dépenses. D’après l’ACOSS lors de son audition pour le rapporteur général, une telle « marge » permettrait à titre d’exemple d’absorber le non-recouvrement de 30 à 40 % des cotisations pendant deux mois, scénario qui s’était réalisé pendant le confinement à l’occasion des échéances de paiement

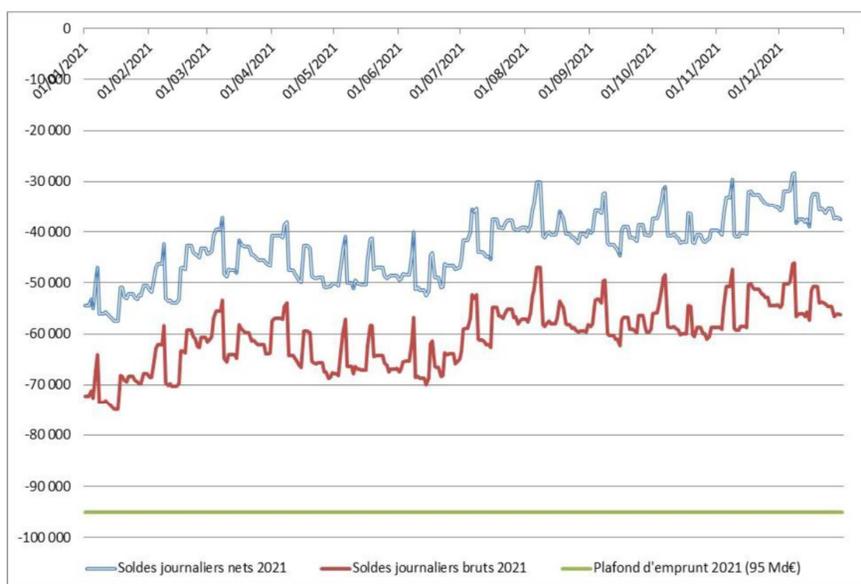
(1) Annexe 4 qui reproduit souvent les analyses des années précédentes sur les déterminants de ces besoins de trésorerie.

d'avril et de mai. Cette prévision est d'autant plus prudente, qu'une nouvelle étape de reprise de dette par la CADES devrait intervenir au cours de l'année. Enfin, un plafond plus élevé que les besoins permettent à l'agence d'emprunter plus que ce dont elle a besoin afin de sécuriser vingt à vingt-cinq jours de trésorerie.

Ce plafond permettra à l'ACOSS, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement du régime vieillesse des exploitants agricoles, du régime des mines, ainsi que du régime d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières.

Il conserve une marge, compte tenu du point bas prévisionnel, pour faire face à d'importants aléas conjoncturels.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS EN 2020 ET 2021



Source : annexe 4 du PLFSS 2021.

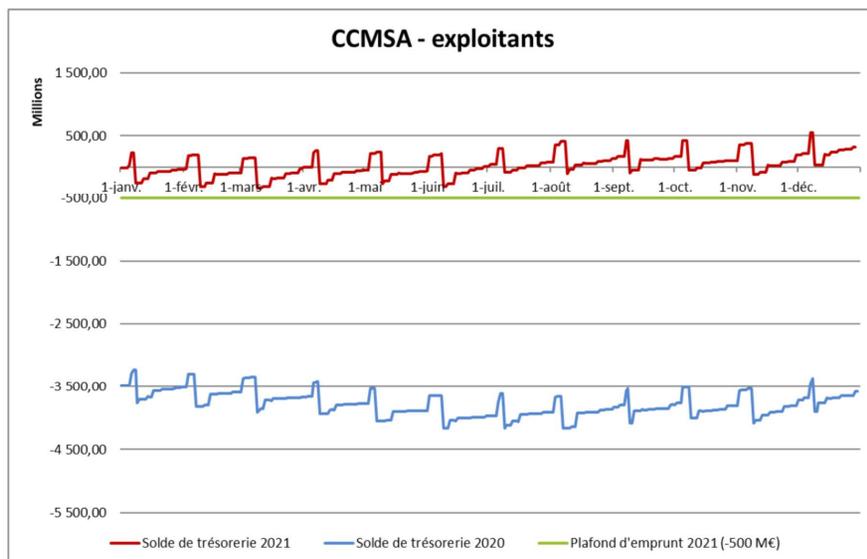
• Depuis 2009, la **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole** (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, qui a renoué seulement en 2018 et resterait en léger excédent en 2020 (+ 56 millions d'euros) et en 2021 (+ 332 millions d'euros).

Elle aura par ailleurs bénéficié en application du décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 d'une reprise de 3,6 milliards d'euros au 31 décembre 2020, correspondant aux dettes cumulées avant 2018.

Comme les années précédentes, le régime agricole sera donc autorisé à recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2021, mais dans des proportions logiquement bien moindres, puisqu'il devra respecter un plafond, fixé

par le présent article à 500 millions d’euros, correspondant au point bas qui devrait être atteint à deux reprises, en mars et juin.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CCMSA EN 2020 ET 2021



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

Depuis 2016⁽¹⁾, les besoins de trésorerie de la CCMSA sont en principe intégralement financés par l'ACOSS (art. L. 225-1-4 du code de la sécurité sociale), même si une ligne de tirage a été conservée auprès d'un partenaire bancaire pour un maximum de 500 millions d'euros.

2. Les autres organismes gèrent des problèmes de trésorerie significatifs liés à des règles spécifiques

- Le profil de trésorerie de la **Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF** (CPRP-SNCF) était traditionnellement caractérisé par un décalage existant entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

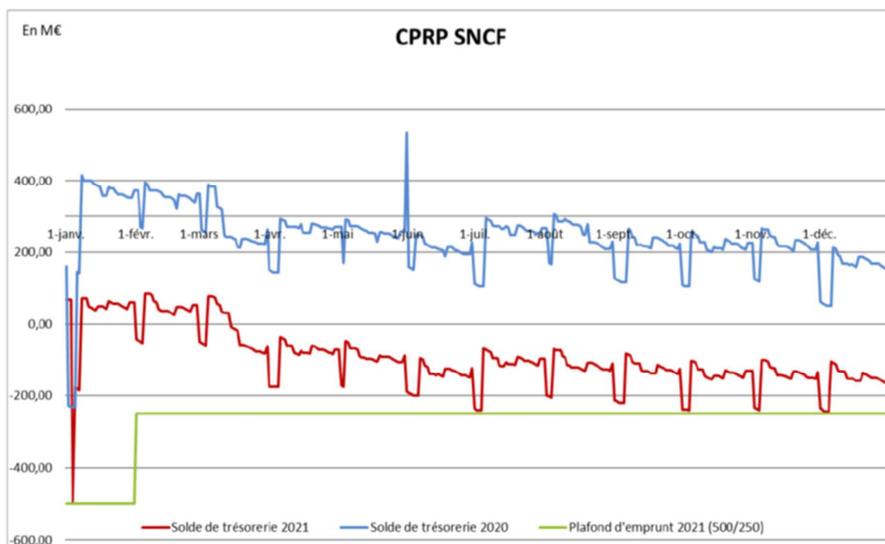
(1) Il de l'article. 42 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2021, le solde moyen de trésorerie sur l'année est prévu à - 94 millions d'euros avec un point bas prévu le 4 janvier à - 497 millions d'euros. En effet, comme en 2020, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel, pour des raisons techniques, ne peut avoir lieu plus tôt que le 6 janvier.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 500 millions d'euros pour la période du 1^{er} au 31 janvier, puis un second plafond de 250 millions d'euros pour le reste de l'année, en nette hausse par rapport à 2020 (respectivement 500 et 250 millions d'euros) en raison d'un solde moyen de trésorerie fortement dégradé. Ces plafonds laissent une marge significative, permettant de faire face à des aléas, comme en témoigne le graphique ci-dessous :

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CPRP-SNCF EN 2020 ET 2021



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

● **La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM)**, chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

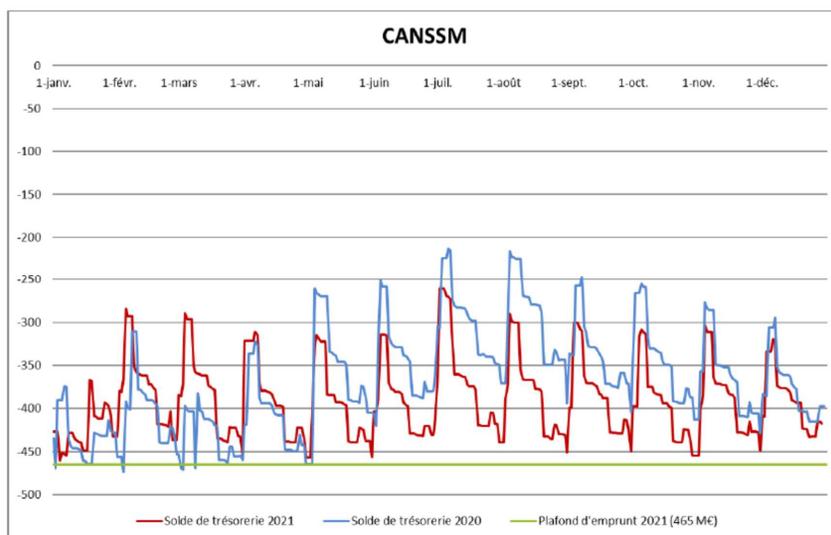
Les recettes de la caisse sont constituées à 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée « vieillesse », et subvention de l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les

besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2021, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de - 390,8 millions d'euros, en légère baisse par rapport à 2020 (- 367,1 millions). Le « point bas » serait à - 460,6 millions d'euros (soit un niveau un relevé par rapport à 2020, qui serait de - 473,8 millions). Par conséquent, le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 465 millions d'euros, logiquement en légère diminution par rapport à 2020 (515 millions d'euros).

Le besoin du régime en ressources non permanentes continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'ACOSS, dans le cadre de l'intégration financière de la branche maladie.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CANSSM EN 2020 ET 2021



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

● **La Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG)** présentait ces dernières années un besoin constant en fonds de roulement, son profil de trésorerie étant rythmé par un versement trimestriel des retraites. La Caisse devait ainsi recourir à des montants d'emprunts bancaires importants pour financer ses décalages de trésorerie.

Afin de réduire fortement les décalages en trésorerie entre les encaissements des cotisations et les décaissements des pensions de retraite – lesquels conduisaient à un besoin de financement dont les modalités de couverture paraissaient problématiques dans un contexte de raréfaction des concours

bancaires – une réforme plus structurelle a été mise en œuvre à partir d’avril 2013 avec la mensualisation du versement des pensions.

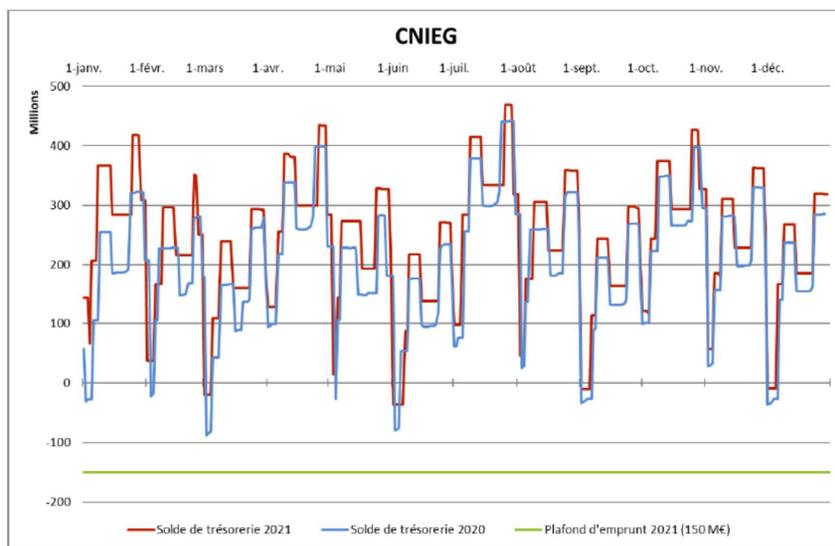
L’amélioration de la gestion de la trésorerie du régime a donc permis au régime de limiter ses besoins de court terme. Il dégage d’ailleurs des excédents ponctuels qui sont placés à l’ACOSS et donnent lieu à une rémunération. En contrepartie, le régime recourt à des avances de trésorerie de l’ACOSS.

L’année 2021 verrait le profil de trésorerie s’améliorer encore par rapport à 2020, en raison de l’augmentation de contribution tarifaire d’acheminement.

De ce fait, le solde moyen de trésorerie pour 2021 serait en hausse, à 240,3 millions d’euros contre 203,4 millions d’euros en 2020, avec un point bas prévu à – 36,7 millions d’euros en juin.

Le présent article propose donc de retenir un plafond d’emprunt à 250 millions d’euros, laissant une marge suffisante pour faire face aux aléas.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNIÉG EN 2020 ET 2021



Source : annexe 4 du PLFSS 2021.

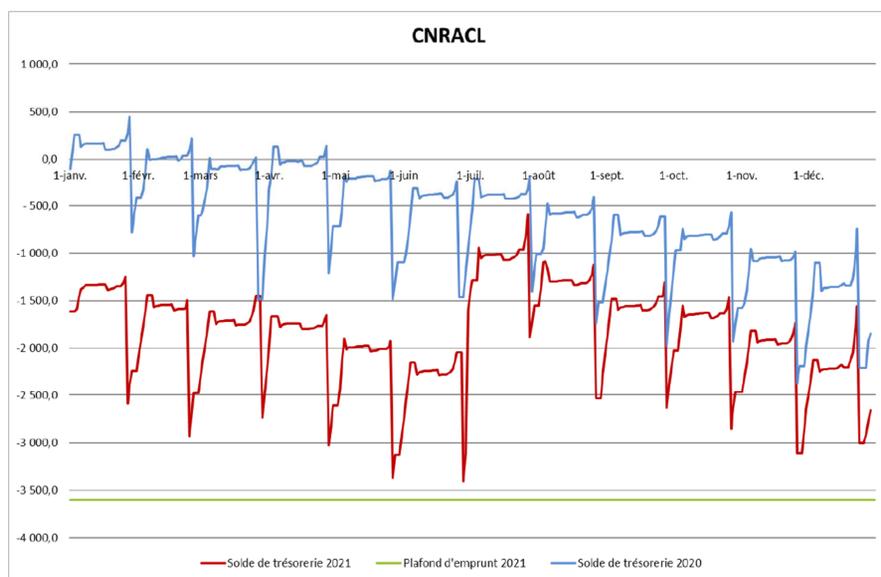
● La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) a renoué avec un besoin de recourir à des ressources non permanentes pour la première fois depuis 2013 en 2019.

Cette situation résulte d’une nouvelle dégradation de sa situation financière, les mesures de redressement mises en place entre 2013 et 2015 ayant fini de produire leurs effets.

En 2021, le régime pourrait avoir un résultat, prévisionnel, amélioré par rapport à 2020, de -0,8 milliard d'euros, avec néanmoins un point bas de -3,4 milliards d'euros dû au « roulement » du déficit 2020 (-1,4 milliard d'euros).

La Caisse est donc à nouveau habilitée par le présent article à recourir à des ressources non permanentes à hauteur d'un plafond abaissé à 3,6 milliards d'euros, contre 4,7 milliards d'euros en 2020 (2 milliards pour les six premiers mois de l'année, 2,7 milliards pour les six derniers mois de l'année). Ce plafond laisserait ainsi une « marge » de 200 millions d'euros par rapport au « point bas ».

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNRACL EN 2020 ET 2021



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

*
* *

Article 24

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Adopté par la commission sans modification

L'article 24 fixe la trajectoire financière pour les quatre années à venir. Elle se caractérise par d'importants déficits, qui diminueraient progressivement jusqu'en 2024, date à laquelle les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse enregistreraient un solde de – 21,2 milliards d'euros.

● En application du 1° du C du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) comporte chaque année un article approuvant son annexe B, constituée d'un rapport – prévu par le I de l'article L.O. 111-4 – décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes (c'est-à-dire du Fonds de solidarité vieillesse), ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour les quatre années à venir (en l'occurrence, 2020 à 2023).

Cette démarche s'inscrivant dans le cadre plus général de la pluriannualité des finances publiques, le rapport de l'annexe B est théoriquement construit en cohérence avec, du plus récent au plus ancien :

– les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques, présentées dans le Rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances (PLF) de l'année ⁽¹⁾ ;

– le programme de stabilité de la France, transmis chaque année à la Commission européenne en application des règles d'encadrement des déficits et des dettes des administrations publiques nationales ⁽²⁾ ; cette année ayant été particulièrement riche en événements inattendus, le « PStab » est cependant un peu daté et ne s'était pas aventuré à faire des hypothèses jusqu'en 2023 en raison des fortes incertitudes qui caractérisaient le contexte de sa réalisation ;

– les lois de programmation pluriannuelle des finances publiques ⁽³⁾, qui sont le support juridique national permettant de définir la stratégie de redressement des comptes publics ; la loi du 22 janvier 2018, déjà « usée » en partie par l'évolution de la situation macroéconomique entre début 2018 et fin 2019, est désormais dépassée et gagnera probablement à être remplacée par une nouvelle loi de programmation dès que l'agenda parlementaire en permettra la discussion.

(1) Ce rapport est disponible ici : <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/6efc6c82-e294-48ed-87a4-559ecc13747c/files/38833aa8-5cdd-45da-8ca2-e5b2fdffb352>

(2) Programme de stabilité 2019-2023, disponible ici : https://www.performance-publique.budget.gouv.fr/sites/performance-publique/files/files/Programme_de_stabilite_2020.pdf

(3) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

Il faut par ailleurs signaler qu'outre les rapports parlementaires, plusieurs publications commentent, à des degrés divers, les perspectives pluriannuelles des finances publiques, et notamment sociales :

- le rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des LFSS ⁽¹⁾ ;
- le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽²⁾ ;
- l'avis du Haut Conseil des finances publiques relatif aux PLF et PLFSS de l'année ⁽³⁾.

Ce commentaire n'a pas l'ambition de résumer les analyses macroéconomiques produites dans ces différentes publications, auxquelles on pourra toutefois se référer pour davantage d'éclairages sur les principales perspectives dressées dans l'annexe B. On relèvera que, comme l'année dernière, celle-ci consacre d'assez longs développements à la présentation de mesures contenues dans le texte pour l'année 2020, sur lesquelles il est par construction inutile de s'attarder ici, les commentaires des autres articles pourvoyant au besoin l'information du Parlement.

Cette trajectoire mérite néanmoins une attention renforcée car elle dessine à la fois le grand trouble financier qui résulte de la crise, mais aussi à bien des égards les grands équilibres de « l'après-crise » et la mise en œuvre de mesures, dont certaines prendront effet après la fin de la législature.

I. UNE TRAJECTOIRE ENTIÈREMENT REVUE AU REGARD DES CONSÉQUENCES DE LA CRISE SANITAIRE ET ÉCONOMIQUE DE 2020

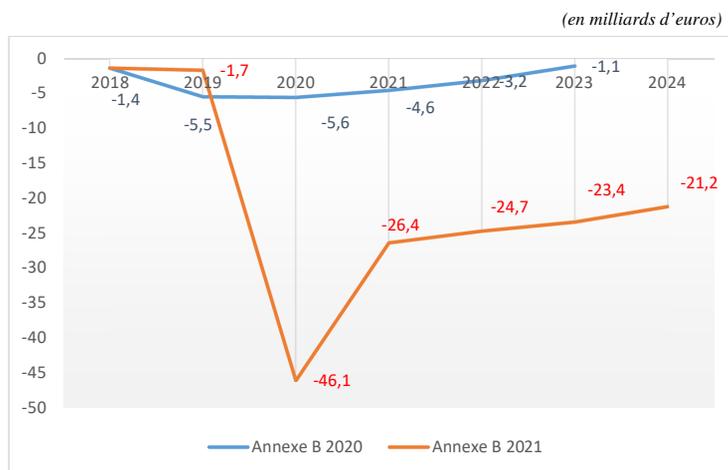
La trajectoire budgétaire dessinée dans l'annexe B du présent PLFSS se distingue très nettement de son équivalent de l'année précédente, pour la période 2018-2020 seule à permettre la comparaison, comme en témoigne le graphique suivant.

(1) Pour 2020 : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2020-10/20201007-rapport-securite-sociale-2020.pdf>

(2) Pour septembre 2020 (tome I, présentant les principales perspectives financières pour la sécurité sociale) : <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2020/RAPPORT%20CCSS-Sept%202020%20-TOME1.pdf>

(3) Pour les projets de lois financières pour 2021 : <https://www.hcftp.fr/sites/default/files/2020-09/Avis%20HCFP-2020-5%20PLF-PLFSS%202021.pdf>

ÉVOLUTION DU SOLDE DES RÉGIMES DE BASE ET DU FSV



Source : commission des affaires sociales, à partir des annexes B des LFSS 2020 et PLFSS 2021.

Ces « courbes » qui se disjoignent brutalement avant de suivre deux tracés parallèles mais distants témoignent de la profonde modification des perspectives financières au-delà des exercices 2020 et 2021, commentés de manière détaillée dans les articles d'équilibre.

Les développements suivants se proposent de prolonger les constats faits dans ces commentaires sur la période 2022-2024, avec toute la prudence et la modestie qu'impose la lecture des précédentes annexes B.

1. Un impossible « retour à la normale »

a. Des prévisions macro-économiques qui permettent d'envisager un retour à des niveaux de recettes d'avant-crise en 2022...

Les nouvelles prévisions macroéconomiques du Gouvernement semblent dessiner deux périodes distinctes :

– une phase de « décrochage » en 2020 partiellement compensé par un « rebond » en 2021 ;

– un « retour à meilleure fortune » à compter d'une année 2022 qui prolongerait le « rebond » de 2021 avant de revenir à des prévisions 2023 proches de celles qui préexistaient avant la crise.

COMPARAISON DES HYPOTHÈSES MACRO-ÉCONOMIQUES SOUS-JACENTES AUX
ANNEXES B 2020 ET 2021

(en pourcentages)

	Prévisions LFSS 2020					Prévisions LFSS 2021					
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Croissance du PIB	1,4	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	- 10,0	8,0	3,5	2,0	1,4
Croissance de la masse salariale	3,3	2,8	3,0	3,3	3,4	3,2	- 7,9	6,8	34,7	3,7	3,4
ONDAM	2,5	2,45	2,4	2,4	2,3	2,6	7,6	3,5	1,1	2,4	2,3
Inflation hors tabac	1,0	1,0	1,3	1,6	1,8	0,9	0,2	0,6	1,0	1,4	1,8

Source : commission des affaires sociales, à partir des annexes B des PLFSS 2020 et 2021.

Comme déjà évoqué dans les commentaires des articles 7, 20 et 21, le lien entre la croissance du PIB et la situation financière de la sécurité sociale n'est pas évident à identifier, mais la croissance économique constitue assez naturellement un indicateur important sur l'orientation des recettes d'ensemble de la sécurité sociale.

Les autres indicateurs semblent prendre après 2020 des évolutions très positives :

- la masse salariale du secteur privé, qui constitue les deux tiers de l'assiette des recettes de la sécurité sociale, devrait progresser à un rythme soutenu tout au long de la période 2022-2024 ;

- l'ONDAM connaîtrait des évolutions soudaines en raison de l'effet de base exceptionnel, avant de reprendre à partir de 2022 le rythme qu'on lui connaissait avant-crise ;

- enfin, l'inflation ré-accélérerait elle-aussi à partir de 2022 pour atteindre en 2024 le niveau qu'on lui prêtait pour 2023 l'année dernière.

La seule analyse des taux d'évolution pourrait donc donner une vision très optimiste de la situation : en somme, 2024 en annexe « 2021 » aurait exactement les mêmes caractéristiques que 2023 en annexe « 2020 ». Cette « gémellité » apparente procède sans doute des modèles relativement prudents avec lesquels le Gouvernement se projette à des horizons aussi éloignés, à partir d'une hypothèse de croissance de moyen terme qui n'a pas véritablement changé.

b. ... mais pas un retour à l'équilibre à moyen terme

Les déficits qui se profilent à l'horizon 2024 d'après l'annexe B resteraient importants (- 21,2 milliards d'euros) malgré le rebond économique anticipé, alors qu'un an auparavant un retour à l'équilibre était envisagé à horizon 2023. Le paradoxe entre ces deux éléments peut être facilement résolu en reprenant les

hypothèses macroéconomiques précitées et en les agréant sur la période comparable entre les deux annexes (2019-2023).

(en pourcentages)

	Évolution cumulée des indicateurs macroéconomiques (2019-2023)		Évolution cumulée des indicateurs macroéconomiques (2019-2024)
	Annexe B « 2020 »	Annexe B « 2021 »	Annexe B « 2021 »
Croissance du PIB	6,99	4,05	4,21
Croissance de la masse salariale	16,83	10,43	10,56
ONDAM	12,64	17,94	18,71
Inflation hors tabac	6,88	5,09	4,24

Source : commission des affaires sociales, à partir des annexes B des PLFSS 2020 et 2021.

Les résultats du tableau ci-dessus signifient qu'en prenant une base 100 correspondant à l'exercice 2018, le PIB aurait crû de 6,99 % sur la période s'il avait suivi les hypothèses de l'année dernière et qu'il ne croîtrait que de 4,05 % avec les nouvelles hypothèses macroéconomiques du présent projet de loi.

S'agissant des éléments plus directement déterminants, on peut ainsi constater que :

– l'écart de croissance de la masse salariale du secteur privé est de 6 points, soit environ 12,6 milliards d'euros de moins que ce qui était prévu pour cette année 2023 il y a un an, auxquels il faudrait ajouter l'équivalent pour les travailleurs non salariés, qui n'est pas intégré dans la convention présentée à la Commission des comptes de la sécurité sociale (« convention CCSS ») ; 2024 ne permettrait pas de combler significativement ce « retard » même s'il s'agit d'une année particulière puisque la sécurité sociale, et plus particulièrement la branche autonomie, devrait récupérer 0,15 point de contribution sociale généralisée (2,1 milliards d'euros) venu de la CADES, ce qui explique une soudaine amélioration des recettes sans lien avec la masse salariale à cet horizon ;

– l'ONDAM se situerait près de 5 points au-dessus de ce qu'il aurait été en suivant le « chemin » de l'annexe B 2020 ; cela procède bien sûr du souhait du Gouvernement de réinvestir massivement dans la santé des Français, par la revalorisation des personnels et une forte part d'investissement ; en reprenant les « conventions CCSS », cela correspondrait à plus de 10 milliards d'euros supplémentaires à cet horizon ;

– enfin, l'inflation serait plus faible qu'anticipée sur la période permettant d'économiser de deux points permettant ainsi d'économiser 3,1 milliards d'euros en reprenant les « conventions CCSS ».

Au total, cette vingtaine de milliards d'euros de déficits difficilement compressibles s'expliquent donc assez bien par des mouvements assez profonds

d'investissement et d'un rattrapage très lent sur les recettes « perdues » à l'occasion de la crise.

Interrogé sur ce point par le rapporteur général, le directeur de la sécurité sociale n'a pas caché que cette situation appellerait probablement des mesures à horizon 2024, tout en soulignant la priorité donnée au rétablissement de la situation économique et notamment de l'emploi dans une première phase de cette période.

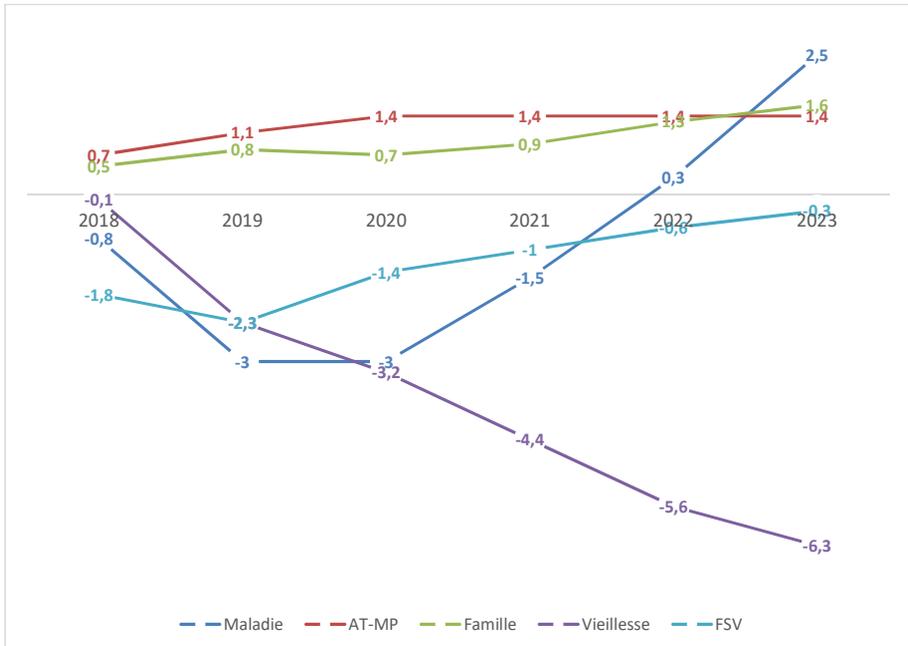
II. DES TENDANCES DURABLEMENT DIVERGENTES EN FONCTION DES BRANCHES

Au-delà des rapports avec les autres périmètres, l'annexe B dessine également des trajectoires pour chaque branche et le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Pour les raisons déjà évoquées dans le commentaire de l'article 1^{er}, nous retiendrons ici le périmètre des régimes obligatoires de sécurité sociale.

• L'annexe B de la LFSS pour 2020 dessinait déjà des évolutions très contrastées des soldes des différentes branches et du FSV :

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (PLFSS 2020)

(en milliards d'euros)



Source : annexe B du PLFSS 2020.

Les branches AT-MP et famille accusaient des excédents légèrement croissants, tandis que les branches maladie et le FSV retrouvaient progressivement l'équilibre à horizon 2023-2024. La branche vieillesse enregistrait en revanche des déficits croissants dus à la dynamique des dépenses.

● La situation est à la fois très similaire et très différente dans la nouvelle trajectoire que dessine l'annexe B du présent projet de loi :

– très similaire, car les branches AT-MP et famille, après un bref décrochage en 2020, retrouveraient rapidement leur structure excédentaire ; similaire également, dans la mesure où elle décrit une dégradation tendancielle des comptes de la branche vieillesse ;

– très différente, car la crise de l'année 2020 a fait prendre une autre dimension à ces évolutions (comme en témoigne le changement d'échelle dans le graphique ci-dessous) ; différente aussi, car la branche maladie est durablement en déficit ce qui n'était pas le cas dans les prévisions précédentes ; différente, enfin, car les excédents des branches AT-MP et famille seraient encore plus forts en fin de période, posant une question de principe sur leur éventuelle utilisation.

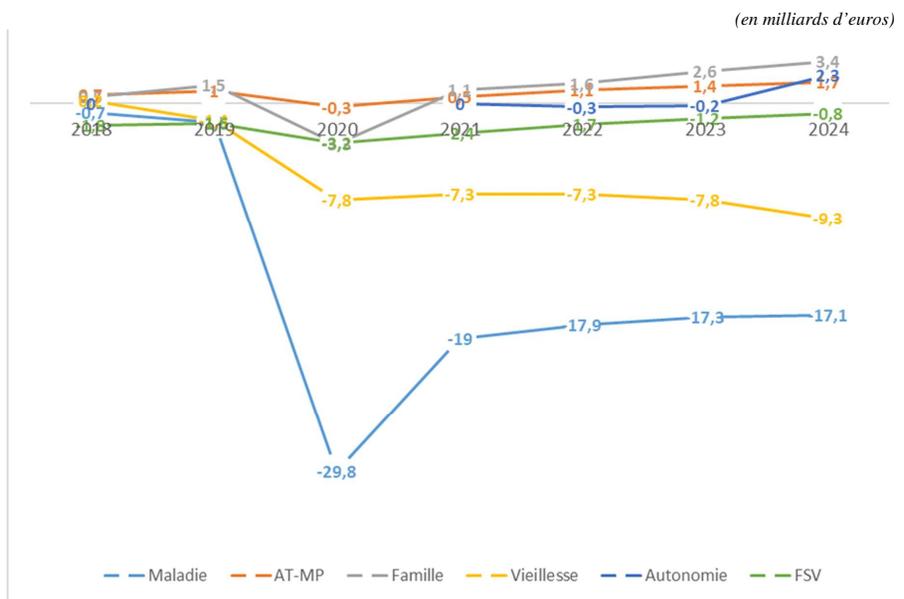
La branche autonomie constitue évidemment une spécificité de ces prévisions mais tendrait également vers des excédents significatifs à l'horizon 2024, qui correspondraient à la réintégration d'une fraction de 0,15 point de CSG dans son giron. Les dépenses de la branche étant encore très majoritairement « intégrées » à l'ONDAM, elles évoluent « sous enveloppe fermée » sur la période, conformément à la méthode classique de construction de l'annexe B. Ces hypothèses sont fortement soumises à caution :

– le maintien des dépenses des sous-objectifs « médico-sociaux » dans l'ONDAM n'est pas évident et le travail du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) permettra au Gouvernement de se positionner sur cette question avant la LFSS 2022 ;

– interrogée spécifiquement sur ce point, la direction de la sécurité sociale a confirmé travailler à des projections plus fines des effets démographiques, pour actualiser les projections qui avaient été réalisées dans le cadre du rapport de la concertation « Grand âge et autonomie » pilotée par M. Dominique Libault voici déjà deux ans ;

– enfin, elles n'intègrent pas les mesures supplémentaires qui pourraient résulter d'un projet de loi sur l'autonomie, que le rapporteur général attend avec une certaine impatience.

ÉVOLUTION DES SOLDES DES DIFFÉRENTES BRANCHES (ANNEXE B PLFSS 2021)



• Ce retour à des divergences « spontanées » de situation financière entre les branches après la crise illustre la force des déterminants de moyen terme dans la trajectoire financière, dans un contexte globalement dégradé par la crise.

Il interroge également la notion de « solde » prise isolément pour chaque branche ou pour chaque régime, alors que le financement de la dette de court et de long termes est totalement mutualisé et que beaucoup des ressources fiscales affectées à une branche aujourd’hui peuvent l’être à une autre demain. Par ailleurs, les relations financières avec l’État, parfaitement neutres dans le cadre de ce PLFSS 2021 mais qui ne l’ont pas toujours été, participent également au « brouillage » de la notion même de solde de la sécurité sociale pris isolément. Enfin, l’existence de recettes sociales affectées à d’autres organismes que la sécurité sociale (CADES, Unédic) peut également donner l’impression que le solde de la sécurité sociale est une information partielle, et parfois partielle, sur la réalité des efforts fournis.

Aussi, s’il conserve assurément une forte dimension symbolique, le solde de la sécurité sociale ne peut être pris que pour ce qu’il est : un « instantané » de la situation d’un champ de recettes et de dépenses donné, à un moment donné. C’est pourquoi, pour le rapporteur général, le rétablissement nécessaire de l’équilibre de la sécurité sociale à moyen et long terme ne pourra faire totalement l’économie d’une réflexion parallèle, ou idéalement préalable, sur l’autonomie, l’étendue et la pertinence et les outils d’évaluation de ce champ de recettes et de dépenses, sans exclure d’emblée des adaptations organiques autour des LFSS.

*

* *

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA
SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2021**

CHAPITRE I^{ER}

Mettre en œuvre les engagements du Ségur de la santé

Article 25

**Revalorisation des carrières des personnels non médicaux dans les
établissements de santé et les établissements d'hébergement pour personnes
âgées dépendantes**

Adopté par la commission sans modification

L'article 25 est la traduction concrète des revalorisations des rémunérations des personnels non médicaux en établissement de santé et en EHPAD négociées lors du Ségur de la santé, en ce qui concerne les personnels des trois fonctions publiques.

Il permet d'appliquer le complément de traitement indiciaire déjà prévu par décret pour la fonction publique hospitalière à l'ensemble des agents des établissements de santé publics – y compris des hôpitaux des armées et de l'Institution nationale des invalides – et des EHPAD publics – y compris ceux relevant de la fonction publique territoriale.

Ce nouveau complément de traitement indiciaire sera pris en compte dans le calcul des droits à la retraite des agents en bénéficiant.

Enfin, cet article précise que les revalorisations de personnels des EHPAD seront prises en charge par la sécurité sociale, et non pas par les départements ou les résidents eux-mêmes.

I. DES REVALORISATIONS ISSUES DU SÉGUR DE LA SANTÉ

Le Ségur de la santé a débouché sur un accord sans précédent sur les rémunérations des personnels des hôpitaux et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'accord négocié avec les organisations syndicales prévoit notamment une augmentation de 183 euros nets par mois en moyenne pondérée pour tous les professionnels non médicaux au sein des établissements de santé et publics et privés non lucratifs et des EHPAD, et de 160 euros nets par mois pour le secteur privé lucratif.

Ce sont au total 1,5 million de professionnels qui seront concernés par cette augmentation.

Pour la fonction publique, il était initialement prévu que ce complément de traitement indiciaire intervienne en deux temps, avec dans un premier temps une revalorisation d'environ 90 euros applicable dès le 1er septembre 2020 et versée à titre rétroactif sur la paie de janvier 2021, puis, dès mars 2021, un versement d'environ 93 euros venant s'ajouter à ces 90 euros.

L'accord considérait que « *compte tenu de la nécessité de passer par la loi [...] pour rendre effective cette revalorisation indiciaire, la 1^{ère} tranche de revalorisation* » ne pourrait intervenir « *qu'à partir de la paie de janvier 2021, avec une rémunération complémentaire de 450 euros au titre des mois de septembre 2020 à janvier 2021 (90 euros par mois). La paie de février 2021 inclura une revalorisation de 90 euros au titre de ce seul mois et celle de mars 2021 portera la revalorisation à 183 euros avec l'ajout de la 2^{ème} tranche de revalorisation de 93 euros à partir de cette date.* »

Dans la fonction publique hospitalière, deux textes publiés le 19 septembre 2020 ont finalement permis l'application anticipée de cet engagement dès septembre 2021 :

– un décret ⁽¹⁾ a permis de fixer les grands principes de ce complément indiciaire (un versement aux fonctionnaires comme aux contractuels, versé mensuellement à terme échu et réduit, le cas échéant, dans les mêmes proportions que le traitement, dont le montant est exclu de l'assiette de tout autre élément de rémunération calculé en proportion ou en pourcentage du traitement indiciaire) ;

– un arrêté fixant le montant du complément de traitement indiciaire applicable, qui fixe ce montant à 49 points d'indice majorés (24 points d'indice majorés dès septembre 2020 puis 25 points d'indice majorés supplémentaires au 1^{er} mars 2021). Sur la base du point d'indice actuel, cette revalorisation correspond à près de 230 euros mensuels bruts.

Toutefois, ces textes ne concernent que la fonction publique hospitalière. Par ailleurs, ils ne permettent pas de tirer toutes les conséquences de cette revalorisation sur les droits à pension.

Rappel sur les rémunérations dans la fonction publique

« La rémunération individuelle du fonctionnaire (son traitement) est déterminée par son appartenance à un corps.

« Suivant le grade de l'agent dans ce corps, un échelon, auquel est associé un indice brut, définit de manière précise sa position sur l'échelle indiciaire commune à tous les fonctionnaires.

« À chaque indice brut (indice classement) correspond un indice majoré (indice traitement) variant de 280 à 821. Le traitement annuel brut est calculé en multipliant l'indice majoré par la valeur du traitement afférent à l'indice 100, et en divisant le résultat par 100. L'indice majoré 100 est qualifié d'indice de base de la fonction publique. »

Source : <https://www.fonction-publique.gouv.fr>

Pour le secteur privé, lucratif comme non lucratif, des négociations collectives doivent permettre de transposer cet accord aux salariés. Le droit proposé

⁽¹⁾ Décret n° 2020-1152 du 19 septembre 2020 relatif au versement d'un complément de traitement indiciaire aux agents des établissements publics de santé, des groupements de coopération sanitaire et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de la fonction publique hospitalière.

A. UNE REVALORISATION AU-DELÀ DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

Le I du présent article donne une existence législative au complément de traitement indiciaire.

Ce complément de traitement indiciaire constitue un dispositif *sui generis*, consistant en l'attribution d'une indemnité exprimée sous la forme de points d'indice, qui ne connaît à ce jour pas d'équivalent dans la fonction publique. Le Gouvernement, interrogé par le rapporteur général, a indiqué que ce dispositif *ad hoc* a été préféré à la nouvelle bonification indiciaire car il ne répond pas au même objectif : « *si la nouvelle bonification indiciaire est attribuée aux agents afin de valoriser la responsabilité ou la technicité particulière de l'emploi dans lequel ils sont affectés, le complément de traitement indiciaire vise à favoriser l'attractivité dans l'ensemble des emplois des établissements y ouvrant droit* ».

En seront bénéficiaires tous les personnels non médicaux exerçant leurs fonctions au sein d'établissements ou structures publics concourant aux missions attribuées aux établissements de santé ou au sein des EHPAD publics, quel que soit le statut de ces personnels :

- fonctionnaires ;
- militaires ;
- agents contractuels de droit public ;
- ouvriers des établissements industriels de l'État (présents au sein des hôpitaux des armées).

Cette revalorisation concernera donc les personnels non médicaux des hôpitaux et EHPAD publics relevant de la fonction publique hospitalière mais également des groupements de coopération sanitaire, des hôpitaux des armées, de l'Institution nationale des invalides et des EHPAD relevant de la fonction publique territoriale.

En ce qui concerne les agents contractuels de droit public et les ouvriers des établissements industriels de l'État, une indemnité équivalente au complément de traitement indiciaire leur sera versée dans des conditions fixées par décret.

Sont en revanche exclus du champ de ces revalorisations les professions médicales (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) ainsi que les personnels médicaux en formation (dont les internes des hôpitaux des armées et élèves des écoles du service de santé des armées). Ils bénéficient d'autres mesures de revalorisation salariale annoncées lors du Ségur de la santé. Les fonctionnaires de l'administration pénitentiaire travaillant dans les établissements concernés sont également exclus de ces dispositifs.

Aux termes de l'étude d'impact, les effectifs concernés se décomposent de la manière suivante : 765 318 agents dans la fonction publique hospitalière à l'hôpital, 172 479 agents dans la fonction publique hospitalière en EHPAD, 29 991 agents dans la fonction publique territoriale en EHPAD et 5 828 agents du service de santé des armées. Au total, ce seront donc plus de 973 000 personnes qui bénéficieront de cet élément de rémunération supplémentaire.

Ce complément de traitement est versé à compter du 1^{er} septembre 2020. Pour les agents n'appartenant pas à la fonction publique hospitalière, il sera donc versé de manière rétroactive.

Sans compter les effets en recettes ni l'extension de ces mesures au secteur privé, le seul complément de traitement indiciaire représentera un coût brut total pour l'assurance maladie de 681 millions d'euros en 2020 (dont 135 millions pour les EHPAD) et de 3 milliards supplémentaires en 2021 (dont 606 millions pour les EHPAD).

Le Gouvernement a indiqué au rapporteur général que la première étape de mise en œuvre de la revalorisation sera prise en compte au 1^{er} septembre 2020 dans le cadre des circulaires budgétaires et donnera lieu à des versements de crédits d'aides à la contractualisation. À compter du 1^{er} mars 2021, les coûts de la seconde étape de revalorisation seront principalement intégrés dans les tarifs.

B. UN COMPLÉMENT DE TRAITEMENT INDICIAIRE PRIS EN COMPTE DANS LE CALCUL DE LA RETRAITE

Le **II** précise les conditions de prise en compte de ce complément de pension dans le calcul de la retraite pour les fonctionnaires de l'État et militaires. Il prévoit que ce complément est pris en compte de la même façon qu'une revalorisation indiciaire.

Les fonctionnaires ayant perçu le complément de traitement indiciaire bénéficieront ainsi d'un supplément de pension, calculé dans les conditions de droit commun des pensions civiles et militaires : le complément de traitement indiciaire perçu sera retenu au titre du traitement pour les fonctionnaires ou de la solde pour les militaires.

Les conditions de jouissance, de réversion et de revalorisation de ce supplément de pension répondront également aux règles de droit commun des pensions civiles et militaires.

Le complément de traitement indiciaire sera soumis aux mêmes retenues pour pension (contributions et cotisations) que le traitement ou la solde.

Le **III** précise que ces dispositions relatives à la prise en compte du complément de traitement indiciaire dans le calcul de la pension seront étendues aux fonctions publiques territoriale et hospitalière ainsi qu'aux ouvriers des

établissements industriels de l'État – qui relèvent d'un régime spécial – par décret en Conseil d'État.

Selon l'étude d'impact, ce supplément conduit à augmenter de 165 euros la pension mensuelle brute d'un agent de la fonction publique hospitalière partant à la retraite après trente ans de carrière au sein de celle-ci et à partir d'avril 2021.

C. UNE REVALORISATION QUI NE PÈSERA NI SUR LES DÉPENSES DES DÉPARTEMENTS, NI SUR LE RESTE À CHARGE DES RÉSIDENTS D'EHPAD

Les EHPAD, publics comme privés, sont aujourd'hui financés par une triple tarification, issue :

- du forfait soins, financé par l'assurance maladie ;
- du forfait dépendance, financé par les départements ;
- du forfait hébergement, à la charge des résidents.

Sont ainsi financés :

- sur le forfait soins uniquement : les médecins coordonnateurs, le personnel médical, les pharmaciens et les auxiliaires médicaux assurant les soins ;
- conjointement entre les forfaits soins et dépendance, les aides-soignants, aides médico-psychologiques et accompagnateurs éducatifs et sociaux ;
- sur le forfait dépendance uniquement, les psychologues ;
- conjointement entre les forfaits dépendance et hébergement, le personnel affecté au blanchissage, au nettoyage et au service des repas ;
- sur le forfait hébergement uniquement, le personnel assurant l'accueil, l'animation, l'entretien, la restauration et l'administration.

Afin que le complément de traitement ne pèse ni sur les finances des départements ni sur le reste à charge des résidents d'EHPAD, le **IV** modifie l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, qui définit cette tarification ternaire.

Il précise ainsi que par dérogation à cette répartition ternaire, le forfait soins – désormais financé par la nouvelle branche autonomie – peut financer des revalorisations salariales des personnels relevant normalement des sections dépendance et hébergement.

*

* *

Article 26

Accompagner la dynamisation de l'investissement pour la santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 26 permet d'adapter la forme juridique du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), désormais intitulé « Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé » (FMIS), au plan d'investissement de 6 milliards d'euros annoncé à la suite du Ségur de la santé.

Le Ségur de la santé dont les conclusions ont été rendues le 20 juillet dernier puis le plan « France Relance » présenté par le Gouvernement le 3 septembre ont gravé dans le marbre un engagement politique majeur : déployer un plan d'investissement de 6 milliards d'euros en faveur de la santé, au-delà du seul secteur sanitaire.

Ce plan d'investissement répondra à une logique décloisonnée et transversale, et ne concernera donc pas seulement les établissements de santé mais aussi le secteur médico-social, et en priorité les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le présent article permet d'adapter le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) à ce nouveau défi et d'en faire le support de ce plan d'investissement, en le transformant en un fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.

Ce plan d'investissement sera articulé autour de trois axes forts :

- les projets hospitaliers prioritaires et l'investissement ville-hôpital, à hauteur de 2,5 milliards d'euros sur cinq ans ;
- les établissements médico-sociaux, et notamment les EHPAD publics, à hauteur de 2,1 milliards d'euros sur cinq ans ;
- le rattrapage du retard sur le numérique en santé, à hauteur de 1,4 milliard d'euros sur trois ans.

L'investissement hospitalier doit évidemment être un objectif prioritaire, car la situation est aujourd'hui préoccupante. En effet, après des pics d'investissement à la suite des plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 », l'investissement hospitalier n'a eu de cesse de diminuer jusqu'en 2018, date à laquelle il ne représente plus que 3,7 milliards d'euros.

Le rapport IGAS-IGF d'avril 2020 *Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise* souligne ainsi que :

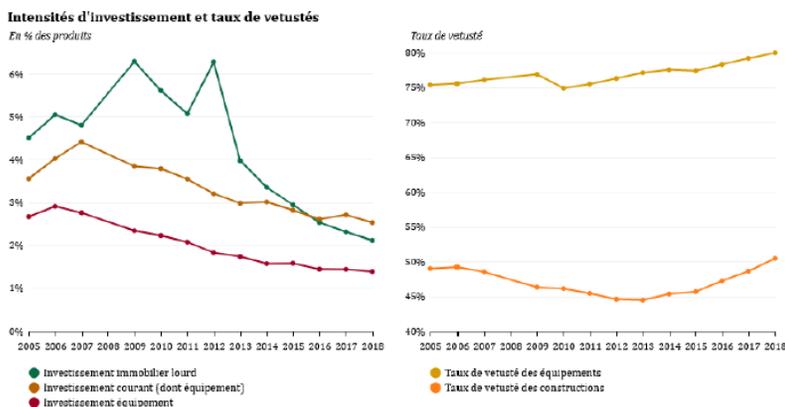
« – l'intensité de l'investissement courant est orientée à la baisse depuis 2007 et se trouve depuis 2015 inférieure au seuil de 3 % des produits, généralement considéré comme un seuil incompressible afin de permettre le

renouvellement des équipements et le maintien en état des capacités de l'établissement²¹, à 2,6 % en 2018 ;

« – l'intensité de l'investissement en immobilier lourd a connu un dernier pic en 2012 (6,2 %) avant de chuter à 2,1 % en 2018, ce qui s'explique principalement par l'achèvement des projets immobiliers liés au plan "Hôpital 2012" ».

Selon ce même rapport, cette baisse de l'investissement au niveau agrégé se traduit dans les taux de vétusté des équipements et constructions, révélateurs du besoin en investissement des établissements publics de santé. Ils sont tous deux orientés à la hausse depuis 2013, avec un niveau plus élevé pour la vétusté des équipements, atteignant 80 % en 2018, quand, la même année, celui des constructions dépasse tout juste 50 %.

Graphique 5 : Évolution de l'intensité d'investissement des taux de vétusté (2005-2018)



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

Source : Évaluation de la dette des établissements publics de santé et des modalités de sa reprise, IGAS-IGF, avril 2020.

Comme l'expliquait un rapport de 2016 remis par M. Olivier Véran à la ministre des affaires sociales et de la santé⁽¹⁾ : « À l'échelle des établissements, le financement des investissements courants est censé être intégré dans les tarifs de la T2A. Cela suppose donc que ces derniers soient calibrés de façon à pouvoir dégager une marge brute d'exploitation suffisante dans la durée. Or, l'effet ciseau est de plus en plus important entre l'évolution contenue des tarifs et la hausse marquée des charges, du fait notamment d'un contexte normatif plus exigeant et d'un besoin en équipements coûteux croissant. Une baisse des tarifs implique donc souvent de financer les investissements courants par des gains de productivité, ou à défaut par le recours à l'endettement. [...] Le risque existe alors à moyen terme de porter atteinte à la sécurité et à la qualité des soins, en provoquant une dégradation des équipements

(1) Olivier Véran, L'évolution des modes de financement des établissements de santé : une nouvelle échelle de valeur.

hospitaliers. Cette stratégie s'avère ainsi au final encore plus coûteuse, tant pour les finances de l'hôpital que pour la collectivité. »

C'est autant un effort d'investissement massif qu'une rupture dans la méthode que propose le Ségur de la santé. Ainsi, le Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO) sera supprimé et seuls les plus gros projets seront étudiés au niveau national. Un nouveau conseil national de l'investissement en santé fixera les grandes orientations nationales, tandis que la grande majorité des projets seront étudiés au niveau régional par les ARS, en coopération avec les élus locaux.

Si l'investissement hospitalier est urgent, cette priorité ne doit pas occulter la nécessité d'investir dans d'autres infrastructures de santé.

En ce qui concerne le médico-social, la vétusté de nombreux EHPAD est établie. Selon le rapport Libault sur la concertation Grand âge et autonomie remis en 2019 à la ministre des solidarités et de la santé, un quart de l'offre n'a pas connu de rénovation depuis plus de vingt-cinq ans. À titre d'exemple, un récent rapport parlementaire notait que dans certains établissements, beaucoup de chambres sont encore des chambres doubles et les résidents partagent des salles de bains communes, contrairement à la réglementation en vigueur⁽¹⁾. Toutefois, l'investissement immobilier, s'il est nécessaire, n'est pas suffisant, et il doit aujourd'hui se concevoir dans une logique plus globale de réforme de l'accompagnement des personnes âgées.

Les deux objectifs affichés par le Gouvernement sont clairs. Tout d'abord, il s'agit de transformer les établissements les plus vétustes autour d'un nouveau modèle, notamment grâce à des bâtiments structurés en petites unités de vie plus chaleureuses et mieux adaptées aux troubles cognitifs, avec un objectif de 65 000 places rénovées d'ici 2025. Parallèlement, le plan prévoit de créer un nombre de places suffisant pour répondre au défi démographique auquel la France doit faire face, avec un objectif de 30 000 nouvelles places d'ici 2030. Il s'agira également d'investir dans l'équipement des établissements, en particulier publics, en petits équipements technologiques innovants (rails de transfert, fauteuils électriques, capteurs de détection des chutes par exemple). Enfin, 600 millions d'euros seront dédiés à l'investissement en matière numérique dans les champs du grand âge et du handicap.

Aux termes de l'étude d'impact, les investissements plus spécifiquement rattachés aux établissements médico-sociaux continueront, à ce stade, à transiter par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et les 2,1 milliards d'euros concernés ne viendront donc pas, à ce stade, abonder le fonds tel que rénové par cet article, à l'exception des crédits dédiés au financement du volet numérique du médico-social (article 44 du présent projet de loi).

(1) *Assemblée nationale, commission des affaires sociales, rapport d'information (n° 769) sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Monique Iborra et Caroline Fiat, rapporteuses (14 mars 2018).*

Enfin, en ce qui concerne le numérique en santé, la France doit urgemment rattraper son retard. Selon l'étude d'impact, outre les 600 millions d'euros dédiés au numérique en établissement médico-social, seront investis 800 millions d'euros sur deux ans pour l'intégration des prérequis techniques pour la modernisation, l'interopérabilité, la réversibilité et la sécurité des services d'information en santé, 400 millions d'euros sur trois ans pour le soutien à la circulation des données de santé et 200 millions d'euros sur trois ans pour renforcer les équipes numériques et les prestations d'accompagnement au sein des opérateurs concernés.

I. LE DROIT EXISTANT

Créé par l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, se substituant au Fonds pour la modernisation des établissements de santé prévu par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le FMESPP a pour mission d'accompagner les établissements de santé et les groupements de coopération sanitaire pour leurs dépenses relatives à l'investissement.

Le FMESPP est dépourvu de personnalité juridique et géré en pratique par la Caisse des dépôts et consignations. Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Ses missions ont progressivement évolué depuis 2002, et ont notamment été étendues au financement d'opérations de développement de systèmes d'information au bénéfice des établissements de santé ⁽¹⁾ ou d'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux accueillant des accidentés de la route ⁽²⁾.

Selon l'étude d'impact, depuis 2014, près de 90 % des crédits délégués par le FMESPP ont été orientés vers deux postes : les investissements immobiliers liés aux projets validés en COPERMO, à hauteur de 69 % des dépenses, et le plan hôpital numérique, à hauteur de 19 % du fonds.

II. LE DROIT PROPOSÉ : DU FMESPP AU FMIS

L'article 26 étend les missions du FMESPP et modifie par conséquent sa dénomination.

Cette extension permettra la mise en œuvre par le biais de ce fonds du plan d'investissement, qui se caractérise par son caractère transversal et n'est pas focalisé sur les seuls établissements de santé. Elle ne remet toutefois pas en cause son mode de fonctionnement ni de délégation des crédits.

(1) Article 73 de la loi du 17 décembre 2012 relative au financement de la sécurité sociale pour 2013.

(2) Article 71 de la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Il modifie pour ce faire l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le 1° modifie la dénomination du FMESPP, désormais intitulé « Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé » (FMIS).

Le 2° modifie le III de cet article.

Il étend les compétences de ce nouveau fonds, au-delà des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire, aux structures d'exercice coordonné : équipes de soins primaires, communautés professionnelles territoriales de santé, centres de santé, maisons de santé.

Il étend également les compétences du fonds aux établissements et services médico-sociaux, au-delà du cadre aujourd'hui prévu au III *bis* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (*a*).

Ce III *bis* permet actuellement au FMESPP de financer les dépenses d'investissement des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Cette disposition était destinée à ceux de ces établissements accueillant des accidentés de la route, dans la limite des crédits issus du surcroît de recettes résultant de l'abaissement à 80 km/h de la vitesse sur certaines routes depuis le 1^{er} juillet 2018. Par conséquent, le 3° abroge ce III *bis*.

Le *b* du 2° prévoit également que le fonds peut financer des dépenses engagées dans le cadre d'actions ayant pour objet la modernisation, l'adaptation ou la restructuration des systèmes d'information de l'offre de soins et de l'offre médico-sociale (actuellement, en ce qui concerne le numérique, le III *quinquies* du même article permet seulement au fonds de financer des missions d'ampleur nationale pilotées ou conduites au bénéfice des établissements de santé par l'Agence du numérique en santé).

Le IV de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoit actuellement qu'une double procédure de déchéance peut s'appliquer aux crédits du FMESPP :

– une procédure de déchéance triennale pour les crédits qui ont bien été délégués par les agences régionales de santé, mais dont le paiement n'a cependant pas été demandé par les établissements de santé à la Caisse des dépôts et consignations ;

– une procédure de déchéance annuelle pour les crédits qui n'ont pas fait l'objet d'une décision attributive de subvention ou d'un agrément par une agence régionale de santé, dans un délai d'un an à compter de la délégation de ces crédits à ces agences par le FMESPP.

Le 4° renvoie à un décret la fixation de ces délais de déchéance des crédits du fonds, qui devront être supérieurs à un an.

Ce renvoi à un décret permettra de donner plus de souplesse à ce dispositif, afin, comme le souligne l'étude d'impact, d'aligner les règles de déchéance sur les calendriers d'exécution des projets.

Le 5° prévoit que les ressources de ce nouveau fonds pourront également être constituées d'une dotation de la nouvelle branche autonomie, en cohérence avec l'élargissement de son périmètre aux établissements médico-sociaux et son caractère transversal.

*

* *

Article 27

Reprise partielle de la dette des établissements de santé assurant le service public hospitalier

Adopté par la commission avec modifications

L'article 27 vise à établir les modalités de la « reprise de dette » des établissements de santé assurant le service public hospitalier (SPH), dont le principe a été posé par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie. Il est issu d'une annonce faite par le Gouvernement le 20 novembre 2019, dans le cadre du « plan d'urgence pour l'hôpital public ».

Cette reprise, d'un montant de 13 milliards d'euros, représente un tiers de la dette accumulée par les établissements assurant le SPH. La couverture par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) de cette dette suppose un circuit de financement en vertu duquel la Caisse procède à des versements réguliers à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Celle-ci verse ensuite aux établissements éligibles et volontaires des sommes régulières correspondant à la part de la dette contractée qui est compensée.

Le champ d'éligibilité étant particulièrement large, cette mesure doit permettre la hausse de l'investissement courant ou l'assainissement financier des établissements. Elle participe directement de l'investissement massif de la puissance publique dans le système de santé tel que mis en œuvre par le Ségur de la santé.

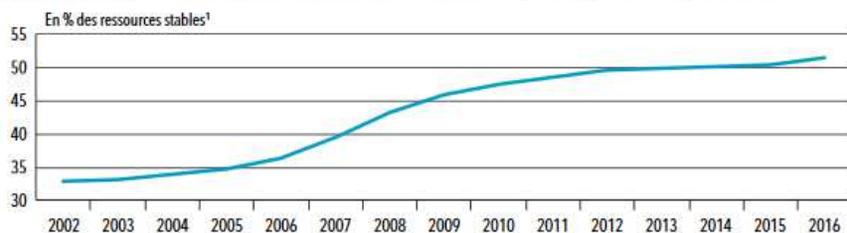
I. LE DROIT EXISTANT : LE SOULAGEMENT D'UNE SITUATION FINANCIÈRE DÉGRADÉE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

A. UN TAUX D'ENDETTEMENT PARTICULIÈREMENT IMPORTANT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, HÉRITAGE DU PASSÉ

1. Les plans « hôpital » 2007 et 2012 ont entraîné une forte augmentation de l'endettement des établissements hospitaliers

L'endettement des établissements de santé assurant le service public hospitalier (SPH) est multifactoriel, mais il est avant tout ancien. Ainsi que le montre le graphique ci-dessous, le phénomène s'est accéléré à partir de 2006-2007.

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics depuis 2002



1. Les ressources stables sont constituées des capitaux propres et des dettes financières.

Champ > France métropolitaine et DROM (y compris Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Source : *La situation économique et financière des hôpitaux publics*. Dans Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., et al. (dir.). Les dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé (p. 76-79). Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé

L'une des principales sources de cet endettement relève en effet des deux plans « hôpital » lancés en 2007 puis 2012, ainsi que l'a relevé la Cour des comptes dans son rapport public annuel de 2018 : « *Sous l'effet des programmes "Hôpital 2007" et "Hôpital 2012", qui avaient favorisé dans une logique de guichet ouvert, comme l'avait relevé la Cour dans plusieurs de ses travaux, de nombreux effets d'aubaine sans considération suffisante des enjeux d'efficience et des nécessités de réorganisation des structures hospitalières, les dépenses d'investissement des établissements publics de santé avaient connu une dynamique très forte. En constante progression depuis le début des années 2000, elles étaient devenues supérieures à 6 Md€ par an en 2010 comme en 2011.* »

Ces plans d'investissements massifs avaient entraîné un certain nombre d'écueils :

– le triplement du niveau de dette, passant de 10 milliards d'euros en 2004 à 30 milliards en 2014 ;

– le recours à des emprunts risqués. La Cour des comptes a en effet relevé le recours par une proportion conséquente – 9 % – d'emprunts présentant les risques les plus importants sur l'échelle de la charte Gissler.

Pour faire face à cette problématique, un fonds de soutien à hauteur de 450 millions d'euros, comparable à celui qui avait été mis en place pour les collectivités territoriales pour prendre en charge les indemnités de remboursement anticipé des emprunts les plus dangereux, a été créé.

2. Malgré une stabilisation, un endettement contemporain inquiétant

Les établissements de santé se sont certes signalés depuis 2014 par la maîtrise de leur endettement, qui s'est stabilisé autour de 30 milliards d'euros. Cette maîtrise s'explique notamment par l'encadrement juridique de la capacité des

établissements tant de leur capacité à s'endetter que dans le choix dans la composition de cet endettement.

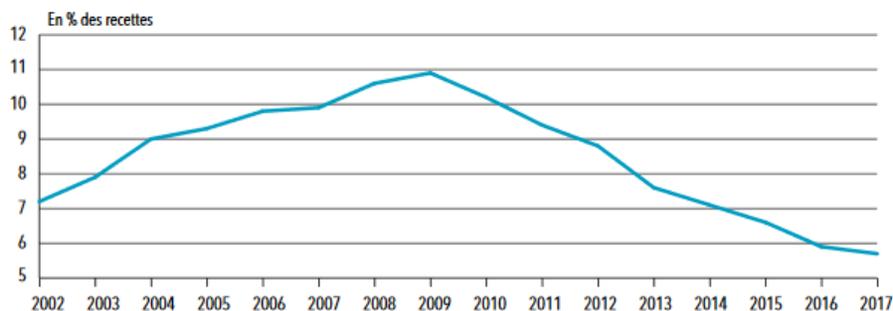
L'encadrement de l'endettement des établissements publics de santé

Les dérapages liés à l'endettement des hôpitaux ont conduit à un encadrement plus strict des modalités de recours à l'emprunt pour ces derniers. En application du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé :

- le recours à l'emprunt de ces établissements, en fonction de conditions spécifiques, est soumis à l'autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé ;
- le recours aux emprunts à taux variable n'est autorisé qu'à la condition que cette variation ne puisse aboutir à ce que ce taux puisse devenir deux fois supérieur au taux d'intérêt nominal appliqué au cours de la première période de l'emprunt.

Cette stabilisation s'est cependant faite au détriment de l'effort d'investissement, y compris l'investissement courant. En outre, la part des emprunts structurés a diminué de moitié, à 4,6 % en 2018.

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics depuis 2002



Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), hors SSA.

Sources > DGFIP, SAE, traitements DREES.

Source : *La situation économique et financière des hôpitaux publics*. Dans Beffy, M., Roussel, R., Héam, J.-C., et al. (dir.). *Les dépenses de santé en 2016 – Résultats des comptes de la santé* (p. 76-79). Paris, France : DREES, coll. *Panoramas de la DREES-santé*

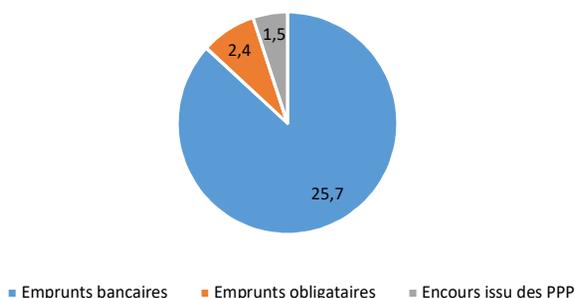
De plus, le secteur hospitalier a dû également faire face à des déficits structurels importants, à hauteur de 529 millions d'euros en 2016, qui ont diminué globalement la capacité d'autofinancement des EPS.

Cette double dynamique a entraîné une situation caractérisée aujourd'hui par une dégradation rapide de la soutenabilité de la dette. Ainsi, d'après les comptes financiers de 2018, 42 % des EPS sont considérés comme surendettés et donc soumis à l'autorisation définie par le décret évoqué plus haut, codifié à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique. Ces établissements qui

connaissent une situation de surendettement représentent par ailleurs 77 % de l'encours de l'ensemble des EPS.

La Cour des comptes relevait en 2018 que la majeure partie de l'endettement des établissements de santé se composait d'emprunts bancaires, puis, de manière plus marginale, d'emprunts obligataires et d'encours liés aux partenariats public-privé.

Composition de la dette des établissements publics de santé (Mds euros)



Source : commission des affaires sociales, à partir des données de la Cour des comptes.

3. La dégradation de la situation financière accentue la vétusté des établissements et de leur équipement

Ainsi que le précise l'étude d'impact, la capacité d'autofinancement s'est considérablement dégradée, et en 2018, 32 % des établissements disposent d'une capacité d'autofinancement négative après remboursement des emprunts, empêchant d'autant l'investissement courant. Ainsi, 83 % des EPS consacrent moins de 3 % de leurs budgets à cette mission.

Cette situation, due autant au poids de la dette accumulée qu'aux déficits récents du secteur hospitalier, entraîne une accélération de la vétusté des équipements, mais également des constructions.

La crise de la covid-19 a encore renforcé le constat selon lequel il n'est pas acceptable de laisser à l'abandon les capacités de notre système de santé à s'adapter rapidement à l'évolution sanitaire, voire à prendre en charge dans de bonnes conditions ses usagers.

B. L'ACTION DE LA PUISSANCE PUBLIQUE EN FAVEUR DE L'ASSAINISSEMENT FINANCIER DES HÔPITAUX

Annoncé le 20 novembre 2019, le plan de « reprise de dette » des établissements de santé assurant un SPH visait l'apurement d'un tiers de cette dette.

Dans le contexte de dégradation sévère de la trajectoire des comptes sociaux, notamment pour l'année 2020, l'article 1^{er} de la loi n° 2020-991 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a prévu la possibilité pour la CADES de couvrir un tiers de la dette de ces établissements, dans la limite de 13 milliards d'euros. Cette couverture doit s'effectuer par le biais des comptes de l'assurance maladie et de l'ACOSS, selon un schéma de financement expliqué ci-dessous.

Le champ d'application de cette « reprise de dettes » était constitué des emprunts effectués au 31 décembre 2019 et ne devait pas couvrir les futures dettes contractées par les établissements.

Le champ des établissements éligibles, enfin, s'étend au-delà des seuls établissements publics, puisque sont concernés l'ensemble des établissements assurant le SPH. Les établissements de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) sont donc concernés, de la même manière que les établissements de santé privés qui respectent les critères du SPH.

La caractérisation du service public hospitalier (SPH)

Le service public hospitalier, qui était initialement déterminé en fonction du statut des établissements, selon une logique organique et matérielle, a été profondément modifié dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi « HPST ». Celle-ci a ouvert la possibilité à tous les établissements de santé la possibilité d'être appelés à « *assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs des missions de service public* » définies à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique.

Cette réforme déterminant uniquement des missions de service public et non un SPH proprement dit a été fortement critiquée en raison du manque de lisibilité qu'elle entraînait pour les patients. La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en conséquence, a rétabli un SPH proprement dit, définissant :

– d'une part, les missions classiques du service public au sens large, à savoir le respect des principes d'égalité, en l'occurrence dans la prise en charge des patients, de continuité, d'adaptation et de neutralité ;

– d'autre part, les garanties qui doivent être apportées aux patients pour qu'un établissement soit reconnu comme garantissant le SPH, à savoir notamment :

. – un accueil adapté, notamment lorsque la personne est en situation de handicap ou de précarité sociale ;

. – la permanence de l'accueil ;

. – l'absence de dépassements d'honoraires des professionnels de santé par rapport aux conventions signées par l'assurance maladie et les syndicats.

Cette définition fonctionnelle du service public hospitalier est ainsi compatible avec les exigences de l'Union européenne dans la reconnaissance d'un service d'intérêt général (SIG). Le protocole sur les services d'intérêt général annexé au Traité de Lisbonne reconnaît en effet l'importance des services d'intérêt général. Ces derniers, selon l'interprétation donnée par la Commission européenne, sont « *des services considérés par les autorités publiques des pays membres de l'UE comme étant d'intérêt général et faisant par conséquent l'objet d'obligations de service public spécifiques. Ils peuvent être fournis par l'État ou par le secteur privé.* » Les services de soin sont donc parfaitement susceptibles d'être reconnus comme des SIG. Cette définition n'est pas neutre en ce qui concerne la mise en œuvre de la « reprise de dette ».

Le principe de la « reprise de dette » étant acté par la promulgation de la loi le 7 août 2020, le présent article vise sa mise en application pratique, par le biais d'un schéma de contractualisation entre les établissements de santé éligibles et volontaires et les agences régionales de santé (ARS).

II. LE DROIT PROPOSÉ : UN ASSAINISSEMENT FINANCIER QUI DOIT ÊTRE UN LEVIER DE TRANSFORMATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

A. UN SCHEMA EXTENSIF D'ALLÈGEMENT DE LA CHARGE DE LA DETTE

1. Un circuit financier cohérent au sein de la sphère sociale

En application de la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie, il revient à la CADES d'amortir l'équivalent des 13 milliards d'euros de dette des établissements hospitaliers que le présent article vise à couvrir. Le troisième alinéa du présent **I** fixe la somme des dotations reprises au titre de cette couverture de dettes à 13 milliards d'euros, soit le montant maximal fixé par le législateur ⁽¹⁾. Inscrite dans le schéma de reprise de dette, cette dotation correspond exactement aux charges assumées par les établissements assurant le SPH.

Plutôt qu'un schéma qui substituerait la Caisse aux établissements hospitaliers dans l'endettement, selon un mécanisme de tutelle, le circuit financier établit plutôt des versements « en cascade ». Ainsi que le montre le schéma suivant, la couverture assurée par la CADES part de son recours aux marchés financiers, nécessairement accru dans les prochains mois en raison des besoins de financement de l'ensemble des régimes obligatoires de base.



Source : étude d'impact.

L'ACOSS, interlocuteur financier privilégié de la CADES, est ensuite en charge d'effectuer des versements réguliers aux établissements de santé intégrés dans le schéma de « reprise de dette ». Ces versements seront sensiblement équivalents à ceux qui seront « commandés » à la CADES, puisque l'ACOSS n'a pas vocation à conserver dans ses comptes un excédent, même temporaire, à raison de ces versements.

Par ailleurs, en application du C du II *septies* de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, tel que modifié par la loi relative à la dette sociale et à l'autonomie ⁽²⁾, mais aussi du I du

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

(2) Ibid.

présent article, les versements effectués par l'ACOSS se font « pour le compte » de l'assurance maladie. Le **VII** modifie en cohérence l'ordonnance, pour y préciser que les montants et les dates auxquels sont effectués les transferts de la CADES vers l'ACOSS sont fixés par décret. Les informations recueillies par le rapporteur général relatives à ces transferts au cours des auditions laissent entendre que ces transferts seront effectués dans une période qui court de 2020 à 2023.

Ces opérations seront néanmoins considérées comme « transparentes » pour les comptes de l'assurance maladie : définies comme des opérations de trésorerie, elles sont réputées ne pas avoir d'impact sur le compte de résultat, en application du quatrième alinéa du **I**.

Compte tenu du poids de l'assurance maladie dans le financement du système hospitalier, estimé à une moyenne de 70 % pour les établissements assurant le SPH, ce circuit financier est donc cohérent. Il s'inscrit en outre dans une stratégie de modernisation et d'adaptation de notre système de santé, tel que décrit ci-après.

2. Un champ d'éligibilité large et représentatif de l'ensemble des modalités d'endettement des établissements

a. La compensation des charges pour les établissements qui assurent le service public hospitalier...

Le **I** du présent article précise que seuls les établissements mentionnés à l'article L. 6112-3 du code de la santé publique peuvent, sur la base du volontariat, prétendre au dispositif. Ces établissements doivent donc respecter les garanties du SPH en matière d'égal accès à des soins de qualité, de permanence de l'accueil et de la prise en charge, ou, à défaut, d'orientation vers un autre établissement ou une autre institution et d'absence de dépassement d'honoraires. Ces obligations sont réputées s'étendre par ailleurs à l'ensemble des personnes qui interviennent dans ces structures.

Il n'existe donc aucune discrimination statutaire entre les établissements, ce qui justifie la compatibilité de cette aide d'État avec les règles du marché intérieur.

b. ... déterminée en fonction des encours restant dus au 31 décembre 2019

Ainsi que le 1^o du **II** le précise, seuls comptent les engagements passés et estimés au 31 décembre 2019 dans la détermination du montant de la dotation versée aux établissements signataires, le plan inscrit dans le présent article n'ayant pas vocation à couvrir les éventuelles futures dettes contractées par les établissements. Le champ de couverture est volontairement large, pour embrasser l'ensemble des options retenues pendant les deux dernières décennies en matière d'investissement hospitalier. Sont donc retenus les encours restant dus au titre :

– des emprunts bancaires, qui représentent la grande majorité des emprunts contractés par les établissements, ainsi que les prêts obligataires qui en représentent une partie mineure ;

- des contrats de partenariat ou baux emphytéotiques hospitaliers (BEH) ;
- tout autre prêt consenti par un organisme public ou souscrit auprès de divers prêteurs.

Alors que la première catégorie d'emprunts entre naturellement dans le champ de la « reprise de dettes », la deuxième appelle un commentaire plus approfondi.

Les baux emphytéotiques hospitaliers

Les BEH sont une facilité ouverte aux établissements hospitaliers en vertu de l'article L. 6148-2 du code de la santé publique. Inspirés des baux emphytéotiques administratifs, ces baux confèrent au preneur, le plus souvent une personne morale de droit privé, un droit réel sur l'immeuble qui fait l'objet du bail.

En vertu de ce bail, inséré très majoritairement dans le cadre d'un partenariat public-privé (PPP), l'opérateur public ou privé est chargé de la conception, de la réalisation, du financement, de l'entretien, de la maintenance et, éventuellement, de l'exploitation des équipements, en contrepartie d'une rémunération publique étalée dans le temps. Le bail doit être signé pour un temps minimal de dix-huit ans, jusqu'à un maximum de quatre-vingt-dix-neuf ans.

Cette procédure dérogatoire aux principes normaux de la commande publique, devait permettre une construction plus rapide des immeubles concernés par rapport à une maîtrise d'ouvrage publique. Elle demeure soumise à des obligations préalables, puisqu'elle doit répondre à « *un critère d'urgence, de complexité ou d'efficacité, et qu'il n'induit pas une charge incompatible avec les ressources actuelles et futures de l'établissement* »⁽¹⁾.

Malgré cet encadrement, le recours aux PPP, largement encouragé par la puissance publique, a été rapidement critiqué en raison de nombreux dérapages budgétaires, de la faiblesse de l'étude préalable du partenariat et des déficiences dans les comparaisons établies avec la procédure classique de maîtrise d'ouvrage publique.

Un certain nombre d'exemples démontrent que la situation financière de certains établissements ayant eu recours à un BEH contraint fortement leur capacité d'investissement.

Le recours à de tels baux visait en effet précisément à éviter le recours excessif à l'endettement, en payant des loyers sur une période prolongée. La définition retenue ici permet toutefois d'intégrer, à partir d'une analyse financière de l'encours restant dû au titre des BEH, les établissements ayant eu recours à ce type de contrats, au schéma de « reprise de dette ». Le rapporteur général estime en effet qu'il n'y a aucune raison d'exclure des établissements hospitaliers assurant le SPH au motif qu'ils ont eu recours à des dispositifs d'investissement alternatif largement encouragés au moment où ils ont été mis en place.

(1) Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales sur l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier, mars 2013

http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf

Le **II** précise enfin que l'« assiette » du dispositif doit être retraitée :

– des investissements extérieurs au financement du seul champ sanitaire. Ce champ exclut donc à la fois implicitement les structures non-sanitaires associées à certains établissements, comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), et explicitement les unités de soin de longue durée (USLD), que leur objet et leur mode de financement rapprochent fortement de la dette contractée au titre des EHPAD ;

– des aides antérieures à la soutenabilité de la dette, ainsi que des frais financiers afférents. Ces aides, qui constituent une enveloppe budgétaire conséquente, soutiennent déjà l'investissement des structures hospitalières. On peut compter dans ces aides les dispositifs issus des précédents plans nationaux pour l'hôpital, mais aussi le soutien apporté par les collectivités territoriales aux établissements de santé implantés dans leurs circonscriptions d'action. Bien que les aides issues notamment du plan « Hôpital 2007 » aient vocation à s'éteindre prochainement, celles-ci représentent une part non négligeable de l'« assiette » initialement retenue.

Le même **II** prévoit enfin que la détermination des montants versés dépend « notamment » des critères exposés ci-dessus. Ainsi que le précise l'étude d'impact, les ARS, s'agissant de la part modulable qui sera laissée à leur appréciation, pourront prendre en compte les modalités d'inscription juridique des établissements dans leur environnement, et notamment « *les charges "déportées" vers des structures tierces dont les établissements de santé seraient membres, tels que les groupements de coopération sanitaire (GCS)* ».

Les modalités de financement des GCS

Les GCS ont été créés par l'ordonnance de 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. Ce groupement volontaire a pour objectif d'améliorer et de développer l'activité de ses membres. Il permet :

- les interventions communes de professionnels médicaux et non médicaux des établissements membres du groupement ;
- de réaliser et gérer des équipements d'intérêt commun.

La création des GCS a été simplifiée par le décret du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire notamment en prévoyant un délai de deux mois à l'issue duquel le GCS est constitué y compris en l'absence de décision formelle de l'ARS. Les GCS peuvent être dissous par le directeur général de l'ARS, notamment en cas d'extinction de leur objet ⁽¹⁾.

Le GCS de moyens, qui permet de mutualiser des moyens de toute nature (humains, équipements, immobiliers...), est la forme de droit commun des GCS, et représente la majorité d'entre eux (96 %).

Les GCS peuvent également être reconnus comme des établissements de santé ⁽²⁾, dès lors qu'ils sont suffisamment intégrés et autorisés pour ce faire par le directeur de l'ARS. Ils sont publics ou privés selon leur composition, et sont financés sur le fondement des règles applicables aux établissements de santé. Ils appliquent les mêmes droits et obligations que les établissements de santé.

En 2017, on comptabilisait 667 GCS de moyens et 26 GCS constitués en établissements de santé, pour 693 GCS au total. Parmi les GCS constitués en établissements de santé ; 21 étaient des GCS de droit privé et 4 sont de droit public. Parmi les GCS de moyens, 267 relevaient du droit privé et 360 du droit public ⁽³⁾.

S'agissant de l'endettement, pour les GCS de moyens, ces derniers peuvent être constitués avec ou sans capital. Dans le second cas, les droits des membres sont déterminés à proportion de leur participation aux charges de fonctionnement. La convention constitutive fixe le pourcentage de participation de chacun des membres et détermine leurs droits (vote et responsabilité aux dettes). Ces moyens peuvent être fournis sous forme de dotation financière, ou en nature par des apports immobiliers par exemple.

Les membres des GCS sont tenus des dettes dans les conditions prévues par la convention constitutive. Les modalités de responsabilité à la dette doivent y figurer de manière explicite. Les membres peuvent être responsables en fonction de leur contribution au capital ou aux charges de fonctionnement, même s'il ne s'agit plus de l'unique modalité reconnue ⁽⁴⁾.

(1) Décret n° 2017-631 du 25 avril 2017 relatif à la constitution et au fonctionnement des groupements de coopération sanitaire.

(2) Depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

(3) Rapport au Parlement sur les recompositions hospitalières, 2017.

(4) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée.

B. LA CONTRACTUALISATION AU SERVICE DE LA MODERNISATION DE NOTRE SYSTÈME HOSPITALIER

1. Un contrat établi entre l'ARS et l'établissement

Les objectifs alloués aux contrats, déclinés au **I**, reprennent les obligations de service public susmentionnées, à savoir la continuité, la qualité et la sécurité, ainsi que la transformation de celui-ci en vue de rendre un meilleur service à ses usagers.

La déclinaison de ces objectifs est inscrite dans les contrats signés entre l'ARS et les établissements volontaires, mentionnés au **I**. Ces contrats répondent à un certain nombre de critères externes :

– ils doivent être signés avant le 31 décembre 2021, ainsi que le prévoit le même **I** ;

– ils sont établis entre le directeur général de l'ARS et les représentants légaux de l'établissement ;

– dans les conditions de droit commun, ils peuvent faire l'objet de révisions par la voie d'un avenant pendant toute leur durée.

Le rapporteur général estime qu'à ces conditions externes ici exposées pourrait utilement s'ajouter une condition de transparence du contrat, notamment en ce qui concerne les objectifs fixés.

Le **VI** du présent article prévoit que ces modalités, tout comme les conditions de mise en œuvre et de l'application des contrats, font l'objet d'un décret en Conseil d'État. Sont définis en particulier les impératifs relatifs au respect du droit de l'Union européenne relatif aux aides d'État, exposé *infra*. Le décret devra notamment identifier et chiffrer ce qui relève des compensations liées à l'exercice du SPH, ainsi que les modalités de récupération des éventuelles surcompensations.

2. Un levier destiné à accélérer la transformation des établissements de santé

Les clauses internes au contrat sont définies au **III** du présent article. Elles prévoient l'application à chaque cas particulier d'un échancier des versements, de leur montant total, de l'assiette retenue ainsi que des paramètres de calcul retenus pour déterminer ces versements.

Le contrat précise surtout le mandat qui aura été confié à l'établissement en échange de ces versements. Ainsi que le précise le **1°** du **III**, il reviendra à l'établissement de respect des engagements en matière d'investissement, de transformation ou d'assainissement de leur situation financière.

S'agissant des actions de transformation, celles-ci gagneront à s'inscrire dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 », à travers des objectifs de prise en charge des parcours de patients ou encore de mutualisation entre établissements au sein des GHT.

Au titre de l'investissement, au vu du diagnostic établi plus haut concernant l'investissement courant, cette enveloppe pourrait faire l'objet d'une attention prioritaire. Les besoins en matériel, notamment en petit matériel, ou encore en ressources humaines, pourraient être comblés par ce biais.

Les mesures d'assainissement financier, enfin, doivent permettre, notamment aux établissements les plus endettés, d'améliorer leurs résultats financiers en respectant une trajectoire de désendettement plus rapide. Celle-ci pourrait permettre de diminuer encore le ratio d'emprunts à risque ou d'obtenir une certification des comptes quand celle-ci fait encore défaut pour un certain nombre d'établissements.

Le **V** vise à permettre de maximiser l'impact de la dotation sur la situation financière des établissements volontaires. Ceux-ci bénéficieront de la comptabilisation intégrale du montant de la dotation, dès la signature du contrat, avant la fin de l'année 2021. Bien que les décaissements et les versements pourront s'échelonner ensuite sur quinze ans, les établissements signataires bénéficieront dès 2021 d'une plus grande marge de manœuvre comptable pour engager les actions de transformation ou d'assainissement financier auxquelles ils seront tenus par le biais de leurs mandats. Les versements eux-mêmes se répartiront ensuite, selon le même **V**, en fonds propres ou en produits financiers, selon le mandat établi par l'établissement.

3. Un mandat compatible avec le droit communautaire

En application de la décision « SIEG » de 2012 ⁽¹⁾, la « reprise de dette » doit respecter les critères établis par la jurisprudence comme par la Commission européenne pour ne pas enfreindre les règles du marché intérieur.

Le mandat, tel que défini au **1°** du **I** permet en effet de définir l'objet et les missions conférés aux établissements signataires.

Le **4°** du même **IV** prévoit quant à lui les modalités de contrôle du respect de leurs engagements par les établissements hospitaliers. Il revient à l'ARS de vérifier ce respect et, dans le cas contraire, de sanctionner les manquements. Ces sanctions doivent permettre de s'assurer, en premier lieu, que les investissements

(1) *Décision du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106 §2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, dite « décision SIEG 2012 », faisant suite à la décision 2005/842/CE de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général.*

consentis s'inscrivent bien dans la stratégie définie en amont. Ils doivent aussi garantir que ces versements demeurent dans l'épuration du service public hospitalier, afin de respecter le droit communautaire des aides d'État.

Les mécanismes de contrôle régulier permettent donc de garantir l'absence de toute surcompensation, afin de veiller à ce que le montant de la dotation couvre exactement les charges supplémentaires de service public.

Les récupérations engagées sur le montant de la dotation, qu'il s'agisse d'une surcompensation ou d'un manquement à la réalisation des engagements, ne dépasseront toutefois pas le montant qui devait être versé pour un exercice.

4. Une articulation à mettre en place avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Le **IV** du même article prévoit une articulation entre les contrats mentionnés ci-dessus et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) définis à l'article L. 6114-1 du code de la santé publique.

Ces contrats, également signés entre les ARS et les établissements, définissent la stratégie régionale de santé, adaptée aux spécificités des territoires où sont implantés les établissements. Il reviendra aux ARS d'assurer la bonne articulation et la cohérence globale entre les CPOM et les contrats définis dans le cadre du présent article.

*

* *

Article 28

Poursuivre la réforme du financement des établissements de santé

Adopté par la commission avec modification

L'article 28 contient de nombreuses mesures d'ajustement des réformes du financement des établissements de santé en cours.

Il complète la réforme du financement des urgences introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Il crée ainsi un système de participation forfaitaire, en lieu et place du système de tickets modérateurs qui existe actuellement.

Il clarifie les règles de financement des hospitalisations de jour, à la suite des travaux menés sur la gradation des prises en charge ambulatoires, en supprimant le forfait de prestation intermédiaire.

Enfin, il reporte le calendrier de mise en œuvre de plusieurs réformes, les travaux nécessaires à cette mise en œuvre ayant été perturbés par la crise sanitaire :

- la réforme du ticket modérateur en psychiatrie et pour les soins de suite et de réadaptation ;
- la réforme du financement des centres de lutte contre la tuberculose ;
- la réforme des contrats d'amélioration de la qualité en établissements de santé.

Dans le même sens, il adapte également les modalités de la période de transition du nouveau modèle de financement des soins de suite et de réadaptation et crée un système transitoire pour la réforme du financement des hôpitaux de proximité.

I. ADAPTATION DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES

A. LA RÉFORME EN COURS

● Le financement des urgences est aujourd'hui composé de plusieurs forfaits :

– un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) de 25,32 euros, dû pour chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée du même établissement de santé ;

– un « forfait annuel urgences » (FAU) qui s'élève depuis 2016 à 730 000 euros pour les 9 000 premiers passages, avec des suppléments pour chaque tranche de 2 500 passages au-delà de ces 9 000 passages.

À ces financements forfaitaires des services d'urgences s'ajoutent des recettes plus directement liées à l'activité, et notamment à la facturation des consultations et aux examens de biologie et d'imagerie, ainsi que les recettes liées aux séjours en cas d'hospitalisation.

● L'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020⁽¹⁾, introduit par un amendement parlementaire présenté par M. Thomas Mesnier et le groupe La République en Marche, a profondément rénové le financement des services d'urgences.

Ce nouveau mode de financement est défini à l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale, dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} janvier 2021.

Il prévoit que l'activité de soins de médecine d'urgence, à l'exception des services d'aide médicale urgente (SAMU – centre 15), est financée par :

– une dotation populationnelle, dont le montant est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins. Cette dotation est ensuite répartie entre les régions en tenant compte des caractéristiques de la population, des territoires et de l'offre de soins au sein de chaque région. Le montant des dotations régionales est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé.

Les agences régionales de santé (ARS) détermineront ensuite annuellement le montant alloué à chaque établissement, résultant de la répartition de la dotation populationnelle et déterminé en fonction de critères définis au niveau régional, après avis des représentants en région des établissements de santé et des professionnels exerçant cette activité. Ces critères pourront faire l'objet d'un encadrement au niveau national ;

– des recettes liées à l'activité et tenant compte de l'intensité de la prise en charge, qui n'est pas du tout prise en compte aujourd'hui ;

– une dotation complémentaire allouée aux établissements qui satisfont des critères liés à l'amélioration de la qualité et de l'organisation des prises en charge de cette activité.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités de détermination et de mise en œuvre de cette dotation complémentaire et les modalités d'application de cette réforme. Selon les informations transmises au rapporteur général, ce décret doit être publié en octobre 2020.

En l'état actuel des travaux de préfiguration de ce nouveau modèle, le financement à l'activité s'appuierait sur des forfaits liés à l'âge, sur des suppléments liés aux caractéristiques du patient et sur des suppléments liés aux plateaux techniques.

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

B. REPENSER LA PARTICIPATION DE L'ASSURÉ AUX URGENCES

À l'heure actuelle, un patient passant par les urgences sans être hospitalisé ensuite dans le même établissement est redevable d'un ticket modérateur s'élevant à 20 % du montant de chaque prestation dont il bénéficie : 20 % du forfait « accueil et traitement des urgences » et 20 % de chaque acte ou consultation réalisés pendant son passage aux urgences.

Ce mode de calcul ne sera pas adapté à la simplification opérée par la réforme, qui repense le passage aux urgences grâce à un système de forfaits et de suppléments en fonction des caractéristiques du patient ou de l'utilisation d'un plateau technique. La simplification permise par ce nouveau système n'aura pas de sens si le mode de calcul des tickets modérateurs implique de continuer à recueillir et à renseigner tous les éléments de nature médicale sur le contenu des prestations dont le patient a bénéficié lors de son passage aux urgences.

Le présent article propose donc de transformer ce ticket modérateur, dont le montant est aujourd'hui proportionnel au tarif des soins prodigués aux urgences, en une participation forfaitaire. Cette participation forfaitaire permettra aussi d'éviter les restes à charge trop élevés aux urgences pour les passages cumulant plusieurs actes très coûteux.

L'étude d'impact souligne qu'une telle forfaitisation serait de nature à faciliter la lisibilité, la facturation et le recouvrement de la participation de l'assuré, en évitant notamment le recueil et le renseignement des prestations dont l'assuré a bénéficié. Cette facilitation du recouvrement est par ailleurs loin d'être négligeable lorsque l'on sait que 30 % des factures seulement sont effectivement recouvrées à la suite d'un passage aux urgences dans les établissements publics de santé.

Le **A** du **I** précise que cette participation forfaitaire sera due par tous les assurés à la suite d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie (MCOO) au sein de l'établissement. Cette disposition n'est d'ailleurs pas modifiée par la réforme proposée ici puisque la non-facturation d'un reste à charge aux patients après un passage aux urgences ne s'applique d'ores et déjà qu'en cas d'hospitalisation en MCOO.

Le montant de ce forfait sera défini par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Ce forfait pourra être minoré pour les patients :

– couverts au titre du risque maternité (article L. 160-9 du code de la sécurité sociale) ;

– en affection de longue durée (ALD) mentionnée aux 3^o et 4^o de l'article L. 160-14 ;

– aux assurés bénéficiant d’une pension d’invalidité, d’une pension de vieillesse substituée à une pension d’invalidité ou d’une rente ou d’une allocation versée au titre de la législation des accidents du travail et maladies professionnelles (13° de l’article L. 160-14 et article L. 371-1).

Les seuls cas d’exonération complète de ce forfait concerneront les situations de risque sanitaire grave et exceptionnel (article L. 16-10-1), les soins aux personnes victimes d’un acte de terrorisme (articles L. 169-1 et L. 169-2, modifié par le **F** du **I** du présent article) et les soins aux mineurs victimes de sévices sexuels, pour les actes, soins et traitements consécutifs aux sévices sexuels dont ils ont été victimes (15° de l’article L. 160-14).

Selon l’étude d’impact, *« en conservant la masse globale de participation constante et sans organiser de déport entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, le montant de base de ce forfait de participation aux urgences ainsi créé serait proche de 18 euros pour chaque passage aux urgences non suivi d’hospitalisation dans les deux secteurs. Le montant minoré serait de huit euros. Aujourd’hui, le ticket modérateur moyen facturé pour un passage aux urgences non suivi d’hospitalisation sans motif d’exonération est de 18,85 euros en moyenne dans le secteur ex-DG et de 20,11 euros en moyenne dans le secteur ex-OQN. »* ⁽¹⁾ En ce qui concerne les patients bénéficiant aujourd’hui d’une ALD, la mise en place de ce forfait minoré *« entraînerait certes une hausse du nombre de patients en ALD devant s’acquitter d’une participation pour un passage non suivi d’hospitalisation aux urgences, mais cela pour un montant unitaire moindre. Au global la masse des restes à charge des ALD baisserait de 32 % dans le cadre de la réforme »*.

Le **E** du **I** précise que, le cas échéant, cette participation forfaitaire est prise en compte dans le calcul de la prise en charge des bénéficiaires de l’aide médicale de l’État dans les établissements de santé publics et privés à but non lucratif (anciennement sous dotation globale).

Le 3° du **B** du **I** précise que ce forfait constituera un compartiment à part entière du nouveau modèle de financement des urgences, aux côtés de la dotation populationnelle, des recettes liées à l’activité et de la dotation complémentaire liée à la qualité.

C. AUTRES ADAPTATIONS DE LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES URGENCES

Le présent article procède à d’autres modifications plus marginales de l’article L. 162-22-8-2 issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(1) Il convient de noter, toujours selon l’étude d’impact, que sur les 14 millions de passages aux urgences non suivis d’hospitalisation à l’hôpital public en 2018, 3 millions de passages concernent un assuré avec une ALD. Parmi ces derniers seuls 1,1 million de passages, soit un tiers environ, sont exonérés de ticket modérateur car en lien avec l’ALD.

Le 1° du **B** du **I** précise que c'est bien le directeur général de l'agence régionale de santé qui fixe annuellement le montant issu de la dotation populationnelle alloué à chaque établissement. Le 2° du **B** du **I** précise également, sur le modèle de ce que prévoit déjà la loi pour la réforme du financement de la psychiatrie, que la répartition de cette dotation entre régions a pour objectif de réduire progressivement les inégalités dans l'allocation de ressources entre les régions. Les modalités et la trajectoire de réduction de ces inégalités seront précisées par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, l'inscription dans la loi de ce rattrapage, qui devrait avoir lieu sur cinq ans, permet d'éviter un mésusage de la dotation populationnelle qui ne doit pas être confondue avec une dotation globale de financement.

Le **C** et le **D** du **I** précisent que les coefficients de minoration et les coefficients géographiques ne s'appliquent pas aux forfaits liés à l'activité instaurés dans le cadre de cette réforme.

L'ensemble des dispositions relatives à l'adaptation du modèle de financement des urgences entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2021 (**VII**).

II. ADAPTATION DES DISPOSITIONS RELATIVES AUX MODALITÉS DE FACTURATION DES PRISES EN CHARGE EN AMBULATOIRE

D'importants travaux ont été menés au cours des dernières années sur la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé. Ces travaux donnent lieu à la suppression du forfait prestation intermédiaire par le présent article.

L'article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ⁽¹⁾ a introduit un article L. 162-22-6-1 au sein du code de la sécurité sociale, ouvrant pour les établissements de santé la possibilité de facturer une prestation d'hospitalisation pour la prise en charge d'une affection nécessitant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux et, éventuellement, socio-éducatifs, ainsi que la réalisation d'une synthèse médicale.

Ce dispositif visait à éviter que dans un contexte d'augmentation forte de l'ambulatoire au sein des établissements de santé, et alors que les actes et consultations externes apparaissaient sous-financés à l'hôpital par rapport à leur coût, les professionnels proposent des prestations de soins supplémentaires afin de pouvoir considérer ces prises en charge comme des hospitalisations de jour, mieux rémunérées.

En pratique, ce forfait s'appliquait aux prises en charge coordonnées faisant intervenir au moins trois intervenants dont un professionnel médical, pour les quatre pathologies suivantes : diabète, polyarthrite rhumatoïde évolutive, spondylarthrite

(1) Loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017.

grave et insuffisance cardiaque grave. Selon la Cour des comptes, dans son rapport annuel sur les lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2019, peu d'établissements ont en réalité recours à ce forfait ⁽¹⁾.

Ce forfait a été supprimé au 1^{er} mars 2020 dans le cadre des travaux réalisés sur l'instruction dite « frontière », parallèlement à la création d'un nouveau groupement homogène de séjour (GHS) dit « intermédiaire » ⁽²⁾. Le champ des prises en charge intermédiaires a été élargi au sein de ces GHS intermédiaires : le périmètre anciennement couvert par le forfait de prestation intermédiaire a ainsi été ouvert à toutes les pathologies. Ils sont facturables dès lors que trois interventions sont dénombrées pour une prise en charge de médecine.

Le 2^o et le 4^o du II du présent article tirent la conséquence de cette suppression en abrogeant l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale.

III. DES RÉFORMES REPORTÉES

A. REPORT DE LA RÉFORME DU TICKET MODÉRATEUR EN PSYCHIATRIE ET EN SSR

1. La réforme en cours

a. *Le contexte*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ⁽³⁾, qui a instauré la tarification à l'activité (T2A), a fait des tarifs nationaux de prestations issus des groupements homogènes de séjour (GHS) la base de calcul du ticket modérateur à la charge des assurés pour les établissements de MCO.

Dans le même temps, l'article 33 de la même loi a prévu le maintien, de façon dérogatoire et transitoire, et uniquement dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, c'est-à-dire publics et privés non lucratif, des règles de calcul du ticket modérateur qui prévalaient avant la mise en place de la T2A. Afin de ne pas augmenter la valeur faciale du ticket modérateur au moment de la réforme, il a été décidé que le calcul du ticket modérateur se ferait de manière transitoire sur une assiette plus large, pour ces établissements, que les seuls GHS.

En effet, le passage à une assiette du ticket modérateur calculée à partir des GHS aurait été coûteux pour les établissements sous dotation globale, pour lesquels l'assiette des tarifs nouvellement définis était bien plus restreinte que le coût global du séjour, qui inclue les dotations complémentaires (et notamment la dotation

(1) Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, les dépenses assurance maladie relatives au forfait prestation intermédiaire ont ainsi été de 7,37 millions d'euros pour 2019.

(2) Arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

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

« missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »), la part de ces dotations complémentaires étant beaucoup moins importante pour les établissements privés lucratifs.

Le calcul de cette participation se fait donc aujourd'hui sur la base de « tarifs journaliers de prestation » (TJP), qui prennent en compte ces différents financements. L'assuré hospitalisé dans des établissements anciennement sous dotation globale participe de cette manière au financement de toutes les composantes de la T2A, y compris les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), les forfaits annuels d'urgence et de greffes, la seule exception à cette règle étant celle des produits de la liste en sus.

La sortie de cette dérogation qui se voulait transitoire s'est révélée très difficile du fait :

– de l'impossibilité pour ces établissements d'établir une facturation individuelle directe sur la base des tarifs nationaux au moment de la mise en œuvre de la T2A, en l'absence de mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

– surtout, de l'effet financier important pour les établissements concernés qu'entraînerait une modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur.

Face à ces difficultés, cette phase dérogatoire a été repoussée à trois reprises : alors qu'un terme avait été dans un premier temps fixé au 31 décembre 2008 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, elle a été reportée au 31 décembre 2012 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, au 31 décembre 2015 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 et au 31 décembre 2019 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

b. La réforme adoptée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a supprimé l'objectif de calculer, à terme, le ticket modérateur sur la base des GHS.

Il a mis en place un nouveau système de calcul du ticket modérateur, en remplaçant les tarifs journaliers de prestation par une nomenclature simplifiée et fixée au niveau national.

Les modalités de cette nouvelle tarification doivent être déterminées par voie réglementaire, et être applicables non seulement dans le champ du MCO, mais également pour les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'ensemble des établissements de santé, publics comme privés.

Par exception, seul le ticket modérateur pour les activités de MCO dans les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national devrait rester, à terme, calculé à partir des GHS.

Ce nouveau modèle devait entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2021 – ou au moment de l’entrée en vigueur des nouveaux modèles de financement pour les activités de psychiatrie et de SSR. Ses effets seront lissés sur trois ans.

2. Un retard pris du fait de la crise sanitaire

L’étude d’impact souligne que la crise sanitaire a considérablement ralenti les travaux techniques et suspendu la concertation avec les acteurs, débutée en février 2020, rendant de fait impossible la mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} janvier 2021 pour les activités de psychiatrie comme de SSR :

– l’élaboration de tarifs nationaux journaliers de prestations dans ces deux champs requiert au préalable la stabilisation des paramètres de financement dans les nouveaux modèles définis par la dernière loi de financement, ce qui n’est pas encore le cas ;

– pour les activités de psychiatrie, le financement ne se fonde actuellement pas sur la mesure de l’activité pour les établissements sous dotation annuelle de financement. *« L’année 2021 devra donc être consacrée à l’exploitation d’autres sources de données d’activité [...] afin de pouvoir établir une grille théorique de tickets modérateurs »* ;

– pour les établissements de SSR et de psychiatrie privés lucratifs, dits sous « objectif quantifié national », tarifés à l’activité, l’étude d’impact considère qu’« à ce stade des travaux, il est techniquement impossible d’appliquer un tarif national journalier de prestations aux honoraires facturés par les cliniques. Ces honoraires ne sont pas anticipables et varient d’un séjour à l’autre. Il n’est dès lors pas possible d’appliquer un tarif national journalier de prestation qui par principe doit être défini indépendamment du déroulé du séjour aux honoraires. Cette difficulté suppose une évolution des systèmes d’information, notamment des règles de facturation avec la CNAM et les complémentaires, incompatible avec une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2021. »

La réforme entrera en revanche en vigueur au 1^{er} janvier 2021 comme prévu initialement pour le MCO.

3. Le dispositif proposé

a. Le statu quo en psychiatrie et en SSR pour 2021

Le 1^o du **B** du **II** modifie l’article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 afin de prévoir que par dérogation au nouvel article L. 162-20-1 du code de la sécurité sociale introduit par l’article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, les tarifs applicables en 2020 dans chaque établissement (publics comme privés) restent en vigueur jusqu’au 31 décembre 2021 pour les activités de psychiatrie et de SSR.

Le **C** du **II** modifie l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 en conséquence.

Le **3°** insère un nouveau **VII** à l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 afin de préciser que pour les établissements privés anciennement sous objectif quantifié national en psychiatrie et en SSR, la base de calcul du ticket modérateur reste, pour 2021, les tarifs des prestations d'hospitalisation ou les tarifs de responsabilité fixés antérieurement à la loi par le directeur général de l'ARS.

Pour les établissements anciennement sous objectif quantifié national exerçant des activités de psychiatrie, les tarifs des prestations d'hospitalisation ou des tarifs de responsabilité fixés antérieurement à la présente loi par le directeur général de l'ARS servent également de base au calcul de la part de dotation « à l'activité » du nouveau modèle de financement.

Le **1°** et le **2°** modifient l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 afin de prévoir que pour les établissements de psychiatrie comme de SSR, cette réforme n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2022, et que la période de transition prévue par la réforme débutera logiquement au même moment.

b. Permettre la prise en compte des médicaments de la liste en sus dans la facturation des séjours aux patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽¹⁾ a prévu que pour la durée du régime dérogatoire de calcul des tarifs journaliers de prestation, lorsqu'un patient relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français bénéficie des produits de santé onéreux inscrits sur la liste en sus, la facturation de ces soins est majorée du coût de ces produits de santé.

En effet, pour les activités de MCO des établissements anciennement sous dotation globale de financement, la facturation des soins aux patients relevant d'un régime de sécurité sociale étranger mais coordonné avec le système français – régimes de sécurité sociale des États membres de l'Union européenne et des États avec lesquels la France a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale – est calculée sur la base du tarif journalier de prestations.

Avant 2018, la dépense liée à l'utilisation de médicaments de la liste en sus n'étant pas prise en compte dans le calcul des tarifs journaliers, et du fait du poids croissant de ces dépenses en médicaments de la liste en sus, cette base de facturation reflétait donc de moins en moins le coût supporté par les établissements de santé pour la prise en charge de ces patients étrangers.

Le **1°** du **A** du **II** du présent article pérennise donc cette disposition au sein de l'article L. 162-20-1 relatif à la tarification nationale journalière des prestations,

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

introduit par l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Le 2^o du **B** du **II** supprime cette même disposition au sein de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

B. ADAPTATION DE LA RÉFORME DES SSR

1. La réforme en cours

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a profondément rénové le cadre du financement des activités de SSR, en introduisant, à son article 78, un nouveau modèle de financement, commun aux trois secteurs public, privé non lucratif et privé lucratif, et reposant sur une dotation modulée à l'activité.

Le texte issu de cette loi de financement prévoyait une application de la réforme dès 2017 et un déploiement progressif jusqu'en 2022, dans le cadre d'un mécanisme de convergence destiné à lisser les effets de la réforme sur les recettes des établissements de santé. Le début de cette période de montée en charge du nouveau dispositif a toutefois été progressivement reporté, par la loi de financement pour 2018 puis par la loi de financement pour 2020, au 1^{er} janvier 2020, puis au 1^{er} janvier 2021. Cette période doit désormais s'étendre jusqu'en 2026.

Le modèle ciblé a été profondément remanié par l'article 34 de la loi de financement pour 2020. Cet article prévoit que les activités de SSR exercées par les établissements de santé, tous statuts juridiques confondus, bénéficient d'un financement mixte composé :

– de recettes issues directement de l'activité. Ces recettes seront déterminées sur la base de tarifs nationaux de prestations, des coefficients géographiques, d'un coefficient de minoration si nécessaire pour concourir au respect de l'objectif de dépenses SSR ;

– d'une dotation forfaitaire permettant de sécuriser de manière pluriannuelle le financement de leurs activités.

Cette réforme a maintenu l'existence d'un coefficient de transition, prévu dès l'origine de la réforme, qui doit permettre la mise en œuvre du mécanisme de convergence d'amortir jusqu'en 2026 les effets de la réforme.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, la réforme du financement des SSR entrera en vigueur en totalité en 2021. *« Elle permettra ainsi l'homogénéisation des mécanismes de financement entre secteurs de financement et entre régions. Les anciennes modalités de financement disparaissent ainsi pour chaque secteur (prix de journée pour les établissements du secteur OQN, dotation de financement pour les établissements DAF). Si la réforme se mettra en œuvre dans un cadre sécurisé en 2021 qui neutralisera tous les effets négatifs de la réforme, tous les compartiments de financement seront préfigurés en cours d'année au niveau de chaque établissement.*

Par ailleurs, les modalités de valorisation des séjours sont également en cours d'évolution. Les recettes d'activité seront basées sur une nouvelle classification, qui reconnaîtra et valorisera mieux la spécialisation et la réalité des prises en charge. »

2. Le droit proposé

Le **IV** du présent article modifie l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le **A** décale l'entrée en vigueur du coefficient de transition, initialement prévue au 1^{er} janvier 2021, au 1^{er} janvier 2022 (**a** du 1^o et **b** du 2^o). Il modifie également l'application de ce coefficient de transition, pour le restreindre aux seules recettes issues de l'activité (**b** du 1^o et le **a** du 2^o).

En effet, selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, la structure du compartiment « dotation de financement mixte » a été définie au cours du premier semestre 2020. Cette dotation, dite « populationnelle », sera allouée aux établissements sur la base de critères territoriaux, populationnels et d'objectifs de santé publique. Elle ne comportera donc plus aucune notion d'activité.

Dès lors, il n'y aurait pas de sens à appliquer le coefficient de transition, qui a vocation à atténuer les effets revenus liés à la mise en place des compartiments de financement les plus dynamiques, ceux directement liés à l'activité des établissements, à cette dotation.

Le coefficient de transition instauré dans l'article 78 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 a vocation à venir accompagner la transition de l'ancien modèle de financement vers le nouveau modèle. Il devait permettre d'atténuer les effets revenus liés à la mise en place des compartiments de financement les plus dynamiques, ceux directement liés à l'activité des établissements. La dotation forfaitaire étant désormais indépendante de la notion d'activité, la maîtrise des effets revenus liés à la mise en place de cette dotation sera facilitée et ne nécessite plus de coefficient de transition.

Selon l'étude d'impact, il a été proposé « *la mise en œuvre du nouveau modèle de financement pour l'année 2021 d'un mécanisme de sécurisation des financements visant à limiter les mouvements financiers pour 2021 et ainsi à sécuriser l'ensemble des établissements* ». Ainsi, selon les informations complémentaires transmises au rapporteur général par le Gouvernement, « *l'objectif de ce mécanisme est de neutraliser les impacts négatifs de la réforme du financement pour tous les établissements. Ainsi, chaque établissement est assuré de percevoir a minima un niveau de recettes équivalent aux recettes perçues en 2020, à l'exception des recettes perçues au titre des frais afférents à la fourniture de médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-6, des recettes perçues au titre de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans les*

conditions définies à l'article L. 162-23-15 et des recettes perçues au titre des missions mentionnées à l'article L. 162-23-8. »

Dans ce cadre nouveau de sécurisation des ressources pour 2021, l'existence de ce coefficient de transition n'aurait pas de sens pour cette même année.

Le **B** modifie les modalités de facturation des établissements anciennement sous OQN, qui font actuellement l'objet d'une dérogation durant la période de financement transitoire ⁽¹⁾.

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, cette modification est nécessaire car la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avait reporté au 28 février 2023 la facturation directe pour la fraction de la dotation modulée à l'activité, sans tenir compte « *des modalités de la réforme de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation qui ont été travaillées depuis* ». La modification proposée vise à maintenir le report de la facturation directe pour la fraction de la dotation modulée à l'activité jusqu'à la fin de l'année 2020 et de permettre ce report sur les recettes directes issues de l'activité du 1^{er} janvier 2021 au 28 février 2023 pour les établissements de santé privés.

C. ADAPTATION DE LA RÉFORME DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

1. La réforme en cours

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 est venu rénover en profondeur le financement des hôpitaux de proximité, dans la continuité de la redéfinition de leurs missions, opérée par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

Jusqu'alors, aux termes de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, le financement des hôpitaux de proximité prenait la forme d'un financement mixte composé :

- d'une dotation forfaitaire annuelle garantie, construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi ;
- d'un complément de financement fondé sur l'activité produite.

(1) Pour les établissements privés sous OQN, le montant de la part calculée sur les modalités actuelles de financement (prix de journée) continue à être versé dans le cadre de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale. S'agissant de la seconde part, assise sur la dotation modulée à l'activité, le circuit de financement s'inscrit dans le cadre dérogatoire à cette organisation du 1^{er} mars 2017 au 28 février 2018. Le montant forfaitaire n'est pas facturé auprès de la caisse centralisatrice. Les établissements doivent remettre à l'ARS dont ils relèvent leurs données d'activité, et, après valorisation de ces données, le montant calculé par l'ARS est notifié à l'hôpital concerné ainsi qu'à la caisse de leur circonscription.

La réforme prévoit que ces hôpitaux de proximité seront désormais financés par :

– une garantie pluriannuelle de financement, qui concernera uniquement l’activité de médecine, et donnera une meilleure visibilité aux établissements. Cette garantie prendra en compte les recettes et le volume d’activité historiques de l’établissement, ainsi que la qualité des prises en charge. Les établissements bénéficieront d’un complément de recettes issues de l’activité si cette activité est supérieure au niveau garanti ;

– une dotation de responsabilité territoriale, permettant de financer les missions optionnelles et partagées des hôpitaux de proximité, par le biais d’une contractualisation. Cette dotation permettra notamment d’indemniser les médecins, sages-femmes et odontologistes libéraux participant aux missions des hôpitaux de proximité.

2. Une nécessaire période transitoire

241 établissements bénéficient aujourd’hui de l’ancien régime financier des hôpitaux de proximité. Pour prétendre au nouveau modèle de financement, ces établissements doivent désormais être labellisés, et donc répondre aux exigences définies par la loi relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.

Or, les décrets d’application de ce texte sont seulement en cours de rédaction, et la crise sanitaire ayant fortement perturbé l’activité de certains de ces établissements, un risque existe que certains établissements ne soient pas en mesure de répondre dès leur publication aux exigences posées par la loi pour être reconnus comme des hôpitaux de proximité. Par ailleurs, comme le souligne l’étude d’impact, *« les Agences régionales de santé, fortement mobilisées par la gestion de la crise du covid-19, n’ont pu jouer pleinement en 2020 leur rôle d’accompagnement des établissements vers les exigences du nouveau modèle des hôpitaux de proximité »*.

En l’absence de dispositif transitoire, au moment de la publication des décrets, ces établissements, s’ils ne remplissent pas tous les critères pour rentrer dans le nouveau modèle, basculeront dans le droit commun de la tarification à l’activité. L’étude d’impact estime à 10 % des hôpitaux de proximité ceux qui ne sont pas encore prêts à basculer dans le nouveau modèle.

3. Le dispositif

Le **VI** du présent article prévoit que les hôpitaux de proximité actuellement considérés comme tels et ne répondant pas, au titre de l’année 2021, aux exigences du nouveau cadre juridique des hôpitaux de proximité continuent de bénéficier, pour cette même année, de l’ancien financement dérogatoire.

L’étude d’impact indique par ailleurs que *« compte tenu du faible nombre d’établissements qui en bénéficieront dans chaque région, il est proposé de*

neutraliser la part variable pour la fixer à 0. La part socle sera rehaussée afin de garantir à ces établissements une réelle sécurisation de leurs recettes. »

Par ailleurs, le 3° du A du II du présent article modifie à la marge le dispositif adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui précisait que le niveau du financement des hôpitaux de proximité doit prendre en compte les besoins de santé de la population du territoire « *tels qu'identifiés par le projet régional de santé et ses déclinaisons territoriales* ». Cette disposition, issue d'un amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, semble dans la pratique trop restrictive, le projet régional de santé n'étant pas le seul instrument permettant de définir ces besoins de santé, et l'échelle régionale n'étant pas forcément la plus adaptée pour définir les besoins locaux de la population desservie par un hôpital de proximité.

Le présent article propose donc de supprimer cette disposition.

D. PROROGATION DES EXPÉRIMENTATIONS SUR LES TRANSPORTS URGENTS PRÉHOSPITALIERS

Face aux grandes difficultés d'organisation de la garde ambulancière, l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a prévu, par la voie d'un amendement introduit par l'Assemblée nationale, la possibilité d'expérimenter de nouvelles règles de financement des transports sanitaires urgents préhospitaliers réalisés à la demande du SAMU, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

Des expérimentations ont progressivement été déployées dans sept départements : les Bouches-du-Rhône, l'Isère, la Haute-Garonne, la Savoie, l'Allier, la Charente-Maritime, le Var.

Du fait de lenteurs dans sa mise en œuvre, le délai fixé pour la fin de ces expérimentations a dû être prolongé une première fois par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, puis par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Elles doivent normalement arriver à leur terme le 31 décembre 2020.

Le III du présent article propose de prolonger ce délai d'un an supplémentaire à nouveau.

En effet, selon l'étude d'impact, « *Après un retard de près de 6 mois lié à la suspension des travaux imposée par la gestion de crise covid-19, les travaux ont désormais repris sur les deux volets de la réforme, de manière à permettre son application à partir du premier semestre 2021* ». Sur le volet financier de la réforme, « *un nouvel avenant tarifaire est en cours de négociation depuis juin 2020 entre l'UNCAM et les fédérations nationales de transporteurs sanitaires, spécifiquement sur le modèle économique des transports sanitaires urgents. L'objectif est de le signer en octobre 2020 pour une entrée en vigueur au cours du 2^{ème} trimestre 2021. Sur le volet organisationnel, les groupes de travail ont*

repris en juillet 2020, dans l'objectif d'une publication des textes (décret et instruction) fin 2020 ou début 2021. »

Le rapporteur général insiste sur l'importance de mener cette réforme d'ampleur, malgré la crise sanitaire, et souhaite vivement que le rapport au Parlement prévu par l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 soit remis dans les plus brefs délais.

E. REPORT DE LA RÉFORME DES CENTRES DE LUTTE CONTRE LA TUBERCULOSE ET CONTRE LA LÈPRE

L'article 57 de la loi de financement pour 2020 a confié par principe aux ARS la gestion des centres de lutte contre la tuberculose ou de la lèpre. Les départements assurant pour le moment la gestion de ces centres ont néanmoins la possibilité de conserver cette activité, sous réserve d'une habilitation de l'ARS.

La réforme prévoyait que les départements assurant aujourd'hui la gestion d'un ou de plusieurs centres devaient adresser leurs demandes d'habilitation à l'ARS avant le 30 juin 2020, afin de poursuivre leur activité au-delà du 1^{er} janvier 2021. Du fait de la crise sanitaire, le report de cette réforme est nécessaire afin de permettre aux ARS d'instruire les demandes des départements.

Le **A** du **V** reporte donc la mise en œuvre de cette réforme au 1^{er} septembre 2021, et la date de dépôt des dossiers par les départements au 1^{er} mars 2021.

F. REPORT DE LA RÉFORME DU CAQES

L'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a refondu en profondeur le contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (CAQES).

Le **B** du **V** reporte d'un an l'entrée en vigueur de cette réforme, qui interviendra donc au 1^{er} janvier 2022.

*

* *

Article 29

Expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités de médecine

Adopté par la commission avec modification

L'article 29 vise à faire évoluer, sur la base du volontariat, le financement des activités de médecine dans les établissements de santé, afin de pondérer la tarification à l'activité par d'autres types de financements.

Le présent article vise à faire évoluer, à court terme puis à moyen terme, le financement des activités de médecine à l'hôpital, uniquement sur la base du volontariat des établissements.

Il vient donner une traduction concrète à la mesure n° 11 des conclusions du Ségur de la santé, par laquelle le Gouvernement s'est engagé à « *mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d'un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine* » avec « *une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d'une part à l'activité et à la qualité des soins* ».

Dès 2021, les établissements qui le souhaitent pourront opter pour un système de financement mixte alliant une « dotation socle » calculée à partir de l'activité de l'année précédente et une part de tarification à l'activité.

À plus long terme, les établissements pourront demander à bénéficier, à titre expérimental et pour une durée de cinq ans, d'un financement des activités de médecine composé à la fois d'une dotation populationnelle, d'un paiement à l'activité et d'un financement à la qualité.

I. L'ÉTAT DU DROIT

1. Le financement à l'activité de la médecine hospitalière

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004⁽¹⁾, les activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont financés par le biais de la tarification à l'activité (T2A).

Dans ces trois secteurs d'activité, la T2A est entrée en vigueur progressivement jusqu'en 2008, venant remplacer les deux modes de financement applicables jusqu'alors aux établissements de santé :

– la dotation globale pour les établissements publics et les établissements privés non lucratifs. Dans ce système, les ressources allouées aux établissements étaient reconduites chaque année par rapport au budget de l'année précédente, au moyen d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, et les moyens étaient donc déconnectés de l'évolution de l'activité. L'autorisation des dépenses

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

conditionnait les recettes attendues, qui permettaient la réalisation d'un certain niveau d'activité ;

– un paiement à l'activité pour les établissements privés à but lucratif, réparti entre des forfaits de prestations rémunérant la structure et des honoraires correspondant aux actes des médecins.

Avec l'entrée en vigueur de la T2A, les ressources des établissements sont désormais calculées à partir d'une estimation de l'activité produite en fonction de la nature et du volume des soins qu'ils délivrent, conduisant à une estimation de recettes selon la méthode suivante :

– le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé *via* le mécanisme de « groupes homogènes de malades » (GHM) et de « groupes homogènes de séjours » (GHS) ;

– le séjour de chaque patient est classé au sein d'un GHM auquel est associé un ou plusieurs GHS. Ces derniers conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

Ce nouveau système de tarification s'applique à l'ensemble des activités de court séjour de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) depuis 2008 en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Ce financement comprend également des forfaits annuels mis en place pour financer les structures de certaines activités spécifiques :

– le forfait annuel « urgences » destiné à couvrir les charges de structure et de fonctionnement des services d'accueil des urgences autorisés ;

– le forfait « coordination des prélèvements d'organes » ;

– le forfait annuel « greffes ».

2. Sortir du « tout T2A »

La T2A présente de nombreux avantages, dont celui de la simplicité et de la réactivité. Elle a également permis de corriger les grandes iniquités qui résultaient du modèle de financement précédent. Surtout, elle semble particulièrement adaptée aux activités les plus standardisées, à l'image de la chirurgie ou de la médecine interventionnelle.

Toutefois, les limites de la tarification à l'activité sont aujourd'hui bien connues :

– elle manque de prévisibilité ;

– elle peut inciter à la production d'actes non nécessaires au détriment de la pertinence des soins et de leur qualité ;

– elle ne valorise pas la prévention ;

– elle ne favorise pas la recherche d’une coopération entre les différents acteurs du parcours de soins d’un patient.

La part financée à l’activité (T2A en MCO, dotation modulée à l’activité en SSR et prix de journée en SSR et psychiatrie pour le secteur privé lucratif) représente aujourd’hui 63 % des financements des établissements de santé. Le Gouvernement a fixé pour objectif de ramener cette part à 50 % d’ici 2022.

Des réformes importantes ont déjà été engagées pour sortir du « tout T2A ». Ainsi, les articles 37 et 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ont permis l’expérimentation de forfaits pour les maladies chroniques et ont introduit une plus grande part de financement à la qualité. Les articles 33, 34 et 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ont quant à eux ouvert la voie à une réforme profonde du financement des hôpitaux de proximité, des établissements de santé autorisés en psychiatrie et des urgences.

La mesure 11 du Ségur de la santé marque une nouvelle étape dans cette réforme du financement des établissements de santé. Elle prévoit en effet de « *mettre en œuvre sur les territoires et pour les établissements qui le souhaitent une expérimentation d’un modèle mixte de financement des activités hospitalières de médecine* » avec « *une part fondée sur les besoins de santé des populations du territoire (dotation populationnelle) complétée d’une part à l’activité et à la qualité des soins* ».

Le présent article en est la traduction concrète.

Cette mesure concernera avant tout les établissements publics, qui réalisent 65 % des activités de médecine, contre 27 % pour les cliniques privées et 8 % pour les établissements privés à but non lucratif.

II. VERS UNE ÉVOLUTION PROFONDE DU FINANCEMENT DES ACTIVITÉS DE MÉDECINE ?

1. Dès 2021, permettre aux établissements volontaires de sortir du « tout T2A » pour leurs activités de médecine

Le **I** du présent article prévoit qu’à compter du 1^{er} janvier 2021 et pour toute la durée de l’expérimentation prévue au **II**, tous les établissements de santé, indépendamment de leur statut, peuvent bénéficier d’une dotation « socle » pour leur activité de médecine. Il s’agira d’un « droit d’option » par rapport au droit commun, qui restera celui du financement de ces activités par la T2A.

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, l’entrée dans ce système optionnel sera ouverte aux établissements uniquement pendant l’année 2021. Les établissements qui le souhaiteraient pourront

choisir de renoncer à ce droit d'option et de revenir à la T2A, sans retour en arrière possible vers la dotation socle.

Les hôpitaux de proximité ne pourront logiquement pas bénéficier de ce dispositif dérogatoire, puisqu'aux termes de l'article L. 162-23-16 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, ils bénéficient déjà, pour leur activité de médecine, d'un financement dérogatoire à la T2A.

La liste des établissements retenus pour intégrer ce dispositif sera dressée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Le montant de cette dotation socle sera calculé sur la base d'un pourcentage des recettes issues de l'activité des séjours de médecine réalisés l'année précédente au sein de l'établissement concerné. *A contrario*, le montant de cette dotation socle viendra en substitution des montants facturés en tarification à l'activité, qui sera minorée d'autant grâce à l'application d'un coefficient de minoration.

L'étude d'impact précise que *« cette dotation sera fixée à partir du niveau de l'activité de l'année précédente et son assiette ne pourra excéder un pourcentage des recettes d'assurance maladie du périmètre des activités concernées, qui sera fixé par décret »*.

Ce décret fixera ainsi :

- les modalités d'entrée et de sortie de ce mécanisme d'option ;
- les modalités de détermination et de calcul de la dotation socle, ainsi que son montant.

Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, ce décret sera publié d'ici la fin de l'année 2020. L'arrêté venant préciser la liste des établissements concernés sera quant à lui publié en janvier 2021.

Les modalités de calcul de cette dotation, le périmètre des activités couvertes et la part qu'elle représentera ne sont à ce stade pas totalement définis et nécessitent des travaux complémentaires. Le taux d'évolution de la dotation socle sera également fixé par décret, et, selon l'étude d'impact, il ne pourra pas excéder le taux d'évolution de l'objectif de dépenses MCO. Il s'appliquera uniformément pour tous les établissements ayant opté pour la dotation socle.

Concrètement, pour les établissements publics et privés non lucratifs, la dotation sera calculée puis versée mensuellement. Un coefficient de minoration proportionnel au poids de la dotation socle sera ensuite appliqué aux recettes « T2A » qui continueront elles aussi à être versées mensuellement. Les établissements privés lucratifs continueront quant à eux à percevoir leurs recettes issues de la facturation à l'activité. Une régularisation sera opérée en fin d'année à

hauteur du différentiel entre les recettes issues de l'activité et la somme de la dotation socle et de la quote-part restant à l'activité.

Aux termes de l'étude d'impact, l'impact financier de la dotation socle pour chaque établissement « *dépendra de l'évolution historique de chaque établissement. En effet un établissement en décroissance tendancielle verrait, en optant pour la dotation socle, une partie de son activité de l'année de référence garantie, stoppant ainsi pour 2021 sa décroissance. À l'inverse un établissement en forte croissance tendancielle verrait ses recettes se stabiliser sur le périmètre d'application de la dotation socle.* »

Cette dotation socle ne doit pas être confondue avec une garantie de financement telle qu'elle a été mise en place pour les hôpitaux de proximité ou pour permettre aux établissements de santé de faire face à la crise de la covid-19. En effet, dans le cadre de ces mécanismes de garantie de financement, l'établissement reste financé en T2A, et, si son activité est supérieure, il perçoit les recettes de l'activité. Avec la dotation socle, pour la part de l'activité financée en dotation, l'établissement percevra cette dotation, peu importe le niveau d'activité réalisé.

L'étude d'impact précise que cette dotation socle s'inscrira dans le cadre d'un double engagement. D'une part, il s'agira « *d'une contractualisation avec l'ARS sur les objectifs prioritaires d'amélioration des prises en charges hospitalières pour le territoire* ». Les modalités de cette contractualisation ne sont pas précisées par le dispositif, mais le Gouvernement a indiqué au rapporteur général que la contractualisation avec l'ARS se traduira par un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre l'ARS et l'établissement participant à l'expérimentation. D'autre part, « *les établissements s'engageront à faire connaître les travaux du groupe de travail sur l'expérimentation à l'ensemble des parties intéressées de leur territoire en vue d'une adhésion à l'expérimentation* ». Le rapporteur général ne peut qu'être sceptique sur ce second engagement, qui semble de prime abord flou et peu contraignant.

2. Vers une véritable dotation de responsabilité populationnelle à l'échelle d'un territoire

Le **II** introduit par la voie d'une expérimentation un modèle mixte de financement des activités de médecine au niveau d'un territoire, répondant à la notion de « responsabilité populationnelle ». Selon l'étude d'impact, l'expérimentation visera à obtenir des résultats concrets pour les patients et tout particulièrement pour les patients souffrant de pathologies chroniques.

Cette expérimentation est ouverte à l'ensemble des établissements de santé exerçant des activités de médecine, y compris aux hôpitaux de proximité.

Ce financement mixte sera composé de trois compartiments : une part de financement fondé sur les besoins de santé des populations et du territoire, une part à l'activité et une part à la qualité.

Cette expérimentation permettra de déroger à certaines des règles de tarification des établissements de santé mentionnées par le code de la sécurité sociale et plus précisément :

- à l'article L. 162-22 relatif au financement des établissements de santé ;
- à l'article L. 162-22-6 relatif les catégories de prestations concernées par la tarification à l'activité ;
- à l'article L. 162-22-8 relatif aux forfaits (forfait annuel pour l'activité de médecine d'urgence, forfait annuel « coordination des prélèvements d'organes et de tissus », forfait annuel « greffes ») ;
- à l'article L. 162-22-8-1 relatif aux modalités dérogatoires de financement des activités de soins des établissements de santé répondant à des critères d'isolement géographique ;
- à l'article L. 162-22-8-3 relatif au financement des soins critiques ;
- à l'article L. 162-22-10 relatif à la fixation des tarifs GHS, forfaits ou dotation pour soins critiques ;
- aux articles L. 162-22-13 à L. 162-22-15 relatif à la dotation relative aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- à l'article L. 162-23-15 relatif au financement à la qualité ;
- à l'article L. 162-23-16 relatif au financement des hôpitaux de proximité ;
- à l'article L. 162-26 relatif aux actes et consultations externes ;
- à l'article L. 162-26-1 relatif à la dérogation offerte aux établissements privés non lucratifs leur permettant de travailler avec des médecins salariés et de facturer leurs actes à l'assurance maladie ;
- à l'article L. 162-2 relatif au paiement direct des honoraires par le malade, afin d'inclure les praticiens libéraux des établissements privés.

Un décret en Conseil d'État précisera les modalités de mise en œuvre de cette expérimentation, notamment les conditions d'entrée dans le dispositif, les modalités de financement susceptibles d'être mises en œuvre et les modalités d'évaluation de l'expérimentation. Il devra être publié d'ici le 31 décembre 2021.

La durée de l'expérimentation sera de cinq ans à compter de la publication de ce décret en Conseil d'État.

L'étude d'impact précise qu'un programme de travail de co-construction sera engagé en 2021 associant l'ensemble des parties prenantes pour définir « *sous un mode expérimental, un mode de financement combiné pour les activités de*

médecine, qui comportera à côté de la tarification actuelle à l'activité ou à l'acte, un compartiment qualité et une dotation populationnelle assise sur des critères de besoins de soins des patients du territoire [...]. Le compartiment qualité sera attribué en fonction des résultats obtenus à des indicateurs territoriaux permettant d'apprécier la coordination des acteurs et la prise en charge globale des patients. »

Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, le décret en Conseil d'État sera publié courant 2021, et la mise en œuvre effective de la réforme démarrera donc au plus tard au 1^{er} janvier 2022 pour une durée maximale de cinq ans.

Un rapport d'évaluation sera transmis au Parlement au plus tard le 30 juin 2026.

Le **III** vient souligner le lien entre les deux dispositifs proposés. Ainsi, pour les établissements bénéficiant déjà de la dotation socle, la dotation expérimentale se substituera à cette dernière s'ils souhaitent être inclus dans le dispositif. Des établissements n'ayant pas souhaité bénéficier de la dotation socle pourront en revanche, s'ils le souhaitent, s'engager dans l'expérimentation de la dotation populationnelle.

III. IMPACT FINANCIER

L'étude d'impact souligne que pour l'année 2021, le droit d'option n'aura qu'un impact tendanciel sur les comptes de l'assurance maladie puisque le montant vient en substitution des montants facturés en tarification à l'activité. *In fine*, la mesure aura un impact tendanciel qui sera fonction du nombre et du profil des établissements qui auront recours à ce droit d'option : il sera fonction de la différence entre le volume annuel de progression de l'activité et de l'évolution retenue pour cette dotation.

En ce qui concerne l'expérimentation, l'étude d'impact indique qu'un accompagnement financier de 3 millions d'euros au total est prévu pour l'entrée dans l'expérimentation des établissements de santé volontaires.

*

* *

Article 30

Pérennisation et développement des maisons de naissance

Adopté par la commission avec modifications

L'article 30 pérennise les maisons de naissance, qui sont des structures autonomes au sein desquelles interviennent exclusivement des sages-femmes pour la prise en charge des femmes enceintes, du suivi de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, ce dernier étant réalisé en ambulatoire. Il intègre au droit commun ces maisons de naissance, qui prennent aujourd'hui la forme d'une expérimentation.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UN DISPOSITIF ENCORE EXPÉRIMENTAL

A. LA LONGUE GESTATION DE L'EXPÉRIMENTATION DES MAISONS DE NAISSANCE EN FRANCE

Depuis plus de vingt ans, face à la médicalisation croissante de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, des spécialistes de la périnatalité, ainsi que nombre de futurs parents qui aspirent à un projet de naissance plus physiologique et moins technicisé, plaident pour le développement de prises en charge alternatives.

C'est dans ce contexte que se sont développés, notamment aux États-Unis et au Royaume-Uni, des « *midwifery units* », équivalents à ce que l'on appelle aujourd'hui en France les « maisons de naissance ». Il s'agit de structures autonomes au sein desquelles interviennent exclusivement des sages-femmes pour la prise en charge des femmes enceintes, du suivi de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, ce dernier étant réalisé en ambulatoire.

Il existe ainsi plus de 150 maisons de naissance aux États-Unis, 169 au Royaume-Uni, une centaine en Allemagne ou encore 25 en Suisse.

Alors que la première maison de naissance a ouvert en 1975 à New York, ce mouvement ne s'est enclenché que beaucoup plus tardivement en France.

Initialement prévue par le plan Périnatalité 2005-2007, à la suite de travaux impulsés dès 1998 par M. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'État chargé de la santé, l'expérimentation des maisons de naissance a donné lieu à une première traduction législative dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 ⁽¹⁾, au terme de débats animés à l'Assemblée nationale comme au Sénat. Cet article avait alors été censuré par le Conseil constitutionnel, qui avait considéré qu'il s'agissait d'un « cavalier social » ⁽²⁾.

(1) Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

(2) Article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 et décision n° 2010-620 DC du 16 décembre 2010.

Cette expérimentation des maisons de naissance a finalement vu le jour avec l'adoption de la loi n° 2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant la création de maisons de naissance.

Elle permet au Gouvernement d'autoriser à titre expérimental et pour une durée de cinq ans⁽¹⁾ la création de telles structures, dans lesquelles des sages-femmes réalisent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont assuré le suivi de grossesse. Afin de garantir la sécurité des parturientes et des nouveau-nés, une maison de naissance doit être contiguë à une maternité, avec laquelle elle passe obligatoirement une convention et avec laquelle un accès direct est aménagé, permettant ainsi un transfert rapide des parturientes en cas de complications.

La loi prévoit également que l'activité de la maison de naissance est comptabilisée avec celle de la maternité partenaire, pour éviter aux maternités qui seraient proches du seuil minimal d'accouchements conditionnant leur autorisation de passer en-dessous de ce seuil.

Les contours des maisons de naissance ont été précisés par le décret n° 2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance. Il attribue trois missions aux maisons de naissance :

- la surveillance médicale de la grossesse ;
- la préparation à la naissance et à la parentalité ;
- l'accouchement et les soins postnataux.

Les maisons de naissance n'assurent pas l'hébergement des parturientes : le retour à domicile se fait donc très rapidement après l'accouchement.

B. UN BILAN TRÈS POSITIF

Comme le prévoyait la loi du 6 décembre 2013, un rapport a été remis au Parlement par le Gouvernement en juin 2020. Parallèlement, un rapport a également été publié par l'Inserm en novembre 2019 sur la qualité des soins en maison de naissance. Ces deux documents permettent de dresser un premier bilan de cette expérimentation.

1. La création de huit maisons de naissance

Neuf maisons de naissance réparties sur le territoire ont été retenues par un arrêté du 23 novembre 2015 pour participer à cette expérimentation, dont huit ont par la suite démarré leur activité de manière effective et ont ouvert leurs portes à :

(1) Afin de sécuriser ce dispositif dans le contexte de la crise sanitaire, cette durée a été prolongée d'un an par l'article 22 de la loi n° 2020-734 du 17 juin 2020 relative à diverses dispositions liées à la crise sanitaire, à d'autres mesures urgentes ainsi qu'au retrait du Royaume-Uni de l'Union européenne.

- Saint Paul (La Réunion), rattachée au Centre hospitalier Ouest Réunion ;
- Paris (Île-de-France), rattachée à la Maternité des Bluets ;
- Nancy (Grand Est), rattachée au Centre hospitalier régional universitaire de Nancy ;
- Castres (Nouvelle-Aquitaine), rattachée au centre hospitalier intercommunal Castres-Mazamet ;
- Baie-Mahault (Guadeloupe), rattachée à la Maternité des eaux claires ;
- Sélestat (Grand Est), rattachée au centre hospitalier de Sélestat ;
- Bourgoin-Jallieu (Auvergne-Rhône-Alpes), rattachée au centre hospitalier Pierre Oudot ;
- Grenoble (Auvergne-Rhône-Alpes), rattachée au Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble.

Au total, l'expérimentation a conduit à la réalisation de plus de 1 700 accouchements en maison de naissance en France au cours de la période 2016-2019.

L'attractivité de ce dispositif ne fait pas de doute, puisque les demandes d'inscription adressées aux maisons de naissance ont augmenté au cours de la période pour l'ensemble des structures ⁽¹⁾. Le rapport remis au Parlement conclut toutefois que la demande française reste encore limitée et que son accroissement ne sera que très progressif dans les années à venir, et invite à assurer cette attractivité en limitant le nombre de maisons de naissance.

2. Des résultats positifs en matière de sécurité des parturientes et des nouveau-nés

Le rapport remis au Parlement montre notamment que les principes fixés par la loi et le décret ont bien été respectés (adossement de la maison de naissance et conventionnement avec une maternité partenaire ainsi qu'avec le réseau de santé en périnatalité ; organisation d'une astreinte de sages-femmes ; formation des sages-femmes aux gestes d'urgence).

Surtout, aucun résultat de l'expérimentation ne conduit à considérer que la sécurité des parturientes et des nouveau-nés est insuffisamment assurée dans ce modèle de prise en charge.

L'étude menée par l'Inserm montre ainsi que les complications maternelles en maisons de naissance se sont situées à des taux très faibles et dans la moyenne des résultats observés dans les maisons de naissance européennes. À titre

(1) À titre d'exemple, moins de 30 % des demandes sont acceptées à la maison de naissance de Paris, le CALM.

d'exemple, s'agissant de l'hémorragie du *post partum*, qui est la principale cause de morbi-mortalité maternelle, les situations rencontrées pendant l'expérimentation n'ont pas excédé la fréquence répertoriée en population générale. Les mêmes constats sont posés en ce qui concerne les complications néonatales.

En ce qui concerne les transferts vers la maternité, le rapport souligne que les conditions dans lesquelles ils s'exercent, « *sans urgence dans la plupart des cas, sont rassurantes* », et les taux conformes à ceux constatés dans les pays étrangers. S'agissant des transferts pendant le travail, ils ont concerné 22 % des accouchements.

Le rapport conclut toutefois que le dispositif « *nécessite encore, eu égard aux enjeux de sécurité qu'il soulève s'agissant d'une activité "à risque", une évaluation précise avant d'envisager un très large déploiement* ». Notamment, la comparaison avec un groupe de femmes à bas risque ayant accouché en maternité manque pour pouvoir évaluer l'impact des maisons de naissance en termes de sécurité.

3. Un accompagnement conforme aux objectifs de l'expérimentation

Selon le rapport remis au Parlement, le suivi de grossesse des femmes incluses dans l'expérimentation apparaît très complet, et intègre une attention particulière à la prévention, à la promotion de la santé et à l'accompagnement à la parentalité. Ainsi, l'entretien prénatal précoce est présenté comme systématique, alors qu'il ne concerne que 28 % des parcours en population générale.

En ce qui concerne les durées de séjour, les femmes restent en moyenne douze heures au sein de la maison de naissance pour l'accouchement, soit une durée bien inférieure à la durée moyenne de séjour pour les grossesses à bas risque, pour lesquelles la Haute Autorité de santé (HAS) préconise que les sorties standards s'effectuent entre 72 et 96 heures après l'accouchement.

En ce qui concerne les pratiques médicales, le rapport de l'Inserm montre que les maisons de naissance répondent bien à l'objectif qui leur a été assigné d'une prise en charge peu interventionniste et faiblement médicalisée. Ainsi, il n'est procédé en maison de naissance ni au déclenchement du travail ni à l'analgésie péridurale, utilisés dans respectivement 22 % et 81 % des accouchements en maternité. Par ailleurs, le taux de rupture artificielle de la poche des eaux est inférieur à 3 % en maison de naissance, alors qu'il est de 54 % parmi les tentatives d'accouchement par voie basse en maternité. Le taux d'épisiotomie est inférieur à 2 %, alors qu'il est supérieur à 20 % en métropole chez les femmes ayant accouché par voie basse en maternité.

S'agissant des conditions d'accouchement, le rapport de l'Inserm souligne que la position est librement choisie au moment de l'accouchement avec près de 95 % des femmes choisissant une position autre que dorsale. 31 % des femmes incluses dans l'expérimentation ont par ailleurs accouché dans l'eau.

4. Le modèle économique de l'expérimentation

L'expérimentation a bénéficié d'un financement reposant à la fois sur :

– la facturation des actes réalisés par les sages-femmes libérales qui y exercent (consultation, accouchement) selon la nomenclature en vigueur ;

– la délégation d'une enveloppe spécifique issue du Fonds d'intervention régional (FIR). L'enveloppe a été évaluée initialement à 150 000 euros par site expérimentateur, puis 20 000 euros ont été ajoutés pour couvrir une partie des frais d'assurance des sages-femmes pour cette activité d'accouchement en maison de naissance. Les recettes des maisons de naissance s'appuient aujourd'hui à plus de 75 % sur le FIR.

Le rapport constate, s'agissant des produits de l'activité, « *des pratiques relativement hétérogènes telles que des rétrocessions, le reversement des actes réalisés par les sages-femmes dans leur cabinet à la maison de naissance, et surtout l'existence de dépassements d'honoraires* », présents dans six des huit maisons de naissance. Il souligne que la prédominance de la part du FIR n'incite pas les maisons de naissance à augmenter leur activité et tend même à la modérer, pour faire face aux coûts liés aux astreintes et aux assurances. Il invite ainsi à réfléchir à un modèle de tarification qui permette de financer ces coûts, et intègre une part de financement à l'activité.

II. LE DROIT PROPOSÉ : PÉRENNISER LES MAISONS DE NAISSANCE

Alors que l'expérimentation prendra fin le 23 novembre 2021, le présent article pérennise ce dispositif.

Le I du présent article rétablit en effet un chapitre III *ter* au sein du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique consacré aux maisons de naissance.

A. LES MISSIONS DES MAISONS DE NAISSANCE

Le nouvel article L. 6323-4 du code de la santé publique définit les missions obligatoires des maisons de naissance, reprenant les principaux éléments déjà fixés par l'article 1^{er} de la loi du 6 décembre 2013. Il définit ainsi les maisons de naissance comme des structures sanitaires au sein desquelles des sages-femmes assurent l'accouchement des femmes enceintes dont elles ont suivi la grossesse.

Cette prise en charge s'inscrit dans le cadre des missions aujourd'hui attribuées aux sages-femmes par le code de la santé publique, qui prévoit notamment que ces dernières sont compétentes pour les actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation de l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant.

Contrairement à l'article 1^{er} de la loi du 6 décembre 2013, le présent article précise qu'il s'agit de structures « *sanitaires* ». Interrogé par le rapporteur général sur l'ajout de ce caractère « sanitaire », le Gouvernement a considéré que si, « *sur le plan juridique, la définition de l'objet des maisons de naissance [...] et des professionnels qui y exercent suffisent à les positionner comme des structures sanitaires à part entière* », « *il paraît toutefois intéressant de rappeler le caractère sanitaire des maisons de naissance, levant toute ambiguïté éventuelle sur leur place dans le système de santé* ».

Comme aujourd'hui, une maison de naissance devra obligatoirement conclure une convention avec une maternité et être contiguë à celle-ci. Cette convention devra notamment prévoir les modalités d'un transfert rapide des parturientes et des nouveau-nés. Contrairement à l'article 1^{er} de la loi du 6 décembre 2013, le présent article ne fait plus explicitement mention de « l'accès direct » devant être aménagé entre les deux structures aux fins du transfert rapide évoqué ci-dessus.

B. LA FORME JURIDIQUE DES MAISONS DE NAISSANCE

Le nouvel article L. 6323-4-1 précise la structure juridique des maisons de naissance, qui, selon les réponses du Gouvernement aux interrogations du rapporteur général, devront bénéficier de la personnalité morale, bien que ce ne soit pas explicitement précisé.

Elles pourront ainsi être gérées soit :

– par une ou plusieurs sages-femmes, éventuellement associées pour leur exercice professionnel ou pour la mise en commun de moyens nécessaires à cet exercice ;

– soit par un organisme à but non lucratif autre qu'un établissement de santé ;

– soit par un groupement d'intérêt public, un groupement d'intérêt économique ou un groupement de coopération sanitaire.

C. AUTORISATION ET CONTRÔLES

Le nouvel article L. 6323-4-3 ⁽¹⁾ détaille les modalités d'autorisation des projets relatifs à la création d'une maison de naissance. Ces dernières devront être soumises à autorisation du directeur général de l'agence régionale de santé, accordée pour une durée de sept ans renouvelable.

(1) Résultant d'une erreur de numérotation.

Cette autorisation sera accordée lorsque le projet répond aux besoins de la population et permet le respect des conditions de fonctionnement prévues au nouvel article L. 6323-4-4, qui précise :

– que les conditions techniques de fonctionnement des maisons de naissance sont fixées par décret ;

– que la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés doit être conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles établies par la HAS. Interrogé à ce sujet par le rapporteur général, le Gouvernement a indiqué que dans la mesure où la phase expérimentale n’a pas fait apparaître d’inadaptations ou de difficultés particulières issues des recommandations actuelles de la HAS, il n’est pas prévu à ce stade d’actualisation de celles-ci.

L’article L. 6323-4-5 détaille les procédures permettant à l’agence régionale de santé (ARS) d’intervenir en cas de manquement relatif à la qualité ou la sécurité des soins, de méconnaissance des dispositions législatives et réglementaires relatives aux maisons de naissance ou en cas d’abus ou de fraude à la sécurité sociale. Il renvoie aux dispositions aujourd’hui applicables aux centres de santé en la matière, prévues par l’article L. 6323-1-12 du code de la santé publique.

D. APPLICATION

Le nouvel article L. 6323-4-6 dispose que, sauf dispositions contraires, un décret en Conseil d’État fixe les modalités d’application du chapitre du code de la santé publique dédié aux maisons de naissance.

Le **IV** précise que le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} novembre 2021, l’expérimentation prenant fin le 23 novembre 2021.

Les huit maisons de naissance déjà existantes disposeront d’un délai de trois mois à compter de cette date pour leur demande d’autorisation. Elles devront se conformer dans ce délai aux dispositions relatives aux maisons de naissance résultant du présent article, et pourront poursuivre leur activité jusqu’à ce que l’ARS ait statué sur leur demande. L’absence de réponse de l’ARS dans un délai de quatre mois à compter de la réception de la demande d’une de ces huit maisons de naissance vaudra autorisation.

III. UN FINANCEMENT ENCORE À PRÉCISER

Selon les éléments transmis par le Gouvernement au rapporteur général, le financement de ces structures est envisagé en deux temps :

– dans un premier temps, la situation devrait rester identique à la situation actuelle, avec un financement FIR permettant de compenser les surcoûts de certains postes de dépenses (rémunération des astreintes des sages-femmes, coût de location

des locaux, etc.), pour assurer l'équilibre financier des structures. « *Celui-ci devra intervenir au moins les premières années de fonctionnement des structures, dans l'attente de la mise en œuvre d'un financement au forfait* ». À ce stade, 3,7 millions d'euros sont prévus par an en charges FIR sur la base de douze nouvelles maisons de naissance ouvertes et avec l'hypothèse d'un maintien de l'enveloppe actuelle allouée à chaque maison de naissance ;

– dans un second temps, un financement au forfait, inclus « *dans un projet de réforme globale des modalités de financement en obstétrique, a déjà donné lieu à de premiers travaux techniques à partir de l'été 2020. Les travaux préparatoires doivent se poursuivre, pour une cible de démarrage de ce nouveau mode de financement en 2023.* »

Le rapporteur général regrette que la pérennisation des maisons de naissance ne s'accompagne pas d'un modèle financier qui leur soit plus adapté, malgré la richesse des données qu'elles ont remontées à la suite de la mise en œuvre de l'expérimentation. Le financement actuel n'est pas pleinement adapté aux maisons de naissance et conduit à la pratique de dépassements d'honoraires importants, alors même que la prise en charge apparaît moins coûteuse qu'une prise en charge classique en maternité pour l'assurance maladie. Dès lors, il serait souhaitable d'engager des travaux sur le financement de ces maisons de naissance, et notamment sur la revalorisation de certains actes ou sur la création de nouveaux actes remboursés et reflétant l'activité des sages-femmes en maison de naissance (astreintes, présence de la seconde sage-femme au moment de l'accouchement, dépistages néonataux au domicile), sans attendre la création de nouveaux forfaits « obstétriques ».

Les **2° et 3 du II** modifient les articles L. 1435-3 et L. 6323-5 du code de la santé publique afin que les maisons de naissance puissent bénéficier du FIR, après conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'ARS.

Le **III** modifie l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour préciser que les actes et prestations des sages-femmes en maison de naissance sont pris en charge par la sécurité sociale dès lors qu'ils sont inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels.

IV. COORDINATIONS

Le **1° du II** effectue les coordinations nécessaires pour inclure les maisons de naissance dans le droit commun des droits des patients à accéder aux informations relatives à leur santé.

*

* *

Article 31

Soutien au développement des hôtels hospitaliers

Adopté par la commission avec modifications

À la suite d'une expérimentation introduite dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'article 31 met en place un financement spécifique à destination des établissements de santé aux fins du déploiement d'hébergements non médicalisés – dits « hôtels hospitaliers ». Ces hébergements s'adressent aux patients n'ayant pas besoin de surveillance ou de soins médicaux particuliers, mais qui nécessitent en amont ou en aval d'une hospitalisation un hébergement de court terme.

I. L'ÉTAT DU DROIT

A. UNE EXPÉRIMENTATION INTRODUITE EN 2015

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ⁽¹⁾, issu d'un amendement parlementaire, a autorisé l'expérimentation d'hébergements temporaires non médicalisés.

D'autres pays tels que les États-Unis, le Royaume-Uni ou les pays scandinaves ont déjà développé des structures offrant un hébergement temporaire et non médicalisé à des patients qui le nécessitent, en amont ou en aval d'une hospitalisation.

Ces hébergements temporaires non médicalisés pourraient présenter de nombreux avantages :

– pour les patients, en contribuant à l'amélioration de leur parcours de soins, en évitant des hospitalisations précoces ou prolongées, des transports répétés, un environnement possiblement anxiogène et l'exposition inutile à des maladies liées aux soins ;

– pour les établissements de santé, en permettant d'optimiser les prises en charge hospitalières, de recentrer l'activité sur les soins et ainsi de prendre en charge un plus grand nombre de patients ;

– pour l'assurance maladie, en conduisant à de moindres dépenses eu égard au coût inférieur d'un tel hébergement par rapport à celui d'une hospitalisation complète ou de transports sanitaires.

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Cet article permettait à l'État, pour une durée de trois ans⁽¹⁾ et à titre expérimental, de financer par le Fonds d'intervention régional (FIR) des dispositifs améliorant le parcours du patient et optimisant les prises en charge hospitalières.

À cet effet, l'État a pu autoriser les établissements de santé à proposer à leurs patients une prestation d'hébergement temporaire non médicalisé, en amont ou en aval de leur hospitalisation.

Un décret de décembre 2016 est venu préciser les critères d'éligibilité à cette expérimentation⁽²⁾ :

– sur le plan géographique : le décret retient l'éloignement entre le domicile du patient et l'établissement de santé ;

– sur le plan médical : la prestation d'hébergement peut être proposée aux patients autonomes sur les plans moteur et cognitif, ne nécessitant pas de surveillance ou de soins, excluant ainsi certains patients (troubles mentaux, addictions, etc.).

Ces critères ont été précisés par les orientations publiées par la Haute Autorité de santé (HAS)⁽³⁾.

À la suite d'un appel à projets, quarante-et-une autorisations ont été délivrées par l'arrêté du 6 juillet 2017 fixant la liste des établissements de santé autorisés à proposer à titre expérimental un hébergement temporaire non médicalisé de patients. Dans les faits, il semblerait que seuls trente établissements aient réellement mis en place cette prestation.

Aux termes du décret précité, la prestation d'hébergement peut être réalisée par l'établissement de santé ou être déléguée à un tiers (personne morale de droit public ou privé) par voie de convention. Quel que soit le modèle retenu, la prestation d'hébergement peut être réalisée en dehors de l'établissement comme en son sein.

B. UN ESSAI À TRANSFORMER ?

Comme le prévoyait l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, un rapport d'évaluation a été transmis au Parlement par le Gouvernement en juin 2020.

(1) Par ailleurs, l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 a abrogé l'article 53 de la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 à partir du 1^{er} janvier 2020.

(2) Décret n° 2016-1703 du 12 décembre 2016 relatif à la mise en œuvre de l'expérimentation des hébergements temporaires non médicalisés de patients.

(3) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/rapport_orientation_-_criteres_deligibilite_des_patients_a_un_hebergement_a_proximite_dun_etablissement_de_sante.pdf

1. Des modèles variés, respectueux des critères d'éligibilité et de la sécurité des patients

Si certains établissements ont développé des prestations d'hébergement en interne (cinq établissements), la plupart des établissements expérimentateurs inclus dans le rapport d'évaluation ont fait appel à un partenaire extérieur :

– hôtels de type commercial : douze établissements ont fait appel à eux comme l'Institut Gustave Roussy avec Campanile, le CHRU de Tours avec Ibis Styles ou le CHU de Caen avec un Apparthotel ;

– structures de type associatif : dix établissements ont fait le choix d'une structure associative telle la maison hospitalière des hospices civils de Lyon, gérée par l'association de l'ordre de Saint-Jean ;

– structures mixtes (partenariat entre un hôtel commercial et une structure associative) : deux établissements ont fait ce choix.

Le prix de la nuitée varie selon le modèle retenu : les prix moyens au sein des structures associatives ou internes à l'établissement sont inférieurs à 45 euros par nuitée, alors que le prix moyen au sein des structures privées commerciales atteint 70 euros par nuitée⁽¹⁾. Pour les patients, l'assurance maladie a comme convenu pris en charge les frais d'hébergement avec un reste à charge nul ou, dans certains cas, limité (forfait journalier, restauration, transport, accompagnateur).

Une attention particulière a été portée au respect des recommandations de la HAS en matière d'éligibilité des patients. Selon le rapport transmis au Parlement, les établissements ont ainsi bien respecté tant les critères médicaux que les critères géographiques.

De même, sur le plan de la sécurité, les établissements ont mis en place des protocoles en cas d'urgence (SAMU, pour les urgences vitales ; service d'accueil d'urgence ou rapprochement direct avec le service d'accueil, pour les urgences non vitales). La grande majorité des établissements n'a ainsi pas déclaré d'événement indésirable.

2. Des premiers résultats encourageants

Le rapport remis au Parlement par le Gouvernement fait état d'une adéquation entre les objectifs principaux des établissements expérimentateurs et les objectifs fixés à l'expérimentation puisque leurs trois premiers objectifs étaient l'amélioration de la qualité des soins, la fluidification du parcours patient et l'optimisation des organisations hospitalières.

(1) Ces chiffres peuvent être lus au regard d'une nuit d'hospitalisation de telle sorte que, selon le CHRU de Tours, une nuit au sein de son hôtel hospitalier revient à 100 euros alors qu'une nuit d'hospitalisation est comprise entre 1 000 et 1 500 euros selon le service.

De même, le rapport d'évaluation fait état d'un taux de satisfaction des patients « *particulièrement élevé* », de l'ordre de 90 à 95 %. Cette satisfaction se retrouve au sein de toutes les dimensions de l'expérimentation, qu'il s'agisse de l'accueil, de l'information, de l'accompagnement des patients ou du confort de l'hébergement proposé.

Néanmoins, les objectifs quantitatifs de l'expérimentation sont loin d'être atteints et la répartition entre les établissements est extrêmement hétérogène. En effet, seuls 37 % des objectifs en termes de nuitées et 25 % de l'objectif en termes de séjours sont atteints en 2017. De même, seuls 31 % des objectifs en termes de nuitées et de séjours sont atteints en 2018, soit moins de 18 000 nuitées pour près de 8 000 séjours en 2018.

De plus, ces chiffres cachent une répartition très hétérogène entre les établissements expérimentateurs puisque 75 % des séjours sont portés par cinq établissements (Institut Gustave Roussy, hôpital Foch, Fondation Ildys, CRLCC Léon Bérard, CHU de Toulouse), parmi lesquels quatre avaient déjà mis en place un hébergement non médicalisé en amont de l'expérimentation nationale.

Ainsi, au-delà de ces sites « *têtes de pont* », l'activité des autres établissements reste faible avec 75 séjours pour 150 nuitées en moyenne par établissement pour l'année 2018.

Malgré ces indicateurs en demi-teinte, le rapport d'évaluation indique que les établissements ont réussi à diversifier et à ouvrir ces prestations à des séjours d'hospitalisation complète comme en témoigne la forte progression des séjours d'un à trois jours (de 9 % des séjours en 2017 à 26 % en 2018) et de quatre à sept jours (de 3 % des séjours en 2017 à 11 % en 2018).

À ce titre, les spécialités et pathologies concernées sont diverses et varient d'un établissement à l'autre, représentant des pistes à explorer pour l'ensemble des établissements expérimentateurs. Par exemple, le CHU de Montpellier a particulièrement mis à profit son offre d'hébergement non médicalisé à destination de son service de médecine vasculaire. De même, la clinique Victor Pauchet d'Amiens a particulièrement développé son offre à destination des patients réalisant des séances de soins itératives telles que des chimiothérapies ou pour son service d'ophtalmologie pour les chirurgies de la cataracte.

Ceci confirme le fait que les hôtels hospitaliers pourraient modifier de manière structurelle l'organisation hospitalière puisque, selon un rapport de l'ARS d'Île-de-France pour sa région de compétence, ce sont 25 à 30 % des patients qui pourraient être orientés vers de telles structures.

3. Un modèle économique à consolider

Comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, l'expérimentation a été financée par le FIR, à hauteur de 25 000 euros par an et par

établissement ⁽¹⁾. Les établissements ont en outre pu solliciter une contribution aux patients dans la limite du forfait journalier hospitalier.

Toutefois, nombreux ont été les établissements expérimentateurs à éprouver des difficultés pour mettre en place ces structures, comme en témoignent les deux abandons et les nombreux établissements n'ayant pas débuté l'expérimentation à la date de l'évaluation. Parmi différentes explications avancées telles qu'un manque de visibilité ou une mise en œuvre complexe, le rapport transmis au Parlement met en avant un « *modèle économique peu incitatif* » au déploiement de ces structures.

En effet, si le modèle économique de l'expérimentation a bien fonctionné comme une « rampe de lancement » selon le rapport précité, l'ensemble des établissements expérimentateurs ont eu des difficultés à couvrir par leurs recettes les dépenses liées aux hébergements temporaires non médicalisés et ce même pour les « têtes de pont » de l'expérimentation. Ainsi, les recettes directes (FIR essentiellement) ne permettent pas toujours de couvrir les coûts directs de l'expérimentation, particulièrement au cours de l'augmentation du nombre de nuitées comme en font état l'Institut Gustave Roussy et le CRLCC Léon Bérard.

De même, les établissements qui observent le moins de nuitées doivent conduire les transformations structurelles nécessaires pour atteindre un effet de seuil et soutenir l'équilibre financier du modèle, dans la mesure où le trop petit nombre de nuitées et de séjours ne contribue ni à la rentabilité des structures, ni à l'évaluation de l'impact organisationnel du dispositif au sein des établissements. Sans de telles évaluations, les gains générés par ces structures – tant pour les établissements de santé que l'assurance maladie – sont pour le moment encore difficiles à objectiver.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. UN OBJECTIF AMBITIEUX

À la faveur du Ségur de la santé, le Gouvernement a annoncé son intention de « *généraliser la possibilité de mettre en place des hôtels hospitaliers, en s'appuyant sur l'expérimentation introduite par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015* » et de « *permettre aux établissements de contractualiser avec des structures extérieures ou de proposer directement une offre en interne, avec un modèle économique plus attractif que le dispositif actuel* », en entamant un travail de concertation au premier semestre 2021 pour définir un modèle économique.

L'étude d'impact souligne que l'objectif recherché par le dispositif est d'accompagner de manière incitative la mise en place et le développement des hébergements non médicalisés. Elle fait l'hypothèse de quatre cents établissements

(1) Ces crédits ont été délégués sur trois ans par le biais du FIR en 2017, 2018 et 2019. Pour 2020, aucune délégation nationale n'a été faite mais les établissements ont pu bénéficier de crédits non utilisés. D'autres établissements ont passé des conventions de financement avec des organismes complémentaires, et d'autres ont mis cette activité en parenthèse du fait de la crise sanitaire.

de santé participant au dispositif, à partir d'un niveau d'activité projeté sur 20 % des établissements de santé.

L'étude d'impact précise à ce titre que cette dotation s'éteindrait au bout de trois ans, sans que l'article comprenne d'éléments à ce sujet. Bien que codifié dans le code de la santé publique, le dispositif semble donc garder un caractère expérimental.

Dans cette perspective, l'étude d'impact propose une dotation de type « mission d'intérêt général et d'aides à la contractualisation » temporaire qui serait allouée en fonction du nombre de nuitées et en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité. Il s'agirait notamment d'indicateurs relatifs à la satisfaction du patient ou au nombre d'événements indésirables ou aux taux de recours aux urgences pendant l'hébergement. Les établissements souhaitant entrer dans le dispositif au cours des trois ans disposeraient quant à eux d'un financement au prix de la nuitée. Selon les informations transmises par le Gouvernement, il s'agirait « *d'un montant forfaitaire fixe des nuitées et non d'une prise en charge au coût réel, tout en laissant la possibilité aux établissements de conventionner avec les organismes complémentaires notamment pour assurer la prise en charge d'un coût de la nuitée qui pourrait être supérieur au forfait* ». Ce financement viendrait donc pallier l'absence d'incitation à l'activité qui semble être une des limites du modèle actuel. Il est proposé, dans un premier temps, « *de ne pas imposer une participation financière du patient aux frais d'hébergement dans les hôtels hospitaliers afin de ne pas freiner le recours à ce dispositif* ».

Sans tenir compte des économies de charges parallèles liées notamment à des réorganisations hospitalières qui devraient à terme favoriser l'équilibre du modèle, l'étude d'impact estime que le coût de cette expérimentation serait de 14,7 millions d'euros, sur la base d'un financement au prix de la nuitée sur les trois premières années d'aide à la mise en œuvre du dispositif. Une fois ces trois années passées, l'étude d'impact estime que les établissements devraient pouvoir atteindre l'autofinancement grâce aux réorganisations structurelles des établissements et aux économies réalisées par l'assurance maladie.

B. LE DISPOSITIF

Comme dans l'expérimentation, l'hébergement non médicalisé s'adresse à des patients en amont ou en aval d'une hospitalisation.

Le présent article substitue toutefois à l'expression « hospitalisation » les expressions « séjour hospitalier » et « séance de soins », afin de notamment prendre en compte les séances itératives.

L'état de santé des patients concernés ne doit pas nécessiter d'hébergement hospitalier. En cela, l'article est plus précis que l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 qui n'abordait pas les conditions d'éligibilité, les renvoyant au niveau réglementaire.

Dans la continuité de l'expérimentation, l'article permet aux établissements de santé de déléguer la prestation à un tiers par voie de convention. La possibilité leur est ainsi laissée de proposer par eux-mêmes ce type de prestation.

En outre, le présent article exclut du champ des patients éligibles les femmes enceintes bénéficiant déjà d'une prestation d'hébergement spécifique telle que prévue à l'article L. 6111-1-5 du code de la santé publique issu de l'article 52 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾. Interrogé par le rapporteur général sur l'articulation entre ces deux dispositifs, le Gouvernement a indiqué que « *les femmes enceintes bénéficiant d'un hébergement au titre de l'engagement maternité ne pourront pas bénéficier en même temps de l'hébergement en hôtel hospitalier. Cette exclusion a pour but de ne pas permettre aux établissements de faire remonter pour financement une nuitée d'hébergement via deux mesures distinctes [...]. Les femmes enceintes pourront toutefois bénéficier du dispositif d'hébergement en hôtel hospitalier dans les cas non couverts par l'engagement maternité. [...] Les dispositifs sont indépendants car l'objectif recherché est différent. En effet, la proposition de l'hébergement au titre de l'engagement maternité est une obligation pour les établissements à destination des femmes résidant à distance, alors qu'elle est une simple possibilité dans le cadre de l'hôtel hospitalier.* »

Le **II** abroge les dispositions relatives à l'expérimentation des hôtels hospitaliers au sein de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui n'a jamais été exploitée en tant que telle ⁽²⁾.

Le **III** précise les modalités d'application du présent article. Il prévoit qu'un décret en Conseil d'État fixe ces modalités, et en particulier :

- les conditions d'accès et les critères d'éligibilité des patients au dispositif ;
- les conditions de contribution de l'assurance maladie au financement du dispositif, en particulier pour sa mise en place ;
- les conditions de choix et de conventionnement des tiers qui peuvent se voir déléguer la réalisation de cette prestation d'hébergement.

Enfin, un cahier des charges détermine les conditions d'accès au financement prévu par le présent article. Son contenu sera établi par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le dernier alinéa prévoit la transmission d'un rapport par le Gouvernement au Parlement au 31 décembre 2022.

(1) Cette mesure propose en effet, pour les femmes enceintes résidant à plus de 45 minutes d'une maternité, la prise en charge d'un hébergement non médicalisé à proximité de la maternité et des transports entre le domicile et la maternité.

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

Article 32

Prolongation de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire des téléconsultations

Adopté par la commission sans modification

L'article prévoit la prolongation, jusqu'au 31 décembre 2021, de la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des actes de téléconsultation.

Le présent article prolonge la prise en charge à 100 % des actes de téléconsultation décidée pendant la crise sanitaire. Cette prolongation vise surtout à laisser le temps aux professionnels de santé de s'équiper des outils techniques permettant la gestion de la téléconsultation dans le droit commun.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE PRISE EN COMPTE PROGRESSIVE DE LA TÉLÉMÉDECINE DANS LE DROIT COMMUN

La France est l'un des pays les plus avancés dans la prise en compte de la télémédecine dans le droit commun, ce qui a indéniablement favorisé son essor au moment de la crise sanitaire.

A. LES CONDITIONS DE RÉALISATION ET DE PRISE EN CHARGE DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE ONT ÉTÉ DÉFINIES À PARTIR DE 2009

1. La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication

Introduit par la loi « HPST » du 21 juillet 2009 ⁽¹⁾, l'article L. 6316-1 du code de la santé publique définit la télémédecine comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

(1) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Les cinq actes de télé-médecine

Le décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit cinq types d'actes médicaux relevant de la télé-médecine (article R. 6316-1 du code de la santé publique) :

- la téléconsultation (consultation à distance) ;
- la télé-expertise (sollicitation à distance de l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux par un professionnel médical) ;
- la télésurveillance médicale (interprétation à distance des données nécessaires au suivi médical d'un patient par un professionnel médical) ;
- la téléassistance médicale (assistance à distance d'un professionnel médical par un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte) ;
- la réponse médicale apportée au titre la régulation médicale dans le cadre de la permanence des soins.

À côté de la télé-médecine, la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019 ⁽¹⁾ a consacré l'activité de télésoin par des professionnels de santé non-médecins. Le télésoin met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences (article L. 6316-2 du code de la santé publique). Il peut s'effectuer sous la forme d'un télésuivi lorsqu'il s'agit d'apporter au patient un suivi médical à distance.

2. Les actes de téléconsultation et de télé-expertise sont désormais remboursés dans les conditions de droit commun

Après une phase de déploiement essentiellement expérimentale, lancée en application de l'article 36 de la loi de financement pour 2014 ⁽²⁾, la télé-médecine s'est peu à peu inscrite dans un cadre tarifaire de droit commun :

– en l'absence de disposition législative, l'assurance maladie a d'abord entamé une démarche autonome qui l'a amenée à reconnaître et à prendre en charge dans des conditions de droit commun une série croissante, mais réduite, d'actes de télé-médecine. Ainsi, l'avenant n° 2 à la convention médicale de 2016 entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux, signé le 1^{er} mars 2017, a autorisé la prise en charge par l'assurance maladie d'actes de télé-expertise et de téléconsultation concernant les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ;

– la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 ⁽³⁾ a ouvert plus largement la voie à un financement de droit commun de la téléconsultation et de la télé-expertise selon des modalités définies avec les partenaires conventionnels (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale).

(1) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(2) Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

(3) Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

En application de cette loi, l'avenant n° 6 à la convention médicale prévoit le remboursement dans le droit commun des actes de téléconsultation par vidéotransmission (depuis septembre 2018) et de télé-expertise (depuis février 2019) pour les patients nécessitant une facilitation de leur accès aux soins au regard de leur état de santé ou de leur situation géographique ⁽¹⁾.

3. Les partenaires conventionnels ont posé certaines conditions à la prise en charge des téléconsultations

Le mode de remboursement par l'assurance maladie est le même que celui appliqué pour une consultation en présentiel. La téléconsultation est ainsi remboursée à hauteur de 70 % par la sécurité sociale (hors dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins de secteur 2), les 30 % restants (ticket modérateur) pouvant être pris en charge par la complémentaire santé.

Comme pour les consultations en présentiel, le ticket modérateur est supprimé dans les conditions prévues à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale. C'est le cas, notamment, pour les patients souffrant d'une affection de longue durée (ALD) ou pour ceux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire.

L'avenant n° 6 précise que seules sont prises en charge par l'assurance maladie les téléconsultations respectant le parcours de soins coordonné. Cela signifie que les patients doivent être :

– orientés initialement par leur médecin traitant quand la téléconsultation n'est pas réalisée par ce dernier ;

– connus du médecin téléconsultant, c'est-à-dire avoir bénéficié au moins d'une consultation avec lui en présentiel dans les douze mois précédents.

Ces règles ne s'appliquent pas dans certains cas : si le patient est âgé de moins de 16 ans, pour quelques spécialités ⁽²⁾, si le patient ne dispose pas de médecin traitant désigné ou si son médecin traitant n'est pas disponible dans le délai compatible avec son état de santé. Dans ces cas-là, la téléconsultation s'effectue dans le cadre d'une organisation territoriale ⁽³⁾ permettant d'offrir une réponse en télé-médecine de manière coordonnée et ouverte à tous les professionnels de santé du territoire.

Afin d'assouplir davantage le recours à la téléconsultation, les partenaires sociaux ont, avant même la crise sanitaire, négocié un avenant n° 8 à la convention médicale.

(1) Le calendrier de déploiement de la télé-expertise au profit de l'ensemble des patients doit, lui, être défini avant la fin de l'année 2020.

(2) Les spécialités citées dans l'avenant sont la gynécologie, l'ophtalmologie, la stomatologie, la chirurgie orale ou la chirurgie maxillo-faciale, la psychiatrie ou la neuropsychiatrie et la pédiatrie.

(3) Il peut notamment s'agir de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'équipes de soins primaires (ESP), de maisons de santé pluri-professionnelles (MSP) ou de centres de santé (CDS).

Les assouplissements prévus par l'avenant n° 8 en matière de télémedecine

Cet avenant, conclu le 11 mars 2020 et approuvé le 3 septembre par le Gouvernement, permet aux acteurs qui le souhaiteraient, de mettre en place des expérimentations de solutions de télémedecine qui nécessiteraient de déroger aux principes posés par l'avenant n° 6 (comme par exemple le fait de devoir connaître le patient avant de réaliser la téléconsultation). D'après les données transmises par le Gouvernement au rapporteur général, deux projets d'expérimentation ont été reçus et feront prochainement l'objet d'un examen par la commission paritaire nationale : un projet d'expérimentation pour la réalisation de téléconsultation en ophtalmologie ainsi qu'un projet d'expérimentation de téléconsultation en psychiatrie.

4. Le remboursement des actes de téléconsultations à 70 % par l'assurance maladie a permis d'amorcer leur développement

Pour rappel, peuvent recourir aux téléconsultations :

– les médecins libéraux conventionnés, quels que soient leur secteur d'exercice et leur spécialité médicale (cabinet libéral, maison de santé, établissement de santé, clinique...);

– les médecins salariés d'établissements de santé, dans le cadre des consultations externes (dans les établissements de santé, les prestations de téléconsultation sont juridiquement assimilées à des actes et consultations externes et répondent ainsi au même cadre juridique et aux mêmes conditions de facturation ⁽¹⁾);

– les médecins salariés de centres de santé.

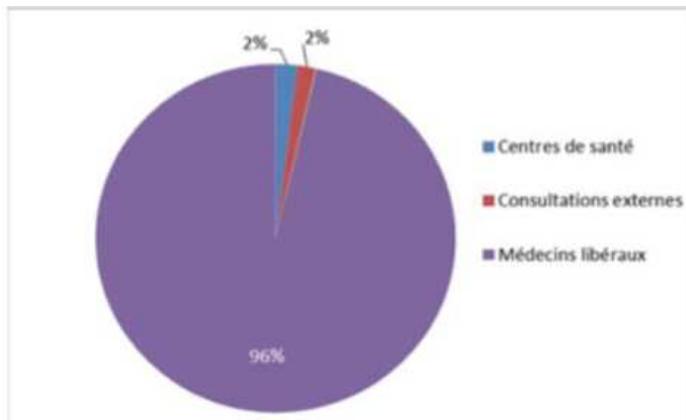
Le médecin téléconsultant peut être assisté par un infirmier ou un pharmacien lors des téléconsultations.

On dénombrait en février 2020 un volume d'environ 40 000 téléconsultations remboursées pour plus de 3 000 médecins téléconsultants ⁽²⁾. Les téléconsultations émanent très majoritairement des médecins libéraux. Les facturations provenant de centres de santé ou d'établissement apparaissent résiduelles.

(1) Les actes médicaux des professionnels de santé libéraux ont le même tarif en ville qu'en établissement.

(2) CNAM, Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 (juillet 2020).

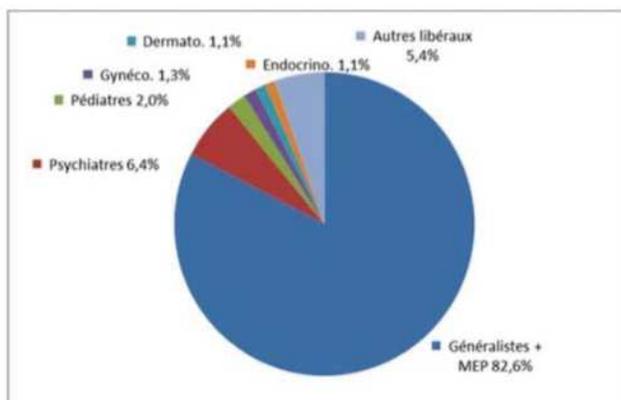
RÉPARTITION DES 5,8 MILLIONS DE TÉLÉCONSULTATIONS FACTURÉES ENTRE LE 15 SEPTEMBRE 2018 ET LE 30 AVRIL 2020



Source : CNAM, Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 (juillet 2020).

Parmi les médecins libéraux, les médecins généralistes facturent plus des quatre cinquièmes de l'ensemble des téléconsultations. Les principales autres spécialités représentées sont les psychiatres, les pédiatres, les gynécologues les dermatologues et les endocrinologues.

RÉPARTITION DES TÉLÉCONSULTATIONS DES MÉDECINS LIBÉRAUX PAR SPÉCIALITÉ



Données de septembre 2018 à fin avril 2020

Source : CNAM, Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 (juillet 2020).

B. LES TÉLÉCONSULTATIONS ONT CONNU UN RÉEL ESSOR PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

Les téléconsultations ont joué un rôle essentiel pendant la crise, permettant de conserver un accès aux soins tout en protégeant des risques de contamination les patients et les médecins. Si elles ont pu jouer un tel rôle, c'est avant tout parce que les conditions de leur prise en charge par l'assurance maladie ont connu un assouplissement sans précédent.

1. Le cadre juridique relatif à la télé médecine a été assoupli

La rapidité d'adaptation des règles relatives à la télé médecine dès le début du confinement semble avoir été propice à une adoption forte de cette pratique par les professionnels et les patients.

Par dérogation aux principes définis dans la convention médicale, les conditions de réalisation et de facturation des actes de téléconsultation, de télé-expertise, de télésoin et de télésurveillance ont été aménagées. La mesure la plus emblématique est la prise en charge des téléconsultations à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

LES CONDITIONS DÉROGATOIRES DE PRISE EN CHARGE DES ACTES DE TÉLÉ MÉDECINE PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

Dérogation	Échéance	Source
Les actes de téléconsultation		
Le ticket modérateur pour l'ensemble des actes réalisés en téléconsultation et des actes d'accompagnement à la téléconsultation est supprimé à compter du 20 mars 2020. À noter que les dépassements d'honoraires éventuels restent néanmoins à la charge du patient, après que celui en ait été dûment informé.	Jusqu'au 31 décembre 2020	Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 modifiée par l'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020
Les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus peuvent bénéficier d'une prise en charge des actes de télé médecine sans avoir de médecin traitant pratiquant la téléconsultation, sans être orientées par lui et sans être connues du médecin téléconsultant.	Jusqu'au 31 décembre 2020	Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 modifié par le décret n° 2020-859 du 10 juillet 2020
Les téléconsultations réalisées par téléphone peuvent être prises en charge : – pour les patients n'ayant pas accès à une connexion internet à haut débit ou très haut débit ; – pour les patients disposant d'un tel accès mais ne disposant pas d'un terminal permettant une vidéotransmission dans l'une des situations suivantes : patient présentant les symptômes de l'infection ou étant reconnu atteint du covid-19 ; patient âgé de plus de 70 ans ; patient reconnu atteint d'une affection grave mentionnée au 3° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale ; patiente enceinte.	Jusqu'à la fin de l'état d'urgence sanitaire (10 juillet 2020)	Décret n° 2020-459 du 21 avril 2020
Les téléconsultations sont autorisées dans le cadre du parcours de l'IVG médicamenteuse, ouvertes aux sages-femmes pour l'entretien prénatal et les séances de préparation à l'accouchement.	Jusqu'au 30 octobre 2020	Arrêté du 19 mars 2020

Dérogation	Échéance	Source
Les consultations complexes réalisées à distance par vidéotransmission pour les patients pris en charge par des médecins libéraux et salariés des centres de santé sont valorisées comme en présentiel.	Jusqu'au 30 octobre 2020	Arrêté du 10 juillet 2020
Les avis ponctuels de consultants (avis donné par un médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant) sont rendus éligibles à la téléconsultation.	Jusqu'au 30 octobre 2020	Arrêté du 10 juillet 2020
Les actes de télé-expertise		
Le champ de prise en charge des actes de télé expertise (ALD, maladies rares, zones sous-denses, EHPAD, détenus) est étendu aux personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus. Pour ces personnes, le nombre d'actes de télé expertise pouvant être remboursés chaque année n'est pas limité.	Jusqu'au 31 décembre 2020	Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 modifié par le décret n° 2020-859 du 10 juillet 2020
Les actes de télésoin		
Le ticket modérateur pour l'ensemble des actes réalisés de télésoin est supprimé à compter du 20 mars 2020.	Jusqu'au 31 décembre 2020	Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 modifiée par l'ordonnance n° 2020-737 du 17 juin 2020
Des actes de télésoin sont autorisés pour les diététiciens, pour les ergothérapeutes et pour les psychomotriciens, pour les infirmiers pour réaliser le télésoin des patients covid-19, pour les masseurs-kinésithérapeutes, pour les orthophonistes, pour les orthoptistes, les pédicures-podologues et pour les pharmaciens.	Jusqu'au 30 octobre 2020	Arrêté du 10 juillet 2020
Les actes de télésoin réalisés par des infirmiers diplômés d'État sous la forme d'un télésoin des patients dont le diagnostic d'infection à covid-19 a été posé cliniquement ou biologiquement peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie, même si l'acte est effectué par téléphone et même si le patient n'est pas préalablement connu de l'infirmier.	Jusqu'au 31 décembre 2020	Décret n° 2020-277 du 19 mars 2020
Les actes de télésurveillance		
Les conditions de prise en charge par télésurveillance des patients insuffisants cardiaques chroniques sont assouplies.	Jusqu'au 30 octobre 2020	Arrêté du 10 juillet 2020

Source : commission des affaires sociales.

2. Le nombre de téléconsultations remboursées a rapidement atteint environ 1 million par semaine

Le nombre d'actes de téléconsultations réalisés par des médecins est passé de quelques milliers par semaine avant le début du confinement en mars pour atteindre 1 million au plus fort de la crise, en avril. D'après les données transmises par le Gouvernement, le nombre d'actes de téléconsultations réalisés par les sages-femmes, dont la prise en charge a été ouverte par l'arrêté du 31 mars 2020, s'est élevé à près de 70 000 entre le 31 mars et le 30 août 2020.

Les téléconsultations ont joué un rôle essentiel à plusieurs titres. Elles ont permis de protéger les professionnels de santé et les patients des risques de contamination. Elles ont contribué à assurer une prise en charge à domicile des patients atteints ou potentiellement infectés par le coronavirus. Elles ont également

permis de garantir une continuité de prise en charge, surtout pour les patients ayant une maladie chronique et les femmes enceintes.

Il est intéressant de constater que la période de confinement a modifié le profil des territoires, des patients et des médecins ayant recours aux téléconsultations ⁽¹⁾. Ainsi, alors que les téléconsultations étaient massivement surreprésentées dans les zones denses et dans les territoires les plus favorisés avant le confinement, cette surreprésentation s'est considérablement atténuée pendant la crise. Alors que les médecins de plus de 70 ans étaient peu nombreux à recourir à la téléconsultation avant le confinement, ils ont eu davantage recours cette pratique pendant la crise sanitaire.

Depuis le déconfinement, le nombre de téléconsultations a diminué, pour revenir vers un niveau moyen de 650 000 par semaine à la fin mai et de 150 000 à la mi-septembre.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA PROLONGATION DU DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE DES TÉLÉCONSULTATIONS À 100 % PAR L'ASSURANCE MALADIE

La mise en œuvre d'une stratégie numérique en santé apparaît comme l'une des réponses aux défis auxquels est confronté le système de santé français. La crise offre paradoxalement une occasion propice pour le développement de la télémédecine qu'il convient de saisir. Conformément aux engagements du Ségur de la santé, le Gouvernement fait le choix de soutenir fortement pendant encore plus d'un an l'appropriation des téléconsultations par les professionnels de santé et les patients.

A. LA SUPPRESSION DU TICKET MODÉRATEUR POUR LES TÉLÉCONSULTATIONS JUSQU'AU 31 DÉCEMBRE 2021

1. Seuls les actes de téléconsultation sont concernés

L'article prolonge jusqu'au 31 décembre 2021 la suppression du ticket modérateur pour les actes réalisés en téléconsultation.

Sans cette prolongation, la prise en charge à 100 % des téléconsultations par l'assurance maladie obligatoire aurait pris fin au 31 décembre 2020 et les assurés n'auraient donc plus pu bénéficier du tiers-payant intégral. Cela n'aurait pas laissé suffisamment de temps aux professionnels de santé pour acquérir les outils et solutions techniques permettant de recueillir la participation financière des assurés à distance. Tous les professionnels ne disposent pas encore d'outils de paiement en ligne.

(1) *Le Rapport Charges et produits - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2021 (juillet 2020) de la CNAM propose une analyse détaillée de ces évolutions.*

Cette prolongation est d'ailleurs fortement préconisée par la CNAM. Le rapporteur général note cependant que la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des actes de téléconsultation n'a pas vocation à être pérennisée.

2. Les suites envisagées pour les autres actes de télémédecine

Le tableau ci-après récapitule les suites que le Gouvernement envisage de donner aux mesures dérogatoires, prises pendant la crise sanitaire, relatives aux autres actes de télémédecine.

SUITES ENVISAGÉES POUR LES AUTRES MESURES DÉROGATOIRES

Dérogation	Suite envisagée par le Gouvernement
Les actes de téléconsultation	
Suppression du ticket modérateur pour les actes d'accompagnement à la téléconsultation	Le Gouvernement estime que la prolongation de la dérogation n'apparaît pas nécessaire, dans la mesure où aucun paiement par l'assuré n'est sollicité de la part des pharmaciens (forfait annuel), et que s'agissant des infirmiers à domicile, il n'existe pas de difficulté au paiement par l'assuré.
Possibilité de déroger au parcours coordonné de soins pour les téléconsultations des personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus	Cette dérogation fait partie des axes retenus par le ministre des solidarités et de la santé dans le cadre des conclusions du Ségur de la santé. Des négociations conventionnelles avec les médecins sont ouvertes.
Ouverture des téléconsultations aux sages-femmes	Des négociations conventionnelles à ce sujet sont prévues à l'automne.
Ouverture des téléconsultations aux consultations complexes et aux avis ponctuels de consultants	Des négociations conventionnelles avec les médecins sont ouvertes.
Les actes de télé-expertise	
Extension du périmètre de prise en charge des actes de télé-expertise	Ce point sera abordé lors des négociations conventionnelles actuellement en cours.
Les actes de télésoin	
Suppression du ticket modérateur pour les actes de télésoin	Les textes d'application de l'article 53 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (arrêté définissant les activités de télésoin et décret en Conseil d'État relatif aux conditions de réalisation et aux conditions de prise en charge de ces actes) n'ont pas encore été publiés, entraînant de fait une absence totale de cadre de droit commun pour la pratique du télésoin. Il a donc été décidé à ce stade de ne pas maintenir les dérogations introduites dans la phase aigüe de la gestion de l'épidémie.

Source : commission des affaires sociales à partir des données transmises.

B. L'IMPACT FINANCIER DE LA MESURE

En partant de l'hypothèse de 250 000 téléconsultations par semaine (hypothèse haute puisque le nombre de téléconsultations à la mi-septembre ne s'élève qu'à 150 000), avec un reste à charge actuel moyen par assuré de 5 euros (une fois pris en compte les assurés bénéficiant d'une exonération de participation comme les bénéficiaires d'une ALD, de l'assurance maternité, d'une invalidité ou d'une AT-MP), le coût d'une prise en charge à 100 % des consultations en année pleine s'élèverait à 65 millions d'euros.

C. LES CONDITIONS DE RÉUSSITE DU DISPOSITIF

Le développement de la télémédecine doit se faire dans les meilleures conditions possibles pour les patients et les professionnels de santé. Le rapporteur général souhaite insister sur deux enjeux : la nécessaire dimension territoriale de la télémédecine et le renforcement de l'efficacité de notre système de partage de données.

1. La télémédecine doit reposer sur un projet médical répondant aux besoins de la population et des professionnels de santé

L'offre de télémédecine doit se développer dans le cadre d'une organisation plus large de l'accès aux soins, urgents ou non programmés. La télémédecine ne doit pas se substituer aux actes médicaux en présentiel mais leur être complémentaire. Les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ont un rôle essentiel à jouer dans cette organisation.

2. La télémédecine doit reposer sur un système de partage de données efficace et sécurisé

Malgré les progrès importants réalisés, les questions de partage des données des patients, de sécurisation et de valorisation des actes de télémédecine restent des points de vigilance. Il est essentiel que l'espace numérique de santé (ENS), qui devrait être progressivement ouvert à tous dès le mois de septembre 2021, réponde à ces problématiques.

*

* *

Article 33

Prorogation au 31 mars 2023 de la convention médicale entre l'assurance maladie et les médecins libéraux

Adopté par la commission sans modification

Cet article prolonge d'un an et demi l'actuelle convention médicale entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les médecins libéraux. Cette convention prendra donc fin au 31 mars 2023 et non pas au 24 octobre 2021, comme initialement prévu.

Si cette convention n'était pas prolongée, les syndicats qui participeraient aux prochaines négociations conventionnelles seraient ceux considérés comme représentatifs sur la base des dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS), et non sur celle des élections à venir (en mars 2021).

I. LE DROIT EXISTANT : AFIN D'ASSURER LA REPRÉSENTATIVITÉ DES ORGANISATIONS QUI NÉGOCIERONT LA PROCHAINE CONVENTION MÉDICALE, SA PROLONGATION SEMBLE INDISPENSABLE

A. LES RAPPORTS ENTRE LES ORGANISMES D'ASSURANCE MALADIE ET LES MÉDECINS LIBÉRAUX SONT DÉFINIS PAR DES CONVENTIONS

Depuis la loi du 3 juillet 1971 ⁽¹⁾, les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé libéraux sont réglés par des conventions. Ces conventions ont pour objectif de concilier deux contraintes *a priori* contradictoires : l'exercice en libéral, par les professionnels de santé, de leur activité et la nécessité de garantir l'efficacité du système de santé.

1. Une triple contractualisation

La loi du 6 mars 2002 ⁽²⁾ modifiée par la loi du 13 août 2004 ⁽³⁾ a précisé l'architecture des rapports conventionnels entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, autour de trois types de contractualisation :

– un accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale. Cet accord, conclu pour une durée de cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), fixe les dispositions communes aux professions de santé libérale exerçant dans un cadre conventionnel.

(1) Loi n° 71-525 du 3 juillet 1971 relative aux rapports entre les caisses d'assurance maladie et les praticiens et auxiliaires médicaux.

(2) Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

(3) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Le seul accord-cadre ayant été signé l'a été le 10 octobre 2018 avec pour principaux objectifs de développer la prise en charge coordonnée des patients et de poursuivre la simplification des conditions d'exercices des professionnels de santé ;

– les conventions professionnelles prévues à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. Chaque profession de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires d'analyses médicales, pharmaciens, transporteurs sanitaires) dispose de sa propre convention ⁽¹⁾.

Toutes les conventions comportent un volet tarifaire destiné à fixer les honoraires conventionnels opposables à l'une et l'autre parties signataires de la convention et un volet régulation promouvant le bon usage des soins et la maîtrise des dépenses de santé. Les conventions ainsi que leurs avenants modificatifs doivent être approuvés par arrêté ministériel. La durée des conventions, qui n'était initialement pas déterminée par la loi, a été plafonnée à cinq ans par la loi du 6 mars 2002 ⁽²⁾ ;

– les contrats de bonne pratique des soins prévus aux articles L. 162-12-17 à L. 162-12-22 du code de la sécurité sociale. Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés d'adhérer à un contrat, établi en conformité avec un contrat-type national, comportant des engagements individualisés.

2. Les conventions sont conclues par les organisations syndicales représentatives

Ne peuvent participer aux négociations conventionnelles avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) que les organisations syndicales reconnues représentatives par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (article L. 162-33 du code de la sécurité sociale).

Une enquête de représentativité menée entre six mois et un an avant l'échéance d'une convention permet d'identifier les organisations syndicales habilitées à participer à la nouvelle négociation conventionnelle (article R. 162-54). Cette enquête est menée par l'administration centrale qui vérifie si les critères énoncés à l'article R. 162-54-1 du code de la sécurité sociale sont bien tous remplis, à savoir :

– l'indépendance, notamment financière ;

(1) Pour les médecins libéraux, la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 a ouvert la possibilité d'organiser par deux conventions distinctes les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins spécialistes, d'une part, et les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins généralistes, d'autre part. Il ne s'agit que d'une simple possibilité. Le choix a ainsi été fait lors de l'élaboration de la dernière convention médicale, en 2016, de n'établir qu'une seule convention concernant tant les généralistes que les spécialistes.

(2) Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie.

- des effectifs conséquents d’adhérents à jour de leur cotisation ;
- une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts ;
- une audience électorale suffisante. Cette audience est établie en fonction des résultats aux dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) lorsque les membres qui les composent sont élus ⁽¹⁾, ou appréciée en fonction de l’activité et de l’expérience lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Une URPS rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel dans la région. Il existe ainsi dix URPS dans chaque région, une URPS par profession de santé libérale. Les URPS contribuent à l’organisation et à l’évolution de l’offre de santé au niveau régional.

La composition des dix URPS dépend du nombre de professionnels exerçant sur le territoire national :

- les membres des URPS représentant les professions les plus nombreuses (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et pharmaciens) sont élus, pour une durée de cinq ans, par les professionnels de santé en activité, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne ;
- les membres des URPS représentant les professions les moins nombreuses (biologistes, orthophonistes, pédicures podologues, orthoptistes et sages-femmes) sont, non pas élus, mais désignés pour cinq ans par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national.

Une spécificité de l’URPS représentant les médecins doit être notée : cette dernière comporte en effet deux collèges, qui regroupent respectivement les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Ainsi, en 2016, la représentativité a été déclarée acquise pour les organisations syndicales suivantes :

- au titre des médecins généralistes : MG France, CSMF, FMF et SML ;
- au titre des médecins spécialistes : CSMF, SML, FMF et LE BLOC-Union AAL-SYNGOF-UCDF.

(1) Seules peuvent être reconnues représentatives les organisations syndicales qui ont recueilli au moins 10 % des suffrages exprimés au niveau national aux dernières élections.

B. LE CALENDRIER DES PROCHAINES ÉLECTIONS AUX UNIONS RÉGIONALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (URPS) REND NÉCESSAIRE UNE PROROGATION DE LA CONVENTION

1. Les prochaines élections aux URPS se tiendront entre le 31 mars et le 7 avril 2021

Les mandats des personnes siégeant au sein des URPS dont les membres sont élus arrivent à expiration entre octobre 2020 et avril 2021, selon les professions concernées. Un décret ⁽¹⁾ a prolongé ces mandats de manière à organiser, sur une date unique, les prochaines élections aux URPS : entre le 31 mars et le 7 avril 2021.

L'organisation des élections sur une date unique vise à limiter le coût de l'organisation des élections à la charge des URPS en opérant une mutualisation des moyens. En effet, pour la première fois, ces élections se dérouleront par la voie dématérialisée ⁽²⁾.

2. Sans prorogation de la convention, la représentativité des signataires de la nouvelle convention ne serait pas assurée

L'actuelle convention entre l'assurance maladie et les médecins libéraux a été approuvée le 20 octobre et publiée au *Journal officiel* le 23 octobre 2016. Elle arrivera donc à échéance le 24 octobre 2021.

Or, une négociation doit s'ouvrir six mois avant l'échéance d'une convention ⁽³⁾. L'ouverture des négociations devant être précédée d'une enquête de représentativité d'une durée d'environ trois mois, cette enquête devrait être lancée en janvier 2021, soit trois mois avant les élections aux URPS.

Seraient donc habilités, par l'enquête de représentativité, à participer aux prochaines négociations conventionnelles des syndicats considérés comme représentatifs sur la base des dernières élections aux URPS, et non sur celle des élections à venir.

Comme l'indique bien le Gouvernement dans son étude d'impact, puisqu'« *il est nécessaire d'assurer la représentativité des signataires de la convention* », une prorogation de la convention, pour une durée limitée, est indispensable.

(1) Décret n° 2019-1435 du 23 décembre 2019 prorogeant le mandat des membres des assemblées des unions régionales des professionnels de santé dont les membres sont élus.

(2) Décret n° 2020-1026 du 10 août 2020 modifiant certaines dispositions relatives aux unions régionales des professionnels de santé.

(3) Cette obligation se déduit de la lecture de l'article R. 162-54-5 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé font connaître leur éventuelle opposition à la reconduction d'une convention au plus tard six mois avant sa date d'expiration.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE PROROGATION DE LA CONVENTION JUSQU'AU 31 MARS 2023

Afin d'assurer la représentativité des signataires de la nouvelle convention, l'article prolonge d'un an et demi l'actuelle convention médicale. Cette dernière prendra donc fin au 31 mars 2023.

Cette prorogation n'empêche pas les partenaires conventionnels d'amender la convention en vigueur. Des négociations conventionnelles ont d'ailleurs débuté le 17 septembre dernier en vue de la signature d'un nouvel avenant. Pour rappel, au 30 septembre 2020, huit avenants ont d'ores et déjà été conclus, le dernier ayant été signé le 11 mai dernier.

Cette prorogation permettra également d'introduire dans la nouvelle convention les grandes priorités issues des négociations relatives au volet ambulatoire du Ségur de la santé, lesquelles devraient aboutir en janvier 2021.

*

* *

Article 34

Expérimentation élargissant les missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la Mutualité sociale agricole

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit une expérimentation d'une durée de trois ans sur le territoire de quatre services de santé au travail (SST) relevant de caisses locales de mutualité sociale agricole. L'expérimentation confiée aux infirmiers de santé au travail (IDEST) trois nouvelles missions, qui ne pouvaient jusqu'alors être exercées que par les médecins du travail :

- l'examen périodique du travailleur agricole bénéficiant d'un suivi individuel renforcé ;
- l'examen de reprise de la travailleuse agricole après un congé maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste particulier, ainsi que l'échange, avec elle, portant sur les mesures individuelles d'aménagement du poste ou du temps de travail à mettre en place ;
- l'examen médical destiné à établir le bilan de l'exposition à des risques professionnels pour tout travailleur agricole de 50 ans.

I. LE DROIT EXISTANT : DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL CONFRONTÉS À UNE PÉNURIE DE MÉDECINS

A. LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL JOUENT UN RÔLE MAJEUR DANS LA PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

De nombreux acteurs interviennent dans la prévention des risques professionnels. À l'intérieur des entreprises, les services de santé au travail (SST), régis par les articles L. 4621-1 à L. 4625-2 du code du travail, jouent un rôle majeur avec pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Chaque employeur doit organiser un SST, soit en adhérant à un service de santé au travail interentreprises (SSTI), soit en créant son propre service autonome (SSTA) en interne pour les plus grandes entreprises.

Dans les SSTA, les missions du service sont exercées par les médecins du travail. Dans les SSTI, les missions du service sont confiées à une équipe pluridisciplinaire comprenant, outre des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers de santé au travail (IDEST).

L'organisation spécifique de la MSA en matière de santé au travail

La Mutualité sociale agricole (MSA) est le seul régime de sécurité sociale à avoir la charge de la santé-sécurité au travail, en cumulant les compétences de prévention des risques professionnels et de santé au travail. Les autres régimes ont uniquement vocation à déployer des actions de prévention au sein des entreprises.

La population suivie par la MSA au titre de la santé et de la sécurité au travail est supérieure à 1,1 million d'actifs, dont 500 000 exploitants et 870 000 salariés ayant un contrat de plus de 45 jours, incluant les saisonniers pendant les périodes culturelles.

Les trente-cinq caisses de MSA peuvent, en application de l'article L. 717-3 du code rural et de la pêche maritime, soit instituer en leur sein une section de santé au travail (option choisie par trente-quatre caisses), soit créer une association spécialisée (option choisie par une des caisses).

Dans chacune des caisses, le suivi médical est assuré par une équipe pluridisciplinaire. Le réseau MSA se voit fixer par arrêté un effectif de médecins et d'infirmiers, répartis ensuite entre les trente-cinq caisses. Pour 2018, les effectifs mobilisés par la MSA étaient de 289 ETP de médecins du travail (l'arrêté en prévoyait 304 en plafond) et de 156,8 ETP d'infirmiers de santé au travail (pour 170 dans l'arrêté) ⁽¹⁾.

En 2018, la MSA a effectué 269 365 examens ou visites au bénéfice de salariés agricoles, dont 28 % examens d'embauche, 42 % d'examen périodiques, 13 % d'examen de reprise et 5 % d'examen de pré-reprise ⁽²⁾.

(1) Le fait que les effectifs mobilisés soient inférieurs aux objectifs d'effectifs figurant dans l'arrêté s'explique par la pénurie de médecins du travail qui se traduit par une difficulté importante pour la MSA à recruter.

(2) *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*, Inspection générale des affaires sociales (IGAS), février 2020.

B. L'ÉLARGISSEMENT DU PÉRIMÈTRE D'INTERVENTION DES INFIRMIERS EST PRÉCONISÉ PAR PLUSIEURS RAPPORTS RÉCENTS

Face au vieillissement de la population des médecins du travail et au manque d'attractivité de la profession, des réformes successives ont cherché à dégager des marges de manœuvre afin de permettre aux SST de mieux remplir leurs missions.

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DE MÉDECINS DU TRAVAIL ET DE COLLABORATEURS MÉDECINS ENTRE MI-2014 ET FIN 2019



Source : Rapport chiffres-clés 2019, Présance (organisme national représentatif des SSTI).

Ainsi, à la suite de la réforme de 2011 ⁽¹⁾, les SSTI se sont dotés de professionnels en santé au travail aux profils variés pour constituer leurs équipes pluridisciplinaires. Entre début 2016 et début 2019, les effectifs d'IDEST auraient augmenté de 61 % ⁽²⁾.

Les infirmiers recrutés par un SST assurent désormais un grand nombre de missions. Ils ont notamment vocation à réaliser les visites d'information et de prévention et leurs renouvellements ainsi que les visites intermédiaires effectuées dans le cadre du suivi individuel renforcé.

LE SUIVI MÉDICAL DES SALARIÉS

Situation	Date à laquelle la visite doit être effectuée	Personnel de santé pouvant effectuer la visite	Références
Examens d'embauche			
Travailleurs qui ne sont pas affectés à un emploi à risques	Visite d'information et de prévention réalisée au plus tard trois mois après la prise effective du poste (visite préalable à l'embauche pour les travailleurs de nuit et travailleurs de moins de 18 ans)	Le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier	– articles L. 4624-1 et R. 4624-10 et suivants du code du travail – article L. 717-13 du code rural et de la pêche maritime

(1) Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

(2) D'après le réseau Présance.

Travailleurs bénéficiant d'un suivi individuel adapté (SIA) à savoir les travailleurs de nuit, les femmes enceintes, allaitantes ou venant d'accoucher, les travailleurs handicapés, les travailleurs titulaires d'une pension d'invalidité, les jeunes de moins de 18 ans	Visite d'information et de prévention réalisée au plus tard trois mois après la prise effective du poste	Le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier	– articles. L. 4624-1, R. 4624-17 et R. 4624-18 du code du travail – article R. 717-15 du code rural et de la pêche maritime
Travailleurs affectés à un emploi à risque faisant partie de la liste de l'article R. 4624-23 du code du travail ou R. 717-16 du code rural et de la pêche maritime. Ces travailleurs bénéficient d'un suivi individuel renforcé (SIR).	Examen médical d'aptitude effectué préalablement à l'affectation sur le poste	Le médecin du travail	– articles L. 4624-10 et R. 4624-22 à R. 4624-27 du code du travail – article R. 717-16-1 du code rural et de la pêche maritime
Examens périodiques			
Travailleurs qui ne sont pas affectés à un emploi à risques	Périodicité fixée par le médecin du travail et qui ne peut excéder cinq ans	Le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier	– article R. 4624-16 du code du travail – article L. 717-14 du code rural et de la pêche maritime
Travailleurs bénéficiant d'un SIA	Périodicité fixée par le médecin du travail et qui ne peut excéder trois ans	Le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier	– article R. 4624-17 du code du travail – article L. 717-15 du code rural et de la pêche maritime
Travailleurs bénéficiant d'un SIR	Périodicité fixée par le médecin du travail et qui ne peut excéder trois ans	Le médecin du travail. À noter qu'une visite intermédiaire est effectuée au plus tard deux ans après la visite avec le médecin du travail par un collaborateur médecin, un interne en médecine du travail ou infirmier	– article R. 4624-28 du code du travail – article R. 717-16-2 du code rural et de la pêche maritime
Examens de pré-reprise et de reprise			
Examen de pré-reprise après un arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois	Préalablement à la reprise	Le médecin du travail	– article R. 4624-29 et R. 4624-30 du code du travail – article R. 717-17 du code rural et de la pêche maritime

Examen de reprise après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle et après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel	Le jour de la reprise effective du travail et, au plus tard dans un délai de huit jours qui suivent cette reprise	Le médecin du travail	– articles R. 4624-31 à R. 4624-33 du code du travail
Examens complémentaires			
À la demande du salarié, de l'employeur, ou du médecin du travail		Le médecin du travail	– article R. 4624-34 du code du travail – article R. 717-18 du code rural et de la pêche maritime
Examens complémentaires sur demande du médecin du travail	Dépistage de maladies : – contre-indiquées au poste ; – présentant une contre-indication au poste de travail ; – dangereuses pour l'entourage professionnel.	Le médecin du travail	– articles R. 4624-35 à R. 4624-38 – article R. 717-19 du code rural et de la pêche maritime
Travailleurs bénéficiant du dispositif de SIR ou en ayant bénéficié au cours de leur carrière	Examen visant à établir une traçabilité et un état des lieux des expositions à un ou facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1	Le médecin du travail	– article L. 4624-2-1 du code du travail
Tout travailleur agricole en situation effective de travail lorsqu'il atteint l'âge de 50 ans	Examen médical destiné à établir le bilan de son exposition à des risques professionnels	Le médecin du travail	– article R. 717-18-1 du code rural et de la pêche maritime

Source : commission des affaires sociales.

Un récent rapport de la commission des affaires sociales du Sénat ⁽¹⁾ ainsi qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ⁽²⁾ préconisent d'aller encore plus loin dans l'élargissement des missions confiées aux infirmiers. Cela permettrait de concentrer l'intervention du médecin du travail sur des activités à plus forte expertise médicale dans une logique d'optimisation des ressources médicales. Cela aurait également le mérite de renforcer la légitimité des infirmiers

(1) Rapport d'information de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat (n° 10, 2019-2020), 2 octobre 2019.

(2) Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI), Inspection générale des affaires sociales (IGAS), février 2020.

au sein des SST puisque, comme le note l'IGAS, « *certaines infirmiers de santé au travail rencontrés par la mission ont pu avoir le sentiment de sous-exploiter leurs compétences, allant jusqu'à évoquer une souffrance au travail* ».

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE EXPÉRIMENTATION ÉLARGISSANT LES MISSIONS DES INFIRMIERS POUR LE SUIVI DES TRAVAILLEURS AGRICOLES

L'article va dans le sens des rapports précités en prévoyant d'expérimenter un élargissement du champ des missions confiées aux infirmiers de santé au travail du réseau de la MSA.

A. UNE EXPÉRIMENTATION DE TROIS ANS SUR QUATRE TERRITOIRES ET RESTREINTE AUX TRAVAILLEURS AGRICOLES

Le premier alinéa du I précise les grandes caractéristiques de cette expérimentation : elle sera d'une durée de trois ans et concernera le territoire de quatre services de santé au travail relevant des caisses départementales ou interdépartementales de mutualité sociale agricole.

L'étude d'impact indique quelles pourraient être ces quatre caisses : il s'agit des caisses de MSA de Haute-Normandie, de Mayenne Orne Sarthe, de Sud Aquitaine et de Midi-Pyrénées Nord. Ces territoires sont tous volontaires pour participer à l'expérimentation et ont été sélectionnés par le Gouvernement en lien avec les caisses de mutualité sociale agricole. Ce sont des territoires où l'activité agricole est importante et qui connaissent un déficit important de médecins.

Le choix de restreindre l'expérimentation aux travailleurs agricoles s'explique par le fait que l'expérimentation est une initiative qui émane de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Pour rappel, la santé-sécurité au travail est une spécificité de la MSA, qui est le seul régime de sécurité sociale à avoir la charge de cette mission, en cumulant les compétences de prévention des risques professionnels et de santé au travail. Le fait de conduire l'expérimentation dans le secteur agricole est d'ailleurs particulièrement pertinent dans la mesure où l'accidentologie y est importante et les risques nombreux (risques en lien avec l'animal, risques liés à la conduite d'équipements de travail mobiles automoteurs et de levage et à l'utilisation d'équipements de travail mécaniques, risques chimiques, etc.).

L'expérimentation se fera à moyens constants. Les SST de la MSA connaissent actuellement une montée en charge importante des recrutements d'IDEST. Comme l'a indiqué le Gouvernement au rapporteur général, cette expérimentation nécessitera néanmoins peut-être une montée en charge plus rapide dans les territoires d'expérimentation que dans les autres.

B. TROIS MISSIONS SUPPLÉMENTAIRES CONFÉES AUX INFIRMIERS

Le présent article vise à permettre l'application de l'article L. 4011-1 du code de la santé publique, lequel autorise les professionnels de santé travaillant en équipe d'opérer entre eux, par des protocoles de coopération, des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de prévention. Certaines dispositions du code du travail empêchent actuellement les médecins du travail de confier certaines de leurs missions aux IDEST.

Le **I** prévoit donc la possibilité de déroger à deux articles du code du travail : l'article L. 4624-2, qui confie au médecin du travail la réalisation de l'examen médical d'aptitude des travailleurs en suivi individuel renforcé, ainsi que l'article L. 4624-3, qui attribue au médecin du travail la tâche de proposer des mesures individuelles d'aménagement du poste ou du temps de travail. L'objectif est de permettre aux infirmiers de santé au travail d'assurer trois missions jusqu'alors confiées aux médecins du travail, à savoir :

– l'examen périodique du travailleur agricole bénéficiant d'un suivi individuel renforcé (**1° du I**) ;

– l'examen de reprise de la travailleuse agricole après un congé maternité, dès lors qu'elle n'est pas affectée à un poste particulier ainsi que l'échange, avec elle, portant sur les mesures individuelles d'aménagement du poste ou du temps de travail qu'il serait opportun de mettre en place (**2° du I**) ;

– l'examen médical destiné à établir le bilan de l'exposition à des risques professionnels pour tout travailleur agricole qui atteint l'âge de 50 ans et qui est en situation effective de travail (**3° du I**).

Ces transferts de missions doivent permettre aux médecins du travail de se concentrer sur les cas les plus complexes ou les moins suivis, comme les saisonniers agricoles. Le Gouvernement fait le choix de ne pas élargir davantage le champ des missions confiées aux IDEST dans le cadre de cette expérimentation, estimant que les autres actes doivent rester de la prérogative propre des médecins du travail.

Concrètement, le premier alinéa du **I** prévoit que des protocoles de coopération, élaborés par chaque caisse participant à l'expérimentation, organiseront ces transferts de mission.

Le dernier alinéa du **I** prévoit qu'un décret précisera les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation et le rôle que jouera la CCMSA dans son pilotage.

Le rapporteur général se félicite d'une telle expérimentation, qui s'inscrit dans la lignée de la résolution récemment adoptée par l'Assemblée nationale ⁽¹⁾ : les leviers organisationnels sont essentiels pour améliorer la performance de notre

(1) Résolution n° 449, adoptée par l'Assemblée nationale, appelant à faire de la France l'un des pays les plus performants en matière de santé au travail.

système de prévention des risques professionnels. Il s'agit de la seule mesure du projet de loi liée à la santé au travail. Il est en effet essentiel de ne pas préempter les conclusions des négociations entre partenaires sociaux qui ont récemment débuté sur le sujet.

C. UNE ÉVALUATION PRÉVUE POUR ÉTUDIER L'OPPORTUNITÉ DE PÉRENNISER L'EXPÉRIMENTATION

Le **II** du présent article prévoit la réalisation d'un rapport d'évaluation transmis au Parlement au moins trois mois avant la fin de l'expérimentation. Ce rapport devrait permettre d'examiner l'opportunité de pérenniser l'élargissement du champ des missions des IDEST.

*

* *

CHAPITRE II

Allonger le congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre pour partie obligatoire

Article 35

Allonger la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et le rendre obligatoire

Adopté par la commission sans modification

L'article 35 vise à étendre la durée du congé de paternité et d'accueil de l'enfant et à le rendre obligatoire. Le congé était jusqu'à présent de onze jours (dix-huit en cas de naissance multiple) à prendre dans les quatre mois suivant la naissance de l'enfant, de façon non obligatoire. Cet article a pour objet de doubler la durée du congé pris en charge par la sécurité sociale, soit une augmentation de onze à vingt-cinq jours (trente-deux en cas de naissance multiple), et de le rendre obligatoire pour les sept premiers jours consécutifs à la naissance de l'enfant. Les trois jours de congés de naissance payés par l'employeur, s'ajoutent aux quatre jours de congé de paternité obligatoires afin que le père soit obligatoirement arrêté durant les sept jours suivant la naissance de l'enfant.

Cette mesure doit permettre de répondre aux attentes des familles et de contribuer à l'amélioration de l'égalité entre les femmes et les hommes dans les sphères professionnelles et privées.

I. LE DROIT EXISTANT : UN CONGÉ DE PATERNITÉ POPULAIRE À SA CRÉATION, QUI NE CORRESPOND PLUS AUX ATTENTES ACTUELLES

A. UNE ADOPTION RAPIDE DU CONGÉ À SA CRÉATION

1. Le congé de paternité dans sa forme actuelle a connu un fort taux de recours depuis sa création

a. La prise en charge sociale de la naissance a longtemps été traitée uniquement par le biais du congé de maternité

L'évènement que constitue une naissance a été prioritairement traité par notre protection sociale sous l'angle de la maternité. Le congé de maternité, mis en place à l'aube du XX^e siècle, était destiné à protéger la santé de la mère au moment de son accouchement comme celle du nouveau-né. Ce congé a connu de nombreuses évolutions, à mesure qu'il a été pensé comme la prise en charge d'un « risque », celui de fonder une famille. Les objectifs natalistes comme sanitaires ont abouti aux caractéristiques suivantes pour le congé de maternité :

– une durée de seize semaines pour les deux premiers enfants, de vingt-six semaines à partir du troisième, via un congé prénatal (de six à huit semaines en fonction du rang de l'enfant) et un congé postnatal (de dix à dix-huit semaines en fonction du rang de l'enfant) ;

– un congé « modulable : la femme enceinte peut, si elle le souhaite et avec l'accord de son médecin, décaler son congé prénatal de trois semaines, pour prolonger de trois semaines le congé postnatal. La souplesse du fractionnement de ce congé permet à la mère de profiter ainsi davantage, si elle le souhaite et que sa santé le lui permet, des premiers jours de son enfant.

Toujours pour des questions de santé, le médecin peut également l'inciter à s'arrêter de travailler en amont de la date présumée de début de son congé de maternité. Ce congé « pathologique » est d'une durée maximale de quatorze jours, consécutifs ou non. L'indemnisation de ce congé, pris obligatoirement dans les six semaines de congé prénatal, se fait selon les mêmes modalités que le congé de maternité proprement dit. Au-delà du délai de quatorze jours, l'indemnisation de son arrêt de travail est équivalente à celle d'un arrêt de travail maladie, à hauteur de 50 % du salaire brut dans la limite du plafond de la sécurité sociale.

La nécessité pour le père ou, comme il est désormais possible, le second parent, de prendre toute sa part dans l'accompagnement de la naissance a toutefois conduit à la création récente d'un véritable congé de paternité.

b. La mise en place d'un congé de paternité

i. Une première reconnaissance du rôle du père : le congé de naissance

Ainsi que le présente le rapport issu de la commission des « 1 000 premiers jours », mis en place par le Président de la République en septembre 2019, les congés relatifs à la naissance renvoient « à la question du temps que la société accorde aux parents : il touche aussi bien à la durée des congés qu'à la manière dont les parents en font l'expérience » ⁽¹⁾.

Les pères ont d'abord bénéficié d'un congé de naissance. Mis en place par la loi du 18 mai 1946 relative au congé supplémentaire, ce congé était destiné aux chefs de famille fonctionnaires, salariés ou agents des services publics, à l'occasion de chaque naissance au foyer. Dans l'esprit de la Libération, les « chefs de famille » étaient appelés à assister les mères dans les soins qui suivent l'accouchement ou satisfaire aux obligations administratives qui s'imposent à eux au moment de la naissance.

Ce congé, aujourd'hui recensé parmi les congés familiaux dans le code du travail à l'article L. 3412-1 du code du travail, est inscrit parmi les congés pour évènement familial. Ceux-ci comprennent les congés auxquels le salarié a droit en raison d'un mariage, de la conclusion d'un partenariat civil de solidarité (PACS), du mariage d'un enfant, du décès d'un membre proche de la famille ou encore de l'annonce de la survenue d'un handicap chez un enfant. Ces congés n'entraînent aucune réduction de la rémunération, étant assimilés à du temps de travail effectif.

(1) Les 1000 premiers jours, là où tout commence, *Rapport de la commission des 1 000 premiers jours*, Ministère des solidarités et de la santé, septembre 2020, p. 89.

Leur durée n'excède pas sept jours, durée maximale allouée en cas de décès d'un enfant depuis le 1^{er} juillet 2020 ⁽¹⁾.

Ce congé d'ordre public n'est soumis à aucun délai de prévenance et aucun accord collectif ni convention collective ne peut avoir pour effet de priver le salarié du droit de s'absenter en cas de survenue de l'un des événements, ni même de le restreindre à des conditions préalables, comme l'ancienneté ou le nombre d'heures travaillées précédemment.

Ce premier congé de naissance peut par ailleurs être augmenté par le biais d'un accord collectif et vaut également congé pour une adoption.

ii. La création d'un congé de paternité rapidement adopté

Après plusieurs réflexions menées à son sujet, dont celles intégrées dans le rapport d'Hélène Gisserot remis au Gouvernement en 1997, la Conférence de la famille en 2001 fut l'occasion de la création d'un véritable congé de paternité. La LFSS 2002 ⁽²⁾ a confié aux pères salariés, fonctionnaires, agriculteurs, professions libérales, indépendants et demandeurs d'emploi le droit de disposer d'un congé paternité de onze jours calendaires consécutifs à la naissance d'un enfant (dix-huit jours en cas de naissance multiple).

Celui-ci a rapidement fait l'objet d'un large recours, demeuré constant par la suite. En effet, dès 2003 66 % des pères prenaient le congé de paternité, contre 67 % aujourd'hui.

c. Le congé de paternité aujourd'hui : un congé court, étendu à tous les pères et pris en charge par la sécurité sociale

i. La prise en charge du congé par la sécurité sociale

Le droit au congé de paternité est inconditionnel. Il est ouvert à l'ensemble des salariés sans aucune distinction relative au statut, à l'ancienneté, au type de contrat de travail ou encore au nombre de salariés dans l'entreprise. Ce congé est par ailleurs ouvert, au titre de l'article L 311-5 du code de la sécurité sociale, aux stagiaires de la formation professionnelle ou aux demandeurs d'emploi indemnisés. La prise en charge des indemnités par la sécurité sociale pendant le congé s'inscrit toutefois dans un cadre plus restreint.

Pour bénéficier de l'indemnité, le salarié doit en effet :

– être immatriculé depuis au moins dix mois auprès de la sécurité sociale, à la date de début du congé ;

(1) Loi n° 2020-692 du 8 juin 2020 visant à améliorer les droits des travailleurs et l'accompagnement des familles après le décès d'un enfant.

(2) Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

– avoir cotisé au moins 150 heures pendant les trois mois qui précèdent le congé ou, le cas échéant, avoir cotisé sur une rémunération équivalente à 1 015 fois la valeur du SMIC horaire pendant les six mois qui précèdent le congé ;

– cesser toute activité.

L'indemnité compensatoire est versée dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service que l'indemnité visée à l'article L. 331-3 du code du travail, relatif au congé de maternité. Cette indemnisation n'est pas cumulable avec une indemnisation pour des congés maladie ou d'accident du travail, ni avec l'indemnisation de l'assurance chômage ou d'un régime de solidarité.

Le plafonnement de cette indemnité se fait à hauteur du plafond de la sécurité sociale, à savoir 3 428 euros par mois au 1^{er} janvier 2020. Calculé de manière journalière, ce plafond limite à 89,03 euros par jour les indemnités, qui ne peuvent par ailleurs pas être inférieures à un plancher de 9,63 euros.

Le congé de paternité est étendu à l'ensemble des catégories socio-professionnelles et s'indemnise de la façon suivante.

MODALITÉS D'INDEMNISATION DU CONGÉ DE PATERNITÉ

Catégorie d'emploi	Modalités d'indemnisation	Montant maximal de l'indemnité
Salariés	Calcul de l'indemnité sur la base des salaires bruts reçus pendant les trois mois qui précèdent le congé prénatal, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale (*)	89,03 euros par jour
Travailleurs agricoles	Calcul de l'indemnité sur la base des salaires bruts reçus pendant les trois mois qui précèdent le congé prénatal, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale	89,03 euros par jour
Fonctionnaires	Maintien de la totalité de l'indemnité et des primes (**)	n.c.
Travailleurs indépendants	Montant forfaitaire de l'indemnité journalière d'interruption d'activité (***)	56,35 euros par jour
Demandeurs d'emploi	Calcul de l'indemnité sur la base des salaires bruts reçus pendant les trois mois qui précèdent le congé prénatal, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale qui précèdent la date d'effet de rupture du contrat de travail	89,03 euros par jour

- (*) Sont pris en compte l'ensemble des éléments de rémunération soumis à cotisation
- (**) Les primes et indemnités peuvent être suspendues ou maintenues dans la fonction publique territoriale et hospitalière selon les choix faits par l'établissement ou la collectivité
- (***) Sauf dans le cas d'un revenu annuel moyen inférieur à 3 983 euros, soit 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale moyen des trois années civiles précédant le versement des prestations

Source : *commission des affaires sociales*.

Les fonctionnaires bénéficient donc du maintien de leur rémunération pendant l'ensemble du congé, ainsi que des primes, indemnités diverses, droits à l'ancienneté et prise en compte de la période pour le calcul des droits à la retraite.

Les allocations de remplacement pour les travailleurs indépendants, versées en deux fois, et les exploitants agricoles sont également intéressantes, sous réserve toutefois de conditions parfois contraignantes. Le seuil de contributivité peut en effet éloigner un certain nombre d'indépendants de la prétention au congé. Les exploitants, quant à eux, sont soumis à la condition nécessaire de trouver un remplacement pour leurs exploitations. Si cette condition se justifie habituellement par le fonctionnement d'une exploitation, elle peut paraître plus difficile à remplir

pour des métiers spécialisés, comme le relève la mission de l’Inspection générale des affaires sociales ⁽¹⁾.

En 2019, le coût annuel du congé de paternité et d’accueil de l’enfant a représenté 391 millions d’euros, tous régimes confondus. Le régime général prend évidemment la plus grande part de ce financement, intégralement porté par la branche famille. Si les indemnités sont versées par l’assurance maladie à des fins de facilité de gestion et de proximité avec les indemnités d’arrêt maladie, il est prévu à l’article L. 223-1 du code de la sécurité sociale que la Caisse nationale des allocations familiales assure le remboursement des indemnités ou allocations versées aux salariés qui ont recours au congé de paternité. Ce principe vaut également, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, au sein de la fonction publique ⁽²⁾. La branche famille assure également le remboursement aux régimes spéciaux du versement de ces indemnités.

Tableau 1 : Dépenses d’IJ paternité versées par régime, par ordre décroissant (2017)

	En €
CNAMTS	214 532 719
MSA	11 396 143
Etat (fonction publique, opérateurs)	12 805 448
RSI	8 809 698
Fonction publique territoriale, hospitalière et autres établissements	7 723 473
IEG (yc CNIIEG)	2 629 742
RATP	1 485 532
SNCF	2 882 453
ENIM	411 771
CRPCEN	272 727
Autres (*)	104 289
Total général	263 053 995

Source : CNAF - (*) Banque de France, CPS St Pierre & Miquelon, CCIP, Monnaie de Paris, CANSSM

ii. Un encadrement législatif et réglementaire

Le congé de paternité actuel prévoit déjà que la réception des indemnités journalières versées pendant le congé sont versées sous réserve que le salarié ait cessé toute activité salariée ou assimilée.

Par ailleurs, si le congé de naissance doit être pris à une date proche de l’accouchement, selon des modalités fixées en accord avec l’employeur, le congé

(1) Hervé Gosselin, Carole Lépine, « Évaluation du congé paternité », Inspection générale des affaires sociales (IGAS), juin 2018, p. 70.

(2) Pour la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servies pendant la durée du congé de paternité et d’accueil de l’enfant et des autorisations spéciales d’absence accordées à titre complémentaire, au sein de la fonction publique.

de paternité doit être pris un délai réglementaire de quatre mois, tel que fixé par décret ⁽¹⁾. Ce délai est susceptible d'ajustements en cas :

– d'hospitalisation de l'enfant. Le congé est alors pris dans les quatre mois qui suivent la fin de l'hospitalisation ;

– de décès de la mère. Le congé ne commence qu'à la fin du congé dont aurait bénéficié la mère. Dans ce cas, en application du L. 1225-8 du code du travail, le père ou, le cas échéant, son conjoint, la personne qui est liée à elle par un PACS ou son concubin peut en effet suspendre son contrat de travail pendant la période d'indemnisation du congé de maternité, telle qu'elle était prévue pour la mère défunte.

d. Un congé adapté progressivement aux demandes sociales

Le congé de paternité a connu une première évolution majeure dans le cadre de la LFSS 2013 ⁽²⁾. Le recours a en effet été ouvert, dans la logique de la loi relative au mariage pour tous ⁽³⁾, aux seconds parents qui ne sont pas des pères. Au titre de l'article L. 1225-35 du code du travail, le congé est également ouvert au « *conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle* ».

Plus récemment, l'article 72 de la LFSS 2019, précisé par décret ⁽⁴⁾, permet aux titulaires du congé de paternité de prendre un congé anticipé d'une durée maximale de trente jours en cas d'hospitalisation du nouveau-né dans une unité de soins spécialisée. Cette extension est d'autant plus justifiée que l'augmentation du taux d'enfants nés prématurément est une tendance lourde de ces dernières années. La prématurité est passée de 5,9 % des naissances en 1995 à 7,4 % en 2010 et 8 % en 2016. 60 000 enfants naissent prématurément chaque année. Parmi eux, 85 % sont des prématurés modérés soit trente-deux à trente-six semaines d'aménorrhée (SA), 10 % sont des grands prématurés (28-31 SA) et 5 % sont des très grands prématurés, nés à moins de vingt-huit SA.

Cette possibilité a été étendue aux travailleurs indépendants et au régime agricole, au sein duquel « *l'intéressé cesse tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole en cas d'hospitalisation immédiate de l'enfant après la naissance* » ainsi qu'au régime spécial des gens de mer. Cette mesure étend aux

(1) Décret n° 2001-1352 du 28 décembre 2001 relatif au congé de paternité des assurés relevant du régime général et modifiant le code de la sécurité sociale et le code du travail, désormais codifié à l'article D. 1225-8 du code du travail.

(2) Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(3) Loi n° 2013-404 du 17 mai 2013 ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe.

(4) Décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant.

pères les prolongations de congé de maternité en cas de naissance prématurée par les lois du 11 février 2005 et du 23 mars 2006 ⁽¹⁾.

B. BIEN QU'IL CONNAISSE UN LARGE RECOURS, LE CONGÉ DE PATERNITÉ PEINE AUJOURD'HUI À RÉPONDRE AUX DEMANDES

1. La protection de la santé de la mère comme du nouveau-né

L'accueil du jeune enfant, qu'il s'agisse de la naissance ou de l'adoption, entraîne une altération sensible du temps quotidien des parents, et tout particulièrement de la mère.

Le premier sujet de préoccupation relève de l'accompagnement de la mère lors de l'accouchement et après. Ce sujet est loin d'être anodin alors que la mortalité maternelle est certes basse mais toujours prégnante en France. Celle-ci intervient notamment après le retour de la mère à son domicile, selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ⁽²⁾. Ainsi, la proportion des décès survenant hors établissement (à domicile le plus souvent) est notable (16 % contre 12 % en 2007-2009). Ces décès surviennent souvent dans un tableau de mort subite, expliquée ou non (quinze cas de morts subites inexplicables parmi les quarante-deux décès à domicile), ou parfois dans un contexte de suicide (cinq cas), pour l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2010-2012.

En-dehors de ce taux de mortalité qui justifie à lui seul un accompagnement accru de la mère dans les jours qui suivent son accouchement, le phénomène de dépression dite « post-partum », documentée dans l'étude d'impact, concernerait 13 % des mères. Les causes de ce type de dépression sont évidemment multiples, mais la fatigue liée à l'accouchement comme à la gestion du nouveau-né peuvent expliquer une grande partie de ces états dépressifs.

Ce sujet est d'autant plus crucial que la durée moyenne de séjour pour un accouchement a tendance à diminuer sur ces dernières années. Bien qu'elle reste parmi les plus importantes à l'échelle de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), cette durée, qui était en moyenne de sept jours dans les années 1970, est de trois ou quatre jours après un accouchement par voie basse, et quatre et cinq jours en cas de césarienne.

La présence paternelle participe par ailleurs, dès lors qu'elle s'étend sur plusieurs des premières semaines, à l'éveil de l'enfant, contribuant sensiblement à l'amélioration de son développement neurocognitif ⁽³⁾.

(1) *Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées et loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.*

(2) « *Les morts maternelles en France, mieux comprendre pour mieux prévenir* », INSERM, Santé publique France, septembre 2017.

(3) *Huerta, M.d.C. et al., « Fathers' Leave, Fathers' Involvement and Child Development : Are They Related ? Evidence from Four OECD Countries. OECD Social », Employment and Migration Working Papers, 2013.*

2. La courte durée du congé de paternité est un obstacle à l'égalité au sein du couple

La période d'accueil de l'enfant est également une période de réajustement des tâches au sein du couple. Le temps passé avec l'enfant constitue un temps supplémentaire par définition, qui ne peut plus être consacré comme auparavant au travail ou aux loisirs. Or, les inégalités entre les hommes et les femmes dans la prise en charge des tâches familiales, avec ou sans enfants, demeurent structurelles. Entre 1985 et 2010, la part du temps passé par les hommes dans le total des tâches domestiques du couple a évolué lentement, passant de 28 % à 34 % en moyenne.

Cette inégalité dans la répartition des tâches domestiques comme dans le temps passé à s'occuper de l'enfant crée également des anticipations négatives et inégalitaires chez les employeurs. Ainsi, en 2006, seuls 7 % des salariés qui ont connu une interruption de carrière et qui se sont arrêtés pour s'occuper de leurs enfants étaient des hommes⁽¹⁾. Pour les femmes, la première naissance signe l'entrée dans une période d'évolution professionnelle relativement modérée qui ne s'achève qu'après la scolarisation des enfants, alors que l'entrée en paternité des hommes coïncide avec l'amorce d'une phase d'évolution professionnelle très dynamique⁽²⁾.

Les femmes prennent l'habitude d'effectuer davantage de tâches parentales et domestiques au cours de leur congé de maternité en raison de leur présence au foyer. Cet effet perdure ensuite bien au-delà du congé, et contribue à creuser les inégalités entre les femmes et les hommes au sein du foyer. L'écart d'incidence entre les hommes et les femmes sur la carrière professionnelle et le partage des tâches s'accroît à chaque nouvelle naissance, tandis que la part du temps domestique occupé par les femmes au sein du couple s'accroît d'autant, comme le montre ce tableau issu du rapport du Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge⁽³⁾ :

(1) *Enquête ECMOSS 2006 et enquête sur l'activité professionnelle, INSEE-DARES, chiffres extraits de Premières synthèses, février 2010, n° 011.*

(2) *Étude de l'IGAS, précitée.*

(3) *Rapport adopté par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, précité.*

Tableau 1 : Temps domestique et parental quotidien des hommes et des femmes en couple selon le jour (semaine ou week-end), le nombre d'enfants et l'âge des enfants (en minutes)

	Hommes en couple (en minutes par jour)	Femmes en couple (en minutes par jour)	Part du temps consacré par les femmes dans le temps total du couple (en %)
Temps domestique			
Semaine	98	181	65 %
weekend	148	213	59 %
Temps parental			
Semaine	47	118	72 %
weekend	57	87	60 %
Temps domestique			
Pas d'enfant	119	187	61 %
1 enfant	107	182	63 %
2 enfants	109	191	64 %
3 enfants ou plus	104	214	67 %
Temps parental			
1 enfant	51	103	67 %
2 enfants	51	103	67 %
3 enfants ou plus	47	134	74 %
Temps parental avec enfant < 3 ans			
	78	183	70 %
Sans enfant < 3 ans			
	36	74	67 %

Lecture : en 2010, les hommes en couple consacrent en moyenne 98 minutes par jour aux activités domestiques. Les femmes réalisent 65 % du temps domestique du couple, ici la somme du temps domestique de l'homme et de la femme.

Champ : hommes et femmes âgés de 18 à 60 ans en couple dont les deux conjoints ont rempli un carnet, hors ménages complexes. Pour le temps parental, avec un enfant de moins de 18 ans dans le ménage.

Source : Insee, enquête Emploi du temps 2010-2011. Cf. tableau 7 Champagne C., Pailhé A. et Solaz A., « [Le temps domestique et parental des hommes et des femmes : quels facteurs d'évolutions en 25 ans ?](#) », *Économie et Statistique*, n° 478-479-480, 2015, pp.209-242.

Source : *Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, Voies de réforme des congés parentaux dans une stratégie globale d'accueil de la petite enfance, 13 février 2019.*

Les pères ayant au moins un enfant de moins de trois ans consacrent 40 minutes supplémentaires tandis que les mères y consacrent 95 minutes supplémentaires toutes choses égales par ailleurs. En revanche, en présence d'un enfant de moins de 3 ans, le temps moyen passé aux activités professionnelles par les mères est moins long en moyenne de près d'un quart si les parents ont un seul enfant, de près de la moitié si les parents ont deux enfants et de l'ordre des trois quarts s'ils en ont trois ou plus.

À l'inverse, les études qui s'attachent à l'impact de la prise d'un congé de paternité sur le rôle des pères dans la sphère domestique démontrent un véritable impact sur la répartition des tâches, principalement liées à l'enfant : (change, coucher, bain, réveil la nuit, visite médicale) ⁽¹⁾. L'allongement du congé de paternité va donc dans le sens d'un meilleur partage des tâches familiales, d'une « alliance co-parentale » ⁽²⁾. Il s'agit d'une avancée majeure dans le sens de l'égalité entre les femmes et les hommes, qui a été élevée au rang de grande cause du quinquennat.

(1) Pailhé A., Solaz A., Tô M. (2018), « Can Daddies Learn How to Change Nappies ? Evidence from a Short Paternity Leave Policy », *Documents de travail INED*, n° 240.

(2) Evertsson, M., Boye, K. & Erman, J., « Fathers on call – A study on the sharing of care work among parents in Sweden. A mixed method approach ». *Families and Societies Working Paper Series*, 2015. 27.

3. Un recours insuffisant des travailleurs indépendants, agricoles ou précaires

La mission de l'IGAS ⁽¹⁾ a fait apparaître de nombreuses inégalités dans le recours qui est fait au congé de paternité. En effet, alors que 88 % des fonctionnaires et 80 % des salariés du secteur privé en contrat à durée indéterminée prennent un congé de paternité, le taux baisse à 48 % pour les salariés en contrat à durée déterminée (privés et publics), à 32 % pour les travailleurs indépendants et seulement à 13 % au sein des demandeurs d'emploi ⁽²⁾. Ces taux de recours particulièrement faibles chez les travailleurs agricoles ou indépendants s'expliquent en grande partie par leurs contraintes professionnelles ainsi que, de manière plus particulière, par les difficultés à trouver un remplacement.

Le recours au congé de paternité est enfin dépendant du niveau de revenus, notamment dans le secteur privé, au sein des entreprises :

TAUX DE RECOURS AU CONGÉ DE PATERNITÉ POUR LES PÈRES EN COUPLE ÉLIGIBLES À CE CONGÉ

(pourcentages)

1^{er} quintile	49
2^e quintile	71
3^e quintile	78
4^e quintile	79
5^e quintile	77

Source : Mission IGAS, 2018.

L'âge semble être un critère également discriminant quant au congé. Les pères en couple éligibles sont ainsi moins nombreux à prendre un congé après 35 ans et l'écart est de près de 15 points de pourcentage entre un père de moins de 30 ans et un père de plus de 40 ans. Le taux de recours décroît aussi avec le rang de l'enfant et ce dès le deuxième et avec une aggravation au troisième, ce qui pourrait s'expliquer par un « essoufflement » du recours au fil des naissances, par des différences de conceptions de l'implication parentale en fonction de la taille de la famille ou une habitude prise dans la répartition des tâches domestiques, à raison des congés de maternité liés aux naissances précédentes. À l'inverse, la taille des entreprises ne joue pas dans le sens d'un recours accru ou moindre au congé.

Pour ce qui est des salariés, il semble que la grande majorité des raisons qui expliquent le taux de non-recours relève de la sphère professionnelle, dans plus de 80 % des cas. 40 % des salariés justifient ce non-recours par une charge de travail inattendue ou trop importante au moment de prendre le congé, 24 % par « peur de l'employeur » et 13 % en raison de la perte financière que ce congé implique. Les

(1) Étude de l'IGAS, précitée.

(2) DSS sur données DREES, enquête « mode de garde et d'accueil des jeunes enfants », 2013.

autres raisons données relèvent d'un rejet du principe du congé de paternité ou d'une absence d'information à son sujet, ce que la rapporteure regrette particulièrement.

4. Une pratique qui pourrait être améliorée au sein des entreprises

Les modalités actuelles de prise du congé de paternité dans l'entreprise ne semblent pas faire de difficulté. En particulier, le délai de prévenance d'un mois actuellement obligatoire pour notifier la date et la durée du congé à l'employeur n'empêche pas le recours au congé. Pour 89 % des pères, la condition de prévenir un mois à l'avance son employeur n'a pas posé de difficulté.

S'agissant de l'avenir du congé de paternité, le secteur privé semble ouvert à son allongement. Les entreprises interrogées de manière empirique par l'IGAS en 2018 ⁽¹⁾ n'ont pas fait part d'inquiétude particulière à ce sujet. Cette enquête, menée auprès d'une trentaine d'entreprises de grande taille ou de taille intermédiaire au sujet d'un congé de paternité d'un mois, a abouti aux résultats suivants : un tiers de ces entreprises avait déjà mis en place, par accord collectif, un congé de paternité de quatre semaines. Concernant l'hypothèse de passer à un mois, 43 % des entreprises n'anticipaient aucune difficulté, 57 % de légères perturbations qui entraîneraient un ajustement de l'organisation de travail, voire, le cas échéant, le remplacement d'un salarié partant en congé de paternité.

Le bénéfice des indemnités relatives au congé de paternité pourrait toutefois faire l'objet d'améliorations sensibles en faveur d'un recours plus automatique. En effet, les indemnités journalières versées dans le cadre du congé de paternité sont celles pour lesquelles les entreprises subrogent le moins leurs salariés. Pour rappel, ce dispositif, plus couramment mis en place pour les indemnités maladie, accidents du travail-maladies professionnelles ou maternité, permet à l'entreprise de percevoir les indemnités journalières de sécurité sociale en lieu et place du salarié, charge à elle de verser ensuite au salarié en congé le montant total ou partiel de sa rémunération selon les conditions établies notamment dans l'accord collectif. Ce système permet notamment une simplification sensible des démarches engagées par le salarié auprès de la caisse. La rapporteure estime que l'allongement du congé de paternité et, *a fortiori*, son caractère obligatoire, devraient inciter les entreprises à recourir plus souvent au mécanisme de subrogation, facilitant les démarches de leurs salariés et leur recours *in fine* aux indemnités.

Les salariés bénéficient enfin à l'heure actuelle de peu de compléments au montant ou à la durée légaux applicables au congé de paternité. Moins de 20 % des salariés bénéficient d'un complément de salaire par le biais de leurs conventions collectives. Le plus souvent, les entreprises qui l'assurent privilégient des accords « égalité professionnelle », prenant en charge directement le risque « paternité » en dehors du cadre des régimes de prévoyance. Très peu de conventions collectives prévoient une extension du congé de naissance, contrairement à d'autres types de congés pour événements familiaux. Il revient donc au législateur d'agir en faveur

(1) Mission IGAS, précitée.

de l’allongement du congé de paternité, revendication par ailleurs largement partagée au sein de la population.

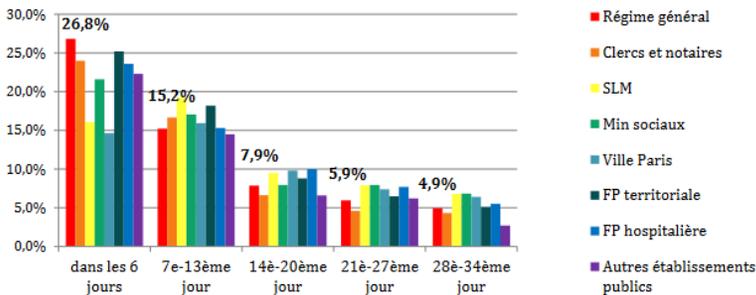
5. Une demande majoritairement partagée

Les sondages les plus récents effectués dans la matière témoignent de l’appétence des Français pour un congé de paternité. Ainsi, selon une étude de la DREES ⁽¹⁾, 38 % des Français trouvent le congé de paternité trop court et souhaitent son allongement, et ce chiffre monte à 63 % chez les 18-24 ans.

Selon un sondage plus récent encore de *Yougov*, de 2018, une majorité de Français sont favorables à un allongement de la durée du congé de paternité (50 % contre 35 % des Français qui y sont défavorables). Cette proportion est plus grande encore chez les Françaises (54 %) et chez les parents (61 %). S’agissant de la dimension obligatoire, 46 % des personnes interrogées dans le cadre de ce même sondage y sont favorables, contre 31 % qui s’y opposent.

Les pères allongent actuellement en pratique leurs congés de paternité et leurs congés de naissance. Un tiers d’entre eux recourent ainsi à des congés payés pour aboutir à une durée totale de congés de vingt-cinq jours en moyenne ⁽²⁾. Ce recours décroît toutefois sensiblement à mesure que l’on s’éloigne de la date de l’accouchement, comme le montre le graphique suivant comprenant le régime général, la fonction publique recensée et certains régimes spéciaux.

Graphique 5 : Répartition du congé de paternité dans les cinq semaines qui suivent la naissance, en fonction de sa date de début (2016 sauf ministères sociaux et Ville de Paris 2017)



Source : DCIR 2016, calculs DREES sauf données Ville de Paris, ministères sociaux, RATP (2) calculs mission, année 2017 – (3) Caisse des dépôts et consignations pour les fonctions et établissements publics (2016/2017)
Lecture : 26,8 % des congés pris dans le régime général ont débuté dans les 6 jours qui ont suivi la naissance.

Cet allongement correspond en outre non seulement aux pratiques, mais à l’objectif différencié des différents modes de garde, dont la pertinence diffère en fonction de l’âge auquel ils sont utilisés. Ainsi, « l’intérêt de la prise en charge à

(1) Études et Résultats, DARES, « Les Français et les congés de maternité et paternité : opinion et recours », janvier 2019.

(2) Mission IGAS précitée.

l'extérieur du domicile parental pour les enfants de moins de 1 an est également très contesté : l'accueil hors du domicile des parents, s'il intervient à un trop jeune âge, pourrait avoir des conséquences défavorables pour l'enfant » ⁽¹⁾. Cette analyse de l'IGAS est partagée par le résultat d'études menées par ailleurs. Ainsi, si le souhait d'une garde par l'un ou l'autre des parents, et principalement la mère, est largement majoritaire avant l'âge de six mois (80 % dont 60 % par la mère seule), il décroît très rapidement ensuite pour ne plus représenter qu'un quart des familles à partir de l'âge d'un an ; il y a donc une demande forte pour des modalités d'interruption courtes, prolongeant un peu les congés de maternité et de paternité ⁽²⁾.

En conclusion, malgré une adhésion stable au dispositif et la reconnaissance globale de sa qualité, la durée relativement faible du congé de paternité par rapport au congé de maternité, d'une part, ainsi que le faible recours au congé de paternité des pères sans emploi, en contrats précaires ou instables ou à bas revenus, d'autre part, représentent les deux points de faiblesse à améliorer.

C. UNE ÉVOLUTION DE FOND QUE SUIVENT L'ENSEMBLE DES ÉTATS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

1. La comparaison européenne permet de dégager des lignes de force en faveur d'un allongement du congé de paternité, voire de son caractère obligatoire

Le mouvement en faveur d'un congé de paternité d'une durée plus proche de celle du congé de maternité, concentré sur la figure paternelle et indemnisé à un niveau attractif est partagé sur l'ensemble du continent.

À l'échelle européenne, les dispositifs qui rencontrent une forte demande :

– privilégient une indemnisation proportionnelle au salaire sur des durées courtes pour chacun des parents séparément (autour d'une année), suivie d'une indemnisation forfaitaire plus limitée au-delà, généralement en cohérence avec des possibilités d'accès aux modes de garde formels ;

– mettent en place, s'agissant des pères, une incitation à prendre un congé parental sous la forme d'une période du congé réservée à chacun des parents (« quota » ou « bonus ») perdue pour la famille si le père ne le prend pas ⁽³⁾.

Un certain nombre de pays proposent un congé de paternité d'un mois, comme la Slovaquie, la Lituanie ou l'Autriche. D'autres pays, comme la Norvège, la Suède ou l'Allemagne, n'ont pas de congé de paternité au sens strict du terme ou un congé assez court, mais un congé parental très long et beaucoup mieux rémunéré

(1) Alain Lopez, Marguerite Moleux, Françoise Schaezel, Claire Scotton, « Les inégalités sociales de santé dans l'enfance - santé physique, santé mentale, conditions de vie et développement de l'enfant », 2011.

(2) Boyer D. et Crépin A., 2018, « Baromètre d'accueil du jeune enfant 2017 », *L'e-essentiel*, n° 179, CNAF.

(3) Idée développée notamment dans le rapport précité adopté par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge.

que le congé parental français. Les Suédois disposent ainsi de 480 jours de congé parental chacun, rémunéré à 80 % du salaire antérieur (plafonné à 100 euros par jour). Les jours sont transférables entre les deux parents, si un minimum de deux mois est pris par chaque parent.

Tableau 2 : Congés de paternité stricto sensu – 2016

	Durée totale en semaines (jours si mentionnés)	Nombre de semaines rémunérées	Nombre de semaines rémunérés 66 % ou + du salaire	Taux moyen de rémunération (7)	Rémunération en équivalent semaines à 100 % du salaire
Autriche					
Belgique	2	2	2 (1)	72,8	1,5
Rép. tchèque					
Danemark	2	2	2 (1)	54,1	1,1
Finlande	9	9	9 (3)	75	2,3
France	2	2	2 (1)	93,5	1,9
Allemagne					
Grèce	2 jours	2 jours	2 jours	100	2 jours
Hongrie	1	1	1	100	1
Islande (4)	13	13	0	63,8	8,3
Irlande					
Italie	2 jours	2 jours	2 jours	100	2 jours
Luxembourg	2 jours	2 jours	2 jours	100	2 jours
Pays-Bas (9)	5 jours	2 jours	2 jours	100	2 jours
Norvège (5)	2	0 (6)	0 (6)	0 (6)	0 (6)
Pologne	2	2	2	100	2
Portugal (4)	4	4	4	100	4
Slovaquie					
Slovénie	10 (10)	2,8 (8)	2,8 (1)	100	2,8
Espagne	2,1	2,1	2,1 (1)	100	2,1
Suède (5)	10 jours	10 jours	10 jours (1)	63,4	0,9
Royaume-Uni	2	2	0	20,6	0,4
Croatie					
Roumanie	5 jours	5 jours	5 jours	100	5 jours

(1) plafonné

(2) Nombre de semaines du congé paternité qui sont rémunérées au moins à 66 % du salaire (sous plafond, si un plafond existe). Ce niveau est l'indicateur utilisé par la Commission européenne dans le suivi de lignes directrices pour l'emploi par les Etats membres, niveau en deçà duquel le congé n'est pas considéré comme bien ou suffisamment rémunéré (European Commission (2010) *Indicators for monitoring the Employment Guidelines including indicators for additional employment analysis, 2010 compendium*, Table 18.M3. Available at: <http://www.nbbmuseum.be/doc/seminar2010/fr/bibliographie/risque/compendiumjul2010.pdf>)

(3) 70 % du salaire

(4) est néanmoins incluse dans ce tableau la partie réservée au père des congés parentaux existant en Islande et au Portugal

(5) uniquement les 10 jours (Suède) ou 2 semaines (Norvège) après la naissance (hors quota réservé au père dans le cadre du congé parental)

(6) les 10 jours après la naissance sont intégralement pris en charge pour la plupart des salariés dans le cadre d'accords conventionnels ou de l'entreprise

(7) Part des salaires (pour une personne gagnant la moyenne du salaire moyen) sur la durée totale du droit à congé. Pour le Portugal et l'Islande, il s'agit du taux moyen de rémunération des premières semaines réservées au père dans le cadre du congé parental.

(8) 20 jours en 2016 passé à 25 jours en 2017 et 30 jours en 2018

(9) s'y ajoutent 3 jours non rémunérés depuis 2015.

(10) la durée est passée de 70 jours (10 semaines) en 2016 à 50 jours (environ 7 semaines) en 2017 puis 30 jours (environ 4 semaines) en 2018.

Sources : International Network on Leave Policies and Research et OCDE (family database)

La France peut déjà s'enorgueillir d'appartenir au cercle des pays de l'OCDE proposant un des congés de paternité les plus longs, dans le cercle strict du congé de paternité. Celui-ci ne peut toutefois être considéré indépendamment des

congés parentaux par lesquels il est généralement suivi. S'ajoutent à ces premiers congés paternité une politique de congés parentaux composée de « quotas » réservés au père ou second parent, à savoir des périodes de congés rémunérés qui ne peuvent pas être transférés à la mère, ou au premier parent. Initialement développé par les pays nordiques, ce type de congé a été étendu, notamment grâce à la directive européenne de 2010 (1). La réforme du congé parental intervenue en France en 2015 a accompagné un mouvement qui touchait l'Autriche, l'Allemagne, la Belgique ou encore le Portugal au même moment. La variabilité de ces congés est toutefois très grande, ce qui rend toute appréciation unique sur leurs avantages, inutile. De la même manière, la République tchèque, la Roumanie, Chypre, l'Estonie et l'Italie ont toutes créé ou rallongé leur congé de paternité en 2017 ou 2018.

S'agissant du caractère obligatoire, enfin, du congé de paternité, l'étude d'impact du présent article présente le cas du Portugal. La mise en place d'une période obligatoire de dix jours en 2009, relevée par seuil à vingt jours en 2019, a contribué à faire augmenter le taux de recours de 33 % à 68 % en 2018. La part non obligatoire du congé de paternité a augmenté dans des proportions comparables.

Il ressort de l'analyse des différents dispositifs mis en place par les États membres que sont les réformes consistant à réserver une partie des congés aux pères (sous la forme d'un congé de paternité ou sous la forme d'un congé parental non transférable) qui conduisent à un fort accroissement du recours des pères à ces dispositifs, et ce, à condition que le congé soit financièrement attractif. La flexibilité des congés sous la forme de possibilités de fractionnement, d'étalement ou de report dans le temps, de partage entre parents, de possibilités de prise simultanée et alternée sont également des facteurs encourageant une plus grande prise par les pères et un meilleur partage par les deux parents.

2. Un cadre européen protecteur du droit des pères à prendre un congé

C'est dans un sens comparable de meilleur partage des rôles au sein du couple et d'une facilitation de la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle que s'est dirigée l'Union européenne dans le cadre de sa directive relative à l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants (2). Celle-ci, publiée le 20 juin 2019, visait à « *remédier au problème des stéréotypes concernant à la fois les emplois et les rôles des hommes et des femmes* » et à encourager les pères à recourir à des modalités « *permettant de concilier vie professionnelle et vie privée telles que les congés ou les formules souples de travail* », de telle sorte que la quantité de travail familial non rémunéré des femmes se réduirait d'autant.

(1) Directive 2010/18/UE du Conseil du 8 mars 2010 portant application de l'accord-cadre révisé sur le congé parental conclu par BUSINESSEUROPE, l'UEAPME, le CEEP et la CES et abrogeant la directive 96/34/C.

(2) Directive (UE) 2019/1158 du Parlement européen et du Conseil du 20 juin 2019 concernant l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée des parents et des aidants et abrogeant la directive 2010/18/UE du Conseil.

Les objectifs du congé de paternité, au sens de la directive, doivent également être de faire en sorte qu'un lien entre les pères et les enfants se tisse tôt. Pour ce faire, la directive :

– impose aux États membres de prendre « *les mesures nécessaires pour que les pères ou, le cas échéant, les personnes reconnues comme seconds parents équivalents par la législation nationale, aient le droit de prendre un congé de paternité de dix jours ouvrables, lequel doit être pris à l'occasion de la naissance de l'enfant du travailleur* » ⁽¹⁾ ;

– fait passer d'un à deux mois la durée minimale de congé parental qui ne peut pas être transférée d'un parent à l'autre ⁽²⁾ ;

– instaure un congé parental minimal de quatre mois, à prendre avant que l'enfant n'atteigne un âge déterminé pouvant aller jusqu'à 8 ans, à définir par chaque État membre ou par les conventions collectives.

D. UNE ARTICULATION À TROUVER AVEC LE CONGÉ PARENTAL

L'allongement du congé de paternité doit toutefois s'inscrire, selon votre rapporteur, dans une politique globale d'aide à la parentalité pendant les premières années de vie de l'enfant, en cohérence avec les propositions inscrites dans le rapport de la commission d'experts pour les « 1 000 premiers jours ». Cette politique globale doit évidemment prendre en compte l'adaptation des modes de garde à la part grandissante des parents dans la garde de l'enfant à sa naissance et dans ses premiers mois.

Actuellement, deux dispositions complémentaires s'ajoutent aux congés décrits *supra* et permettent, à la mère, au père, ou aux deux, d'interrompre ou de réduire leur activité professionnelle s'ils le souhaitent, jusqu'aux trois ans de l'enfant :

– le congé parental d'éducation (CPE) permet au parent d'un jeune enfant de cesser toute activité ou de se mettre à temps partiel, au plus tard jusqu'aux 3 ans de l'enfant, en ayant la garantie de retrouver son emploi ou un emploi équivalent dans son entreprise à l'issue du congé. Ce congé n'ouvre toutefois de droit à aucune indemnisation ;

– la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE).

(1) Article 4 de la même directive.

(2) Article 5 de la même directive.

Les conditions d'attribution de la PreParE

Créée en 2014, la PreParE est une prestation destinée à permettre à l'un des deux parents, voire aux deux, de cesser, ou de réduire, leur activité professionnelle en vue de s'occuper de leur enfant jusqu'à l'âge de trois ans.

En 2020, cette prestation s'élevait à 398,39 euros par mois en cas d'arrêt total de l'activité professionnelle, à condition de justifier au moins huit trimestres de cotisations vieillesse dans les deux dernières années pour un premier enfant. Elle n'est pas soumise à des conditions de ressources si le salarié arrête totalement son activité.

Pour le premier enfant, chaque membre du couple peut bénéficier de la PreParE pendant six mois maximum dans la limite du premier anniversaire de l'enfant. Un parent isolé peut bénéficier de la PreParE dans la limite du premier anniversaire de l'enfant, donc pour une durée d'un an.

S'il y a au moins un autre enfant au foyer, chacun des membres du foyer peut bénéficier de la PreParE pendant vingt-quatre mois maximum dans la limite des 3 ans du dernier né. Si les deux conjoints souhaitent recevoir la PreParE le même mois, le montant cumulé des deux prestations sera limité au montant d'un seul taux plein.

Le bénéfice de cette prestation est également accessible aux parents adoptant, qui peuvent bénéficier de la PreParE pendant la première année de présence au foyer de l'enfant.

Cette prestation peut être majorée ou prolongée, sous conditions.

S'agissant de sa majoration, celle-ci est possible jusqu'à un plafond de 651,19 euros en 2020 pour les parents de plus de trois enfants, sur une période plus courte. Chaque membre du couple peut recevoir la PreParE pendant huit mois maximum dans la limite du premier anniversaire du dernier né ; un parent seul peut en bénéficier dans la limite du premier anniversaire de l'enfant.

S'agissant de sa prolongation, elle couvre les cas de refus d'accueil de l'enfant en crèche ou en maternelle, pour les familles ayant deux enfants à leur charge et qui percevaient déjà, le mois précédent, la prestation. Dans cette hypothèse, et sous condition de ressources, la prestation est versée jusqu'à la rentrée scolaire suivant les 3 ans de l'enfant sauf s'il est admis à l'école ou à la crèche avant.

Le coût de la PreParE était estimé à hauteur de 1,2 milliard d'euros en 2019 ⁽¹⁾.

Il est à noter que le congé parental peut-être plus long que la durée du versement de la PreParE : si un couple a un seul enfant à charge, la prestation est versée pendant six mois à chaque parent et s'arrête au premier anniversaire de l'enfant, même si le congé continue au-delà de cette date. Après le congé, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire avec une rémunération équivalente.

La réforme du congé parental de 2015 ⁽²⁾ s'est toutefois soldée jusqu'à présent par un échec, puisque, en 2016, seuls 4,4 % des pères ont pris un congé

(1) *Rapport de l'IGAS sur la mission d'évaluation du congé parental d'éducation et de la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PreParE) ; avril 2019.*

(2) *Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes.*

– faciliter le développement des établissements d'accueil du jeune enfant et des crèches au plus proche des entreprises, pour y encourager la prise en compte des situations familiales et, partant, la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle ;

– encourager l'adaptation des crèches, notamment s'agissant de leur amplitude horaire, à l'ensemble des travailleurs, y compris ceux qui sont en horaires atypiques.

L'allongement du congé de paternité doit donc s'inscrire dans une réforme globale du congé et de l'accueil de l'enfant dans les 1 000 premiers jours, ainsi que du soutien à la parentalité, dans les trois premières années de la vie de l'enfant.

Au total, la rapporteure partage l'analyse des travaux effectués jusqu'ici sur la question, menés notamment par le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, pour estimer que trois arguments plaident pour la mise en place d'un congé allongé et en partie obligatoire :

– favoriser la diffusion du congé de paternité et garantir l'effectivité du droit ainsi que l'égal accès pour tous les travailleurs : protection de leurs droits face aux employeurs et aux pairs, avant tout dans des milieux professionnels où ce n'est pas la norme, la faible part de congés de paternité entraînant un cercle vicieux de non-recours. Cette obligation est particulièrement pertinente pour les travailleurs ayant recours à des contrats courts ou dans des situations professionnelles précaires, pour lesquels une telle obligation diminue la crainte qu'une décision individuelle pourrait avoir comme conséquence sur l'évolution de leurs carrières ou même le renouvellement de leurs contrats ;

– diminuer l'inégalité professionnelle qui pourrait biaiser les anticipations des employeurs. Le caractère obligatoire du congé de paternité permettrait ainsi de ne plus faire reposer uniquement sur les salariées le risque d'un congé obligatoire, risque qui entraîne actuellement une perception biaisée entre les hommes et les femmes, au stade de leur embauche comme aux différents stades de leur carrière ;

– assurer la sécurité sanitaire des mères. La Haute Autorité de santé recommande ainsi de ne pas laisser les mères seules dans les premiers jours de la sortie de la maternité, tant pour sa santé propre que pour celle du nouveau-né.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : ALLONGER LE CONGÉ DE PATERNITÉ ET LE RENDRE EN PARTIE OBLIGATOIRE POUR GARANTIR L'EFFECTIVITÉ DE CE NOUVEAU DROIT

A. UN CONGÉ ALLONGÉ

1. Un allongement de la durée...

La durée du congé de paternité, actuellement définie à l'article L. 1225-35 du code du travail à onze jours consécutifs pour une naissance simple et dix-huit jours pour une naissance multiple, est modifiée par le 1° du **I** sous deux angles :

– le congé est étendu à vingt-cinq jours calendaires pour une naissance « simple » et à trente-deux jours calendaires ⁽¹⁾ pour des naissances multiples ;

– la dimension consécutive du congé est supprimée, ouvrant la voie à la prise d'un congé fractionnable.

Ce nouveau congé de vingt-cinq jours est toutefois divisé par le **b** du 1° du **I** en deux parties distinctes, à savoir :

– une période de quatre jours consécutifs, qui suivent immédiatement les trois jours du congé de naissance mentionnés au 3° de l'article L. 3142-1 du même code. Cette partie, non fractionnable, doit donc être prise aussi proche que possible de la naissance de l'enfant. Le 5° du **I** précise ainsi que ce congé de naissance peut être pris, en fonction du choix du salarié, soit le jour de la naissance, soit au premier jour ouvrable qui suit la naissance ;

– une période de vingt et un jours, ou vingt-huit en cas de naissances multiples, pour laquelle il n'est pas fixé dans le texte de la loi elle-même de délai de prise.

Ce dernier est renvoyé à un décret, au **b** du 1° du **I**, tout comme le délai de prévenance auparavant fixé à un mois dans un alinéa abrogé par le **c** du 1° du **I**. Le décret comprendra également les dispositions relatives au délai dans lequel peut être pris le congé, qui est aujourd'hui de quatre mois, tout comme les modalités de fractionnement de la part non obligatoire du congé de paternité.

Le même alinéa précise néanmoins que les délais de prévenance quant à la date prévisionnelle de l'accouchement, aux dates auxquelles sont pris les congés de la période non obligatoire et à la durée de ces congés doivent être compris entre quinze jours et deux mois.

Cette modification de la durée du congé de paternité altère également la mesure récemment intégrée autorisant un congé de paternité pour les pères d'enfants

(1) On entend par jours calendaires, dans l'application du code du travail, l'ensemble des jours inscrits au calendrier, y compris les jours fériés ou les jours chômés.

hospitalisés immédiatement dans une unité de soins spécialisée. Jusqu'ici prévu pour prolonger la durée du congé pendant la durée de l'hospitalisation, dans la limite d'une durée de trente jours, ce congé sera accolé à la partie initiale de sept jours, en application du **d**, sans préjudice de la prise ultérieure des vingt et un jours restants.

2. ... qui entraîne une augmentation de la durée d'indemnisation

La durée d'indemnisation est adaptée à la durée nouvelle du congé de paternité au **2°** du **II**. Cette indemnisation, ouverte et liquidée selon les mêmes modalités que l'indemnisation à raison du congé de maternité, est donc versée pour la durée du congé, soit un maximum de vingt-cinq jours, porté à trente-deux jours pour les naissances multiples. Ce bénéfice s'applique à l'ensemble des assurés, qu'ils soient salariés ou affiliés au régime agricole.

L'extension de la durée d'indemnisation pour les pères qui relèvent du régime des travailleurs indépendants sera identique à celle applicable aux salariés, tout comme pour les travailleurs agricoles. Cette harmonisation est renvoyée à un décret. Les modalités d'extension du congé de paternité et de sa part obligatoire pour les agents de la fonction publique seront inscrites dans une ordonnance, prise dans le cadre de l'habilitation à légiférer par ce biais adoptée au sein de la loi de transformation de la fonction publique ⁽¹⁾, garantissant une égalité de traitement pour l'ensemble des pères et seconds parents éligibles à ce dispositif.

La condition pour bénéficier des indemnités journalières n'est pas modifiée, puisqu'il s'agit toujours de cesser toute activité salariée ou assimilée pendant la période. Il est toutefois ajouté un minimum de quatre jours, correspondant à la première période de congé consécutif pris en charge par la sécurité sociale.

B. UN CONGÉ POUR PARTIE OBLIGATOIRE

1. Une interdiction d'emploi des salariés

En cohérence avec la volonté du Gouvernement et de la majorité de s'assurer du caractère effectif du nouveau droit ouvert aux pères et aux seconds parents, une portion du congé de paternité est désormais obligatoire.

Cette part a été établie à sept jours pour les salariés, dans le nouvel article L. 1225-35-1 du code du travail créé par le **2°** du **I** et prend la forme d'une interdiction d'emploi. Cette disposition, particulièrement contraignante, est toutefois identique à celle qui s'applique actuellement aux mères, pendant une période de huit semaines au total et de six semaines à la suite de leur accouchement, selon l'article L. 1225-29 du code du travail.

(1) Article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, dont le délai d'habilitation a été prolongé par l'article 14 de la loi n° 2020 290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de covid-19. L'ordonnance doit donc être prise avant le 7 décembre 2020.

La période où il sera interdit au salarié d'exercer son emploi a été distinguée entre le congé de naissance de trois jours et le congé immédiatement consécutif de quatre jours, pris en charge par la sécurité sociale. Cette période peut toutefois être décalée si le travailleur est alors en congé, à raison de ses congés payés ou de tout autre congé pour événement familial. Il est par ailleurs évident que les salariés qui ne remplissent pas les conditions d'emploi préalable et d'ancienneté vues *supra* pour obtenir les indemnités journalières versées dans un congé de paternité ne sont pas soumis à l'obligation de cesser toute activité, comme il est précisé au même 2° du I.

Cette période obligatoire est prolongée dans les conditions de droit commun si l'état de santé du nouveau-né nécessite son hospitalisation. Le père ou, le cas échéant, le titulaire du droit au congé, ne pourra toutefois, dans ces conditions, se voir opposer l'omission du délai de prévenance auquel il est normalement soumis.

Il est enfin précisé de manière supplétive que l'ensemble des jours « de congés familiaux » définis à l'article L. 3142-4 du code du travail sont des jours ouvrables, soit tous les jours de semaine, à l'exception du jour de repos hebdomadaire et de l'ensemble des jours fériés.

2. Une obligation de cesser toute activité pour les agriculteurs et les travailleurs indépendants

Le 3° du II adapte cette obligation aux travailleurs indépendants, qui ne sont pas soumis à une interdiction d'emploi au sens strict, mais qui ne peuvent bénéficier de l'indemnisation de leur congé qu'à la condition de cesser toute activité pendant une durée minimale. Celle-ci doit encore être définie par décret, mais elle sera alignée sur la période de sept jours applicable aux salariés.

De même, le III prévoit une période minimale définie par décret pendant laquelle le travailleur agricole devra cesser toute activité et se faire remplacer par du personnel salarié, sans quoi il ne pourra prétendre à l'indemnisation du congé.

Cette extension constitue un prolongement du dispositif actuel. Si l'interdiction d'emploi constitue une novation, celle-ci n'est aucunement de nature à fragiliser le dispositif. Déjà applicable aux mères, cette interdiction met en jeu le droit à l'emploi et le respect de la vie privée, constitutionnellement garantis, avec la poursuite des objectifs de protection de la santé de la mère et de l'enfant. Ces derniers, amplement justifiés par la littérature scientifique, commandent la constitutionnalité de cette interdiction d'emploi.

Le coût global de la mesure, en fonction de l'adoption progressive de sa dimension non obligatoire, est le suivant :

**IMPACT DE L'ÉVOLUTION DU CONGÉ DE PATERNITÉ
SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE**

(en millions d'euros)

Année	Coût de la part obligatoire	Coût de l'extension	Coût total de l'allongement du congé de paternité
2021	16	245	261
2022	32	490	522
2023	56	490	546

Source : commission des affaires sociales à partir des données fournies par le Gouvernement.

C. UNE ADAPTATION DU CONGÉ POUR ADOPTION

En cohérence avec l'extension du congé de paternité à l'occasion d'une naissance, le congé d'adoption est également étendu. Le 3° du I modifie en ce sens les dispositions applicables à l'article L. 1225-40 du code du travail, étendant le congé pour adoption de onze à vingt-cinq, ainsi que de dix-huit à trente-deux jours en cas de naissance multiple.

Ce congé pour adoption, ouvert aux couples de même sexe, y compris les couples d'hommes, ne peut toutefois être pris qu'à la condition d'être réparti entre les deux parents, à raison d'une période minimale de onze jours. Ces caractéristiques ne changent pas.

Les modalités d'indemnisation de ce congé sont étendues de la même manière au 1° du II.

D. DES ADAPTATIONS RÉDACTIONNELLES

L'article L. 3142-1 du code du travail a précisé au 4° du I quelles étaient les personnes éligibles au congé lui-même, à savoir le père ou le second parent, lié à la mère par un PACS, un mariage ou un concubinage.

Le congé d'adoption a, quant à lui, été distingué plus nettement du congé de naissance devant désormais obligatoirement être pris dans un temps contraint, par le **b** du 4° du I et le **b** du 5° du I.

Enfin, le **a** du 1° du I et le **a** du 2° du II participent de la nouvelle rédaction générale remplaçant le terme de « personne vivant maritalement » avec la mère par le terme de « concubin ». Défini comme une « *union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple* », le concubinage présente l'avantage de la précision et de la simplicité sur celle d'une vie commune sous un régime marital.

E. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR AU 1^{ER} JUILLET 2021

L'entrée en vigueur de ce nouveau congé de paternité est prévue dès le 1^{er} juillet 2021, pour l'ensemble des enfants nés après cette date. Des dérogations à cette date sont toutefois prévues, au titre des enfants nés prématurément, alors que la date conventionnelle de l'accouchement était postérieure au 30 juin 2021. Les modalités relatives au délai de prévenance de l'employeur sur le terme s'appliquent toutefois dans les conditions antérieures à la publication de la loi, dès lors que ce terme est prévu avant le 1^{er} juillet 2021.

*

* *

CHAPITRE III
Tirer les conséquences de la crise sanitaire

Article 36

Adaptation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

Adopté par la commission sans modification

Cet article tire les leçons de la crise sanitaire de la covid-19 et adapte le dispositif autorisant le Gouvernement, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, à prendre par décret des règles de prise en charge renforcée dérogatoires aux règles de droit commun. Cet article :

- rend le dispositif plus réactif et plus souple (les mesures dérogatoires exceptionnelles prévues par décret pourront avoir un caractère rétroactif et le projet de décret les prévoyant ne fera pas l'objet des procédures de consultation obligatoires habituelles) ;
- étend le champ des dérogations possibles (le Gouvernement pourra notamment déroger, par décret, aux conditions ainsi qu'aux durées d'attribution de la complémentaire santé solidaire, de l'aide médicale de l'État ou du complément employeur) ;
- élargit le champ des bénéficiaires des mesures dérogatoires (l'ensemble des régimes spéciaux pourront bénéficier des dérogations liées au versement de prestations maladie, maternité et décès en espèce ; les personnes sans droit à la protection universelle maladie (PUMA) pourront voir leurs frais de santé pris en charge par l'assurance maladie).

I. L'ÉTAT DU DROIT : LE DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE EXCEPTIONNELLE PAR L'ASSURANCE MALADIE A MONTRÉ QUELQUES LIMITES PENDANT LA CRISE DE LA COVID-19

Jusqu'en 2019, les dispositifs prévus pour améliorer l'accès aux soins et leur prise en charge en cas de risque sanitaire reposaient sur un cadre juridique non sécurisé ⁽¹⁾ et sans mode de financement préétabli.

A. UN DISPOSITIF NOVATEUR MIS EN PLACE EN 2019

Afin de répondre à l'impératif de réactivité inhérent aux situations de crise, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽²⁾ a prévu la possibilité de mettre en place, par décret, des règles de prise en charge renforcée, dérogatoires aux règles de droit commun, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

L'article L. 16-10-1 du code de la santé publique, créé par la loi précitée, prévoit ainsi qu'en cas de « risque sanitaire grave et exceptionnel » nécessitant la prise de mesures en urgence, un décret peut prévoir une prise en charge dérogatoire

(1) Les dispositifs reposaient sur des lettres ministérielles.

(2) Article 54 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèces pendant une durée limitée à un an.

Les huit formes de dérogations possibles sont listées précisément du 1° au 8° de l'article L. 16-10-1 :

– la dérogation prévue au 1° porte sur la participation de l'assuré au titre du ticket modérateur (I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale), du forfait de 18 euros pour les actes dépassant un certain montant (I de l'article L. 160-13 du même code), de la participation forfaitaire de l'assuré de 1 euro pour toute consultation ou acte médicale (II de l'article L. 160-13 du même code) ainsi que de la franchise à la charge de l'assuré pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires (III de l'article L. 160-13 du même code) ;

– la dérogation prévue au 2° porte sur le forfait hospitalier (article L. 174-4 du même code) ;

– les dérogations prévues aux 3° et 4° portent sur la prise en charge par l'assurance maladie des dépassements d'honoraires ainsi que sur la prise en charge des dépassements tarifaires sur les dispositifs médicaux et les prothèses dentaires ;

– la dérogation prévue au 5° porte sur les conditions dans lesquelles le droit commun limite à certaines situations la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de certaines prestations ou produits de santé ;

– la dérogation prévue au 6° porte sur les conditions d'ouverture de droit aux prestations en espèces des assurances maternité et décès des personnes rattachées au régime général (article L. 313-1 du code de la sécurité sociale), des travailleurs indépendants (article L. 622-3 du même code) et des personnes non salariées des professions agricoles (article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime) ;

– la dérogation prévue au 7° porte sur le délai de carence à l'expiration duquel sont versées les indemnités journalières des personnes rattachées au régime général (premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale) et des personnes non salariées des professions agricoles (articles L. 732-4 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime) ;

– la dérogation prévue au 8° porte, elle, sur le délai d'envoi de l'avis d'arrêt de travail en cas d'interruption de travail pour les incapacités de travail (articles L. 321-2 du code de la sécurité sociale et L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime) et pour les accidents de travail (articles L. 441-1 et L. 441-2 du code de la sécurité sociale et L. 751-26 et L. 752-24 du code rural et de la pêche maritime).

B. UN DISPOSITIF D'UNE GRANDE UTILITÉ PENDANT LA CRISE SANITAIRE DE LA COVID-19

Pendant la crise de la covid-19, l'article L. 16-10-1 du code de la santé publique s'est révélé être extrêmement utile pour limiter les impacts de l'épidémie sur l'état de santé des assurés exposés mais aussi pour éviter la propagation du risque à l'ensemble de la population.

1. Les prestations en espèces

Le Gouvernement a rapidement pris par décret, sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du code de la santé publique, un certain nombre des mesures dérogatoires concernant les prestations en espèces de l'assurance maladie :

– pour les personnes faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de maintien à domicile et pour les parents d'enfant contraints de garder leur enfant, le Gouvernement a prévu l'octroi d'indemnités journalières, sans que soient remplies les conditions d'ouverture de droit relatives aux durées minimales d'activité ou à une contributivité minimale. Il a également permis, pour ces mêmes personnes, le versement d'indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt (décrets n° 2020-73 du 31 janvier 2020 et n° 2020-227 du 9 mars 2020) ;

– pour les parents d'enfants handicapés se trouvant dans l'impossibilité de télétravailler, le Gouvernement a mis en place des arrêts de travail dérogatoires (décret n° 2020-459 du 21 avril 2020).

2. Les frais de santé

Des mesures dérogatoires concernant la prise en charge des frais de santé ont pu être adoptées par décret sur le fondement de l'article L. 16-10-1 du code de la santé publique. Les actes de télé médecine pour les personnes atteintes ou potentiellement infectées par le coronavirus ont vu leur prise en charge renforcée ⁽¹⁾. La participation de l'assuré aux frais de santé ci-après a été supprimée :

– ceux liés aux actes et consultations réalisés dans les centres ambulatoires dédiés à la covid-19 (décret n° 2020-459 du 21 avril 2020) ;

– ceux liés aux tests RT-PCR de dépistage du covid-19 (décret n° 2020-520 du 5 mai 2020) ;

– ceux liés au test sérologique de recherche des anticorps au virus SARS-CoV-2 (décret n° 2020-637 du 27 mai 2020) ;

– ceux liés à la consultation de suivi des personnes vulnérables face à l'épidémie de covid-19 réalisée à la sortie de la période de confinement, ceux liés à

(1) Pour plus d'éléments, voir le commentaire de l'article 32 du PLFSS 2021.

la consultation réalisée suite au dépistage positif de l'assuré infecté par le covid-19 et à la consultation de « *contact tracing* » (décret n° 2020-637 du 27 mai 2020).

C. LES LIMITES DU DISPOSITIF ACTUEL

1. Les prises en charges exceptionnelles ne sont possibles que pour les actes et prestations directement en lien avec le risque en cause

Le pouvoir réglementaire ne peut aujourd'hui prévoir des prises en charges exceptionnelles par l'assurance maladie que pour les « *actes et prestations directement en lien avec le risque en cause* » (alinéa 11 de l'article L. 16-10-1).

Pendant la crise sanitaire, le pouvoir réglementaire n'était donc pas compétent pour faire bénéficier d'une prise en charge renforcée par l'assurance maladie les actes indirectement liés à la covid-19 (comme, par exemple, les téléconsultations et actes de télésoin sans lien avec l'épidémie, mais rendus nécessaires par le confinement). C'est la raison pour laquelle le Parlement a dû habiliter le Gouvernement à prendre, par ordonnance ⁽¹⁾, des dispositions d'ordre législatif supprimant le ticket modérateur pour l'ensemble des actes de téléconsultation ou de télésoin.

2. Le pouvoir réglementaire ne peut pas fixer de règles dérogatoires concernant les conditions d'ouverture ou de prolongation de droits

Le pouvoir réglementaire ne peut pas aujourd'hui déroger aux règles d'ouverture ou de prolongation de droits en matière de santé.

Pendant la crise sanitaire, la question du prolongement et du renouvellement des droits de certains assurés sociaux bénéficiant de prestations non nécessairement en lien avec l'épidémie de covid 19 s'est posée. Les caisses de sécurité sociale étant profondément affectées par les mesures de confinement, il n'était, en effet, pas certain qu'elles puissent répondre à l'ensemble des demandes de renouvellement. Or, au plus fort de l'épidémie, il était essentiel d'éviter des ruptures de droits.

Des dispositions de nature législative ⁽²⁾ ont été nécessaires pour prolonger les droits sociaux des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé (ACS) ou de l'aide médicale de l'État (AME).

(1) Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 portant diverses dispositions sociales pour faire face à l'épidémie de covid-19.

(2) Ainsi, l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux a prolongé de trois mois les droits des bénéficiaires de la CSS arrivant à échéance entre le 25 mars et le 1^{er} juillet 2020 et a prolongé les contrats d'ACS jusqu'au 1^{er} juillet 2020. Elle a également prolongé de trois mois, à compter de leur date d'échéance, les droits à l'aide médicale de l'État (AME) arrivant à expiration entre le 12 mars et le 1^{er} juillet.

3. Le pouvoir réglementaire ne peut pas modifier le calcul de la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées

Comme le prévoit le 7° de l'article L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale, le pouvoir réglementaire peut, en cas d'urgence, supprimer le délai de carence relatif au versement des indemnités journalières (prévu au premier alinéa de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale) mais il ne peut pas modifier les conditions relatives à la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées (prévues aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale).

Ainsi, une ordonnance ⁽¹⁾ a été nécessaire pour faire en sorte que les indemnités journalières versées pendant la période d'état d'urgence sanitaire soient exclues du nombre maximal ou de la période maximale de versement d'indemnités journalières. L'objectif était de ne pas pénaliser les assurés qui se trouvaient en situation de fin de droits aux indemnités journalières.

4. Le pouvoir réglementaire ne peut pas fixer de règles dérogatoires concernant les modalités d'attribution du complément employeur

Le complément employeur prévu à l'article L. 1226-1 du code du travail, également appelé indemnité complémentaire à l'allocation journalière, est versé sous certaines conditions par l'employeur à son salarié en cas d'absence au travail justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident. Le taux, les délais et les modalités de calcul de l'indemnité complémentaire sont déterminés par voie réglementaire.

Pendant la crise, le Gouvernement a pu modifier par simple décret les dispositions d'ordre réglementaire :

– le délai de carence a été supprimé pour les arrêts de travail (décret n° 2020-193 du 4 mars 2020) ⁽²⁾;

– à compter du 12 mars jusqu'au 30 avril 2020, le montant de l'indemnité complémentaire a été maintenu à 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler, et ce pour tous les salariés qui bénéficiaient d'un arrêt de travail, quelle que soit la durée d'indemnisation (décret n° 2020-434 du 16 avril 2020) ;

– le calcul de la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées a été modifié ⁽³⁾ (décret n° 2020-434 du 16 avril 2020).

(1) Ordonnance n° 2020-428 du 15 avril 2020 précitée.

(2) Sauf pour ceux justifiés par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident sans lien avec la covid-19, ayant commencé entre le 12 et le 23 mars 2020, pour lesquels le délai de carence a été fixé à trois jours (décret n° 2020-434 du 16 avril 2020).

(3) Ni les durées des indemnités effectuées au cours des douze mois antérieurs à la date de début de l'arrêt de travail concerné ni les durées des indemnités effectuées au cours de cette période n'ont été prises en compte pour le calcul de la durée totale d'indemnisation au cours de douze mois.

Par contre, des ordonnances ont été nécessaires pour modifier les conditions et les modalités d'attribution du complément employeur, qui sont des dispositions de nature législative :

– l'ordonnance n° 2020-322 du 25 mars 2020 a levé certaines conditions prévues dans le droit commun pour le versement du complément employeur, afin d'en faire bénéficier de manière égale les salariés quelle que soit leur ancienneté et d'en faire bénéficier les salariés travaillant à domicile, les salariés saisonniers, les salariés intermittents et les salariés temporaires ;

– l'ordonnance n° 2020-428 a permis à ces dérogations de s'appliquer rétroactivement aux arrêts de travail en cours au 12 mars 2020.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN ÉLARGISSEMENT DES MESURES DÉROGATOIRES QUE LE POUVOIR RÉGLEMENTAIRE PEUT PRENDRE EN CAS DE RISQUE SANITAIRE GRAVE

Le dispositif proposé complète le dispositif existant afin de pouvoir répondre de manière plus rapide et plus adaptée aux risques sanitaires graves à venir. Étant donné le caractère exceptionnel et imprévisible de la dépense, il est impossible de procéder à une estimation précise des conséquences financières du présent article.

A. RENDRE LE DISPOSITIF PLUS RÉACTIF ET PLUS SOUPLE

Le 4° du I et le 6° du II permettent l'application rétroactive des dispositions dérogatoires pendant le mois précédant la publication du décret qui les prévoit.

Le 5° du I dispense les décrets prévoyant des mesures dérogatoires de toutes les consultations obligatoires prévues par des dispositions législatives ou réglementaires. Il remplace la procédure de consultation des caisses de la sécurité sociale, prévue à l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale, par une simple procédure d'information.

B. ÉLARGIR LE CHAMP DES BÉNÉFICIAIRES DES MESURES DÉROGATOIRES

Le 2° élargit le champ des bénéficiaires des mesures dérogatoires.

L'alinéa 6 donne la possibilité au pouvoir réglementaire de modifier, en cas de risque sanitaire grave, les conditions de stabilité et de régularité de résidence pour l'affiliation à la protection universelle maladie (PUMA). Cette disposition pourrait notamment permettre une prise en charge, par l'assurance maladie, des frais de santé des personnes ne travaillant pas et ne résidant pas en France de manière stable depuis plus de trois mois.

L'alinéa 7 permet aux bénéficiaires de l'ensemble des régimes spéciaux, et non plus seulement uniquement aux personnes affiliées au régime général, aux travailleurs indépendants et aux personnes non salariées des professions agricoles, de bénéficier des dérogations liées au versement de prestations maladie, maternité et décès en espèce. Cette disposition permettra d'éviter ce qui a dû être fait pendant la crise sanitaire, à savoir une transposition *ad hoc*, régime spécial par régime spécial, des mesures dérogatoires.

C. ÉTENDRE LE CHAMP DES DÉROGATIONS POSSIBLES

Le projet de loi ne supprime aucune des dérogations prévues par l'article L. 16-10-1 en vigueur. Il ne fait qu'ajouter de nouvelles dérogations.

Le 3° du I prévoit que les dérogations pourront être prévues, non seulement pour les actes et prestations « *directement en lien avec le risque sanitaire en cause* », mais également pour ceux « *nécessaires à la limitation de la propagation des effets de ce risque* » et pour les personnes qui y sont indirectement exposées.

Le 2° du I permet au pouvoir réglementaire, en cas de risque sanitaire grave, de prendre davantage de mesures dérogatoires améliorant la prise en charge des frais de santé de la population et les conditions d'attribution des prestations en espèce.

1. Les frais de santé

L'alinéa 4 permet au pouvoir réglementaire de décider d'une prise en charge par l'assurance maladie d'actes et de prestations de santé qui ne sont, dans le droit commun, pas du tout prises en charge. Cette disposition pourrait trouver à s'appliquer pour la prise en charge de tests de dépistage ou l'achat de masques.

L'alinéa 5 ouvre la possibilité de déroger, par la voie réglementaire, aux conditions ainsi qu'aux durées d'attribution des droits à la CSS, à l'AME et aux soins urgents ⁽¹⁾. Cette disposition permettrait au pouvoir réglementaire d'assouplir les conditions d'éligibilité à ces aides et prestations ou bien de prolonger automatiquement les droits de leurs bénéficiaires.

2. Les prestations en espèce

a. Les prestations en espèce d'assurance maladie, maternité et décès

Les alinéas 7 à 11 reprennent, tout en les complétant, les dispositions figurant aux 6°, 7° et 8° de l'article L. 16-10-1, à savoir les dérogations relatives aux prestations en espèce prévues pour les personnes affiliées au régime général,

(1) L'article L. 254-1 du code de la sécurité sociale permet la prise en charge des soins dispensés aux étrangers résidant en France sans remplir la condition de régularité pour bénéficier de la PUMA et qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ainsi que la prise en charge des soins dispensés aux demandeurs d'asile majeurs qui ne relèvent pas du régime général d'assurance maladie. Une dotation forfaitaire est versée à ce titre par l'État à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

les travailleurs indépendants et les personnes non salariées des professions agricoles. L'actuel 6° de l'article L. 16-10-1 devient le 9°a, l'actuel 7° devient le 9°b ⁽¹⁾ et l'actuel 8° devient 10°.

L'alinéa 7 étend ces dérogations à l'ensemble des personnes affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale, qu'il s'agisse du régime général ou d'un régime spécial prévu à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

L'alinéa 10 élargit le champ des dérogations possibles afin de permettre au pouvoir réglementaire de modifier la manière dont est calculée la durée maximale pendant laquelle des indemnités journalières peuvent être versées.

b. Le complément employeur

Le **II** de l'article renumérote l'article L. 1226-1-1 du code du travail (ce dernier devient l'article L. 1226-1-2) et substitue à l'actuel article L. 1226-1-1 un nouvel article portant sur les mesures dérogatoires pouvant être prises par décret en matière de complément employeur en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

Les alinéas 21 à 24 précisent les dispositions de nature législative relatives au complément employeur auxquelles il sera possible de déroger par décret en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel :

– la condition, pour pouvoir bénéficier de l'indemnité complémentaire, d'avoir au moins une année d'ancienneté dans l'entreprise (alinéa 22) ;

– les conditions, pour pouvoir bénéficier de l'indemnité complémentaire, d'avoir justifié dans les quarante-huit heures d'une incapacité ⁽²⁾ et d'être soigné sur le territoire français ou dans l'un des autres États membres de la Communauté européenne ou dans l'un des autres États partie à l'accord sur l'Espace économique européen (alinéa 23) ;

– l'impossibilité, pour les salariés travaillant à domicile, les salariés saisonniers, les salariés intermittents et les salariés temporaires, de bénéficier de l'indemnité complémentaire (alinéa 24).

Les alinéas 25 à 27 précisent les dispositions de nature réglementaire relatives au complément employeur auxquelles il sera possible de déroger par décret en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel :

– le taux de l'indemnité complémentaire (alinéa 25) ;

– les délais de carence (alinéa 26) ;

(1) Sauf pour ceux justifiés par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident sans lien avec la covid-19, ayant commencé entre le 12 et le 23 mars 2020, pour lesquels le délai de carence a été fixé à trois jours (décret n° 2020-434 du 16 avril 2020).

(2) Le projet de loi comporte une erreur de référence, confirmée par le Gouvernement au rapporteur général. L'article visé à l'alinéa 9 est bien l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale et non pas l'article L. 321-2.

– les modalités de calcul de l’indemnité complémentaire (alinéa 27).

Le rapporteur général note que ces alinéas n’ont pas de réelle portée législative, le pouvoir réglementaire pouvant déjà modifier les taux, délais et modalités de calcul de l’indemnité complémentaire.

D. L’ARTICLE ADAPTE LE CONTENTIEUX DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN CAS DE RISQUE SANITAIRE GRAVE

Le 2° du I, à l’alinéa 12, permet au pouvoir réglementaire de modifier ou suspendre le délai dans lequel les recours préalables contre les décisions d’organismes de sécurité sociale doivent être formés ⁽¹⁾. Le droit commun prévoit aujourd’hui que la commission de recours amiable doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation (article R. 142-1 du code de la sécurité sociale).

Le même alinéa permet au pouvoir réglementaire de modifier les délais à l’issue desquels la décision (avis ou accord) sur le recours préalable doit être portée à la connaissance du requérant. Pour rappel, le droit commun prévoit que si une décision n’est pas intervenue dans un délai de deux mois à compter de la réception de la réclamation par l’organisme de sécurité sociale, l’intéressé peut considérer sa demande comme rejetée (article R. 142-6 du code de la sécurité sociale).

*

* *

(1) À l’instar du III de l’article 3 de l’ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020.

Article 37

Transfert à la sécurité sociale de l'allocation supplémentaire d'invalidité

Adopté par la commission sans modification

Cet article modifie les modalités de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), laquelle vise à garantir un minimum de ressources aux bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou d'un avantage vieillesse atteints d'une invalidité générale réduisant leur capacité de travail ou de gain d'au moins deux tiers.

Il prévoit de transférer le financement de l'ASI de l'État à la branche maladie (environ 0,3 milliard d'euros). Il reviendra donc à un fonds dédié au sein de la CNAM, et non plus au fonds spécial d'invalidité, de rembourser les autres régimes obligatoires de base pour leurs dépenses d'ASI. Les ressources du fonds seront constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). La CNAM sera compensée de cette nouvelle charge par l'affectation d'une fraction de TVA.

I. LE DROIT EXISTANT : UNE ALLOCATION QUI DÉPEND ENCORE DU BUDGET DE L'ÉTAT ET DONT LE MONTANT A ÉTÉ PEU REVALORISÉ JUSQU'À PRÉSENT

Contrairement aux pensions d'invalidité financées par la branche maladie, l'ASI est financée par l'État. Ce mode de financement interroge, tant les deux prestations sont liées.

Initialement aligné sur celui du minimum vieillesse, le montant du plafond de l'ASI n'a plus suivi, à partir de 2009, les revalorisations successives de ce dernier. Malgré la revalorisation de l'ASI décidée par le Gouvernement au 1^{er} avril 2020, le montant du plafond de l'ASI demeure beaucoup plus faible que celui d'autres aides auxquelles l'ASI peut être comparée.

A. L'ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE D'INVALIDITÉ VISE À ASSURER UN NIVEAU DE RESSOURCES MINIMAL AUX PERSONNES INVALIDES

Lorsque les ressources du titulaire d'une pension d'invalidité, de réversion, de retraite anticipée pour handicap, carrière longue ou pénibilité sont inférieures à un certain montant, elles peuvent être complétées par l'ASI.

1. Les conditions requises pour bénéficier de l'ASI

L'ASI, créée par la loi du 2 août 1957 ⁽¹⁾ et définie à l'article L. 815-24 du code de la sécurité sociale, est un « minimum social » versé aux personnes atteintes d'une invalidité générale réduisant de deux tiers leur capacité de travail ou de gain ⁽²⁾, résidant en France et disposant de faibles ressources, à condition qu'elles

(1) Loi n° 57-874 du 2 août 1957 étendant le bénéfice de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité aux invalides, infirmes, aveugles et grands infirmes.

(2) Articles L. 815-24 et R. 815-58 du code de la sécurité sociale.

perçoivent au moins l'une des pensions suivantes : une pension d'invalidité, une pension de réversion, une pension d'invalidité de veuf ou de veuve, une pension de retraite anticipée pour handicap ou carrière longue ou bien une pension de retraite anticipée pour pénibilité.

L'ASI est attribuée si le total des ressources ⁽¹⁾ personnelles de l'intéressé et, s'il y a lieu, de celles du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret (article D. 815-19-1 du code de la sécurité sociale). Le montant des plafonds est, depuis le 1^{er} avril 2020 :

- pour une personne seule : 750 euros par mois (9 000 euros par an) ;
- pour un couple : 1 312,50 euros par mois (15 750 euros par an).

L'ASI est une allocation différentielle. Le montant d'ASI versé à un bénéficiaire correspond donc à la différence entre le plafond de ressources mentionné ci-dessus et le revenu initial du foyer.

Les modifications apportées par la loi de finances pour 2020 ⁽¹⁾

La loi de finances pour 2020 a modifié les articles L. 815-24 et L. 815-24-1 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾ pour entériner le caractère différentiel de l'ASI. Elle a aligné le niveau de ressources garanti par l'ASI avec le plafond de ressources en deçà duquel une personne peut bénéficier de l'allocation. Jusqu'alors, le montant maximal du cumul de la pension d'invalidité et de l'ASI (705,88 €) n'atteignait pas le plafond de ressources à partir duquel l'ASI cessait d'être versée (723,25 € pour une personne seule en 2019, 750 € aujourd'hui).

La loi de finances pour 2020 a également supprimé le recouvrement sur succession, lequel pouvait s'avérer désincitatif, alors que les sommes recouvrées étaient très faibles, de l'ordre de 300 000 euros par an en moyenne.

⁽¹⁾ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

⁽²⁾ La loi a utilement précisé que le montant de l'ASI « est déterminé pour garantir l'atteinte d'un niveau de ressources minimal » (article L. 815-24 du code de la sécurité sociale) et qu'il est « égal à la différence entre le plafond applicable à la situation du ou des allocataires et le total des ressources de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité » (article L. 815-24-1 du même code).

Après avoir culminé en 1985, le nombre d'allocataires baisse régulièrement. En 2019, 71 535 personnes bénéficient de l'ASI, soit environ 0,2 % de la population âgée de 25 à 64 ans. Elles sont plus jeunes que les pensionnés d'invalidité mais présentent un plus grand degré d'invalidité.

(1) Pour apprécier la condition de ressources, sont pris en considération tous les avantages d'invalidité et de vieillesse dont bénéficie l'intéressé, les revenus professionnels et autres, y compris ceux des biens mobiliers et immobiliers et des biens dont il a fait donation au cours des dix années qui ont précédé la demande (articles R. 815-78 et R.815-22 à R.815-25 du code de la sécurité sociale).

2. Le plafond de l'ASI a été récemment revalorisé

Outre les revalorisations réglementaires annuelles en fonction de l'inflation, l'ASI avait connu peu de changements au cours des dernières années. Le plafond de ressources a néanmoins été revalorisé de 723,25 à 750 euros par mois pour une personne seule à compter du 1^{er} avril 2020. Cette revalorisation permet d'accroître le nombre de personnes éligibles à l'ASI, mais aussi d'augmenter de 27 à 45 euros par mois les allocations des bénéficiaires selon leur situation.

La revalorisation des plafonds de l'ASI au 1^{er} avril 2020

Le décret modifiant l'article D. 815-19-1 du code de la sécurité sociale et revalorisant les plafonds de l'ASI n'a pas encore été publié. Quand il le sera, la revalorisation des plafonds sera appliquée rétroactivement aux allocations versées à compter du 1^{er} avril 2020, comme prévu par la loi de finances pour 2020 ⁽¹⁾.

Le projet de décret prévoit de modifier les modalités de calcul des plafonds de l'ASI pour les couples. Alors qu'auparavant des modalités de calcul différentes s'appliquaient aux couples mariés d'une part, et aux couples pacsés et concubins d'autre part, le projet de décret aligne les modalités de calcul sur celles applicables aux couples mariés.

(1) III de l'article 270 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

Malgré cette revalorisation, l'ASI dispose d'un plafond toujours significativement inférieur aux autres allocations auxquelles elle est liée, que ce soit l'allocation aux adultes handicapés (AAH), ou l'allocation de solidarités aux personnes âgées (ASPA). Leurs plafonds s'élèvent respectivement à 900 euros et 903,20 euros par mois pour une personne seule.

B. LE CIRCUIT DE FINANCEMENT DE L'ASI EST COMPLEXE ET INADAPTÉ

Contrairement aux pensions d'invalidité financées par la branche maladie, l'ASI est financée par l'État, sur le programme 157 *Handicap et dépendance*. Ce mode de financement peut être réinterrogé, dans la mesure où l'ASI est intrinsèquement liée aux pensions d'invalidité. Les mêmes conditions administratives et médicales d'ouverture de droit s'appliquent aux deux prestations.

1. Un financement de l'ASI sur le budget de l'État peu cohérent

Alors que l'ASI est financée sur le budget de l'État, la majorité des ressources comptabilisées pour l'octroi de l'ASI (les pensions d'invalidité et de retraite notamment) relèvent du champ de la sécurité sociale. Les mesures relatives à ces pensions ou allocations ont ainsi automatiquement des conséquences sur le budget de l'État. Toute mesure revalorisant les pensions se traduit par une baisse des dépenses prises en charge au titre de l'ASI et réciproquement.

2. Un circuit de financement complexe

Les dépenses engendrées par le versement de l'ASI sont supportées par le programme 157 *Handicap et dépendance* du budget général de l'État, en ce qui concerne le régime général, et par le fonds spécial d'invalidité (FSI), lui-même financé par l'État, en ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation (articles L. 815-15 et L. 815-29 du code de la sécurité sociale).

Ainsi l'État rembourse directement les dépenses d'ASI à la CNAM et la CNAV pour les personnes relevant du régime général (à hauteur de 256 millions d'euros en 2020) mais finance aussi le FSI (à hauteur de 17 millions d'euros en 2020), lequel rembourse ensuite les caisses des autres régimes.

Le fonds spécial d'invalidité (FSI)

Le fonds spécial d'invalidité (FSI), créé en 1993, s'est substitué à compter du 1^{er} janvier 1994 au Fonds national de solidarité (FNS) pour les dépenses correspondant à l'ASI. Prévu à l'article L. 815-26 du code de la sécurité sociale, le FSI est doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière. La Caisse des dépôts assure sa gestion financière et rembourse aux organismes de sécurité sociale (à l'exception du régime général) leurs dépenses annuelles d'ASI.

Le fonds est administré par le ministère chargé de la sécurité sociale assisté d'un comité comprenant des représentants de l'État et des principaux régimes de sécurité sociale. D'après l'étude d'impact du projet de loi, ce comité ne se serait jamais réuni.

En plus d'être complexe et coûteux en frais de gestion, le recours au FSI pour le versement de l'ASI semble peu justifié. Un fonds de financement se justifie généralement par la nécessité de flécher une ressource autre que budgétaire vers une dépense spécifique. Or, le FSI n'est financé que par une dotation budgétaire.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LE TRANSFERT DU FINANCEMENT DE L'ASI À LA SÉCURITÉ SOCIALE AU 1^{ER} JANVIER 2021

Le présent article vise à rapprocher le financement de l'ASI du financement de l'invalidité, en raison de leur caractère indissociable.

A. LA PRISE EN CHARGE PAR LA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DE LA TOTALITÉ DES DÉPENSES ENTRAÎNÉES PAR L'ASI

L'objet de l'article est de mettre à la charge de l'assurance maladie la totalité du financement de l'ASI, dans une logique de clarification et de simplification.

Le 1^o du I modifie l'article L. 815-26 du code de la sécurité sociale pour supprimer la mention du FSI et créer, à la place, un fonds dédié au sein de la CNAM, intitulé « fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité ».

Il revient donc à ce nouveau fonds de rembourser les régimes obligatoires de base autre que la branche maladie du régime général pour leurs dépenses d'ASI. Les ressources du fonds sont constituées d'une fraction de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), calibrée de telle sorte à financer exactement ses dépenses.

Les modalités de remboursement par la CNAM des dépenses d'ASI supportées par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ne sont pas précisées. Elles seront donc fixées par la voie réglementaire.

En cohérence avec la suppression du FSI, le 2° du I supprime le deuxième alinéa de l'article L. 815-29 du code de la sécurité sociale prévoyant le financement par l'État des dépenses d'ASI en ce qui concerne le régime général.

Le 3° du I supprime la mention du FSI de l'article L. 821-1-2 du code de la sécurité sociale, lequel concerne la majoration d'allocation aux adultes handicapés pouvant être versée aux bénéficiaires de l'ASI.

Le II supprime, quant à lui, la référence au FSI dans le code rural et de la pêche maritime (seul code, autre que le code de la sécurité sociale, faisant mention du fonds). Pour ce faire, il abroge le 11° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime qui prévoit qu'une partie du financement des assurances maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles repose sur les subventions du FSI.

Le III de l'article prévoit une entrée en vigueur de l'article à compter du 1^{er} janvier 2021. Les disponibilités, créances et dettes enregistrées par la Caisse des dépôts et consignations au titre du FSI sont transférées de plein droit à la CNAM. Néanmoins, les dépenses qui viendraient à être exposées après le 1^{er} janvier 2021 au titre d'allocations dues pour la période antérieure sont à la charge de l'État.

B. UNE REVALORISATION EXCEPTIONNELLE DU MONTANT DE L'ASI PRÉVUE PAR LA VOIE RÉGLEMENTAIRE

Le Gouvernement prévoit une revalorisation exceptionnelle du plafond d'éligibilité à l'ASI pour les allocations versées à compter du 1^{er} avril 2021. Le plafond de ressources mensuel augmenterait de 6,6 % : il passerait de 750 à 800 euros pour une personne seule et de 1 312,5 à 1 400 euros pour un couple. Cette mesure serait prise par la voie réglementaire et se substituerait à la revalorisation annuelle fondée sur l'inflation.

Le rapporteur général salue cette mesure de revalorisation qui s'inscrit dans une logique de convergence progressive de l'ASI avec d'autres minima sociaux. Il souligne néanmoins la nécessité de poursuivre la réduction des écarts entre les plafonds applicables à l'ASI, à l'AAH et à l'ASPA. Un alignement des montants de l'ASI et de l'AAH se traduirait d'ailleurs par une simplification des démarches pour les assurés, qui ne seraient plus contraints de s'adresser au guichet des maisons

départementales des personnes handicapées (MDPH) pour compléter l'ASI délivrée par leur organisme d'assurance maladie.

L'articulation entre l'ASI et l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est attribuée aux assurés présentant un taux d'incapacité permanente égal ou supérieur à 80 % ou, lorsque ce taux d'incapacité permanente est égal ou supérieur à 50 % et inférieur à 80 %, aux personnes qui présentent une restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi.

Une personne remplissant les conditions pour bénéficier à la fois de l'AAH et de l'ASI doit d'abord faire valoir ses droits à l'ASI (article L. 821-1, alinéa 8, du code de la sécurité sociale).

Néanmoins, une personne ayant fait valoir ses droits à l'ASI peut ensuite demander à percevoir l'AAH dite différentielle si le montant cumulé de ses revenus (ASI comprise) est inférieur au montant de l'AAH à taux plein (article L. 821-1, alinéa 9, du code de la sécurité sociale). Dans cette hypothèse le montant de l'AAH différentielle représente la différence entre le montant de l'AAH à taux plein et les ressources du bénéficiaire.

(1) Réponse du Gouvernement à la question n° 27948 posée par M. André Chassaingne, député, sous la XIII^e législature.

C. L'IMPACT FINANCIER DE LA MESURE

● Le transfert de l'ASI à la branche maladie

Selon l'étude d'impact, le transfert des dépenses d'ASI du budget de l'État à l'assurance maladie représente une hausse de 282 millions d'euros des charges de l'assurance maladie. Ce transfert fait l'objet d'une compensation par l'État, *via* une hausse de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale prévue à l'article 30 du projet de loi de finances pour 2021.

● La hausse du plafond d'éligibilité à l'ASI au 1^{er} avril 2021

Le coût net de la revalorisation du plafond à 800 euros s'élèvera à 18 millions d'euros en 2021 et à 27 millions d'euros en année pleine (en 2022, 2023 et 2024) :

– les bénéficiaires actuels de l'ASI verront le montant de leur allocation augmenter de 50 euros par mois, ce qui représente un coût total de 28 millions d'euros. Le coût net devrait cependant être deux fois moins élevé, car toute hausse du montant du plafond de l'ASI entraîne une baisse de l'AAH différentielle servie à la moitié des bénéficiaires de l'ASI ⁽¹⁾ ;

– les personnes dont les ressources sont comprises entre 750 et 800 euros par mois (ou entre 1 312,50 et 1 400 euros pour les couples) deviendront éligibles à

(1) D'après les données transmises par le Gouvernement, la moitié des bénéficiaires de l'ASI, soit 35 000 assurés, bénéficieraient également de l'AAH.

l'ASI, ce qui représente environ 3 390 allocataires supplémentaires. La dépense nouvelle s'élèverait à 4 millions d'euros, après avoir pris en compte les économies engendrées sur les dépenses d'AAH.

*

* *

CHAPITRE IV
Assouplir et simplifier

Article 38
Prises en charge dérogatoires des médicaments

Adopté par la commission avec modification

L'article 38 refond entièrement deux dispositifs de prise en charge dérogatoire des médicaments qui existent aujourd'hui : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

En effet, les modifications successives apportées à ces dispositifs dérogatoires ont eu pour effet de les rendre complexes et difficilement lisibles, mais aussi de les éloigner de leurs objectifs initiaux.

L'article 38 refond donc l'ensemble de ces dispositifs (ATU de cohorte, nominatives, post-ATU, RTU) au sein de deux dispositifs distincts d'accès, assortis de règles spécifiques de prise en charge.

D'une part, le mécanisme d'accès précoce sera centré sur les médicaments innovants ayant pour vocation d'accéder au marché français dans le cadre du droit commun. Comme c'est le cas aujourd'hui pour les ATU, dans ce système d'accès précoce, le prix sera fixé librement par le laboratoire et assorti d'un double mécanisme de remises, à la fois annuelles et dues au moment de la sortie du dispositif.

D'autre part, le mécanisme d'« accès compassionnel » visera quant à lui les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont pas forcément destinés à obtenir une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication concernée mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique. Dans ce cadre, si le médicament ne fait pas déjà l'objet d'une prise en charge de droit commun dans une autre indication, le principe sera également celui d'un prix fixé par le laboratoire assorti d'un mécanisme de remises, mais, si besoin, un arrêté ministériel pourra privilégier la fixation d'une base forfaitaire de remboursement.

L'article 38 refond entièrement deux dispositifs de prise en charge dérogatoire des médicaments qui existent aujourd'hui : les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

Il s'inscrit dans la continuité des engagements pris par le Gouvernement en juillet 2019 lors du 8^e Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui a fixé pour objectifs la garantie d'un accès rapide à l'innovation pour les patients mais aussi un dialogue plus stable et plus prévisible avec les industriels de santé. À ces deux objectifs s'ajoute nécessairement celui de la maîtrise des dépenses de médicaments, l'assurance maladie devant à la fois permettre la prise de risque que nécessite inéluctablement l'innovation sans toutefois jouer un rôle de payeur aveugle.

Le système actuel, constitué d'une accumulation progressive de dispositifs et de garde-fous, est devenu illisible et excessivement complexe.

Le présent article refond donc entièrement les nombreux dispositifs de prise en charge dérogatoire qui existent aujourd'hui, et simplifie le droit actuel tout en conservant les principes directeurs de celui-ci.

Il permet notamment de mieux distinguer la volonté d'accélérer l'accès au marché de dispositifs innovants, d'une part, et de permettre un accès exceptionnel considéré comme « compassionnel », d'autre part, pour des médicaments qui ne sont pas nécessairement innovants ou destinés à faire l'objet d'une prise en charge de droit commun dans l'indication concernée, mais qui répondent de façon ponctuelle à un besoin thérapeutique.

I. LE DROIT EXISTANT : DES MÉCANISMES DÉROGATOIRES DE PLUS EN PLUS COMPLEXES

A. RETOUR SUR LA PROCÉDURE DE DROIT COMMUN D'ACCÈS AU MARCHÉ DU MÉDICAMENT

Pour comprendre la spécificité des dispositifs d'ATU et de RTU, un retour sur la procédure de droit commun d'accès au marché des médicaments est nécessaire.

- Après avoir réalisé les essais cliniques nécessaires, si ceux-ci sont concluants, l'industriel doit solliciter une autorisation de mise sur le marché (AMM).

Cette autorisation est délivrée, selon le médicament, par l'Agence européenne du médicament (EMA) ou par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour les médicaments présumés innovants ⁽¹⁾, la procédure est centralisée au niveau européen. L'AMM est accordée après une évaluation scientifique de l'efficacité, de la sécurité et de la qualité du médicament, et si celui-ci présente un rapport bénéfice/risque au moins équivalent à celui des produits déjà commercialisés.

- Après avoir obtenu une AMM, l'industriel peut fixer librement le prix de son médicament. En revanche, pour qu'il soit remboursable, il doit déposer une demande à la Haute Autorité de santé (HAS).

La HAS détermine alors :

– si le produit doit être remboursé et le cas échéant à quel taux, en fonction de son intérêt clinique : c'est l'évaluation du « service médical rendu » ;

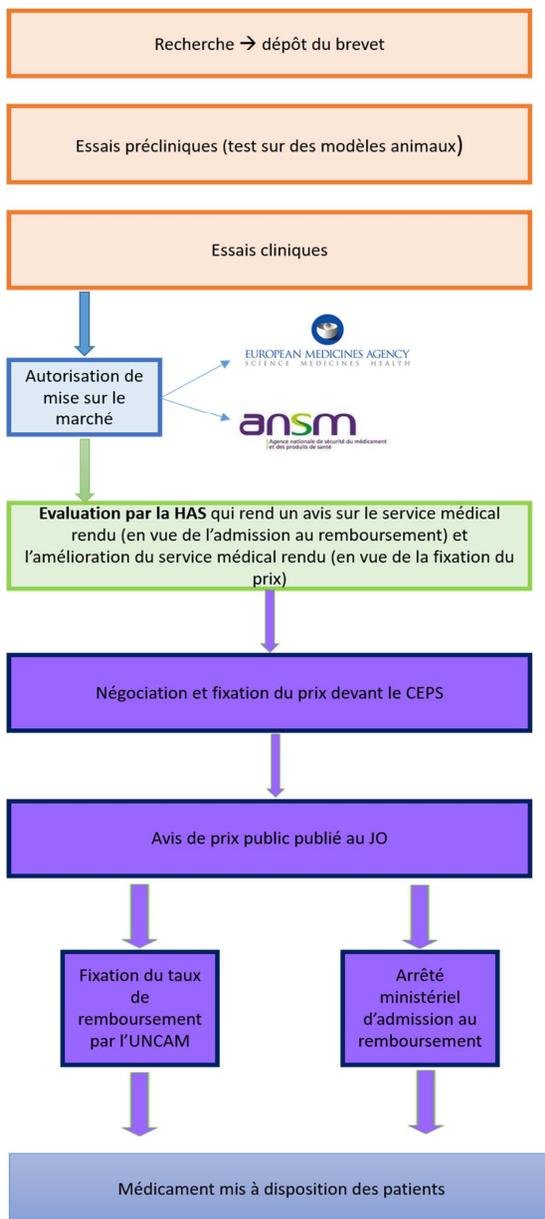
(1) Au sens de la Commission européenne, un médicament est présumé innovant lorsqu'il est susceptible 1) de constituer une nouvelle modalité de prise en charge de la maladie, que ce soit par la nouveauté de la classe thérapeutique, de son mécanisme d'action ; 2) d'apporter un progrès cliniquement pertinent ; 3) de répondre, dans cette indication, à un besoin encore non couvert ou mal couvert.

– si le produit apporte un progrès thérapeutique par rapport aux traitements qui existent déjà. Cette évaluation de « l'amélioration du service médical rendu » sert ensuite de base pour la détermination du prix du médicament par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

- Sur la base de cette évaluation, une négociation s'engage entre les industriels concernés et le Comité économique des produits de santé, qui est un organisme interministériel. Cette négociation doit ensuite aboutir à la fixation d'un prix facial publié au *Journal officiel*, mais aussi de remises conventionnelles dont le montant est protégé par le secret des affaires.

- Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) fixe ensuite le taux de remboursement du médicament en fonction de l'amélioration du service médical rendu déterminé par la HAS, et un arrêté ministériel marque l'admission au remboursement du médicament.

LE PARCOURS DU MÉDICAMENT



Source : commission des affaires sociales, d'après Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, 13 juin 2018.

B. LES AUTORISATIONS TEMPORAIRES D'UTILISATION

1. Un mécanisme précurseur

Créé en 1994 dans le cadre de la lutte contre le sida, le dispositif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) a permis à la France d'être un pays précurseur dans l'accès précoce aux médicaments innovants. Si d'autres pays ont depuis développé des mécanismes d'accès accéléré au marché, ce mécanisme reste unique en Europe. Il continue de porter ses fruits plus de vingt ans après. Le rapport « Charges et produits » de l'assurance maladie pour 2016 soulignait ainsi que les médicaments innovants contre l'hépatite C se sont diffusés beaucoup plus rapidement en France qu'à l'étranger, montrant que notre pays a eu, « *par rapport à d'autres pays, une politique volontariste d'accès à ces médicaments nouveaux représentant un réel progrès pour les malades, et ce malgré le coût très élevé des traitements* ».

L'article L. 5121-12 du code de la santé publique précise que cette voie d'accès dérogatoire ne peut être utilisée qu'à titre exceptionnel, et seulement si :

- le médicament est destiné au traitement de maladies graves ou rares ;
- aucun autre traitement approprié n'est disponible ;
- elle concerne des patients dont le traitement ne peut pas être différé.

Deux catégories d'ATU doivent être distinguées :

– les ATU de cohorte, délivrées à la demande des industriels, qui doivent parallèlement avoir déposé une demande d'AMM ou s'engager à le faire dans un délai maximal d'un an ;

– les ATU nominatives, délivrées pour un patient nommé désigné et ne pouvant participer à une recherche biomédicale – en général des patients atteints de maladies rares. L'ATU est alors délivrée sous la responsabilité du médecin prescripteur qui en a fait la demande, si le médicament est susceptible de présenter un bénéfice pour le patient.

Les médicaments sous ATU ne sont pas disponibles en ville, mais uniquement à l'hôpital pour les patients hospitalisés ou dans les pharmacies hospitalières.

2. Une régulation financière de plus en plus complexe, qui a dû s'adapter à différents objectifs

Le principe de la prise en charge des ATU est simple, et affirmé à l'article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale : une fois l'ATU autorisée par l'ANSM, tout médicament faisant l'objet d'une ATU est pris en charge par l'assurance

maladie, sur la base d'un prix fixé librement par les laboratoires de manière unilatérale, à titre d'indemnité.

La fixation de cette indemnité de manière unilatérale par le laboratoire fait évidemment l'attractivité de ce dispositif, mais elle a un coût important pour l'assurance maladie, contrainte dans ce cadre d'agir comme « payeur aveugle ».

Face à ce risque financier, mais également face à la nécessité de prévoir d'autres cas de figure que la seule prise en charge dérogatoire antérieure à l'AMM, des mécanismes complexes de prise en charge se sont petit à petit développés et empilés parallèlement à ce principe simple, rendant à terme ce dispositif peu lisible.

a. Un double mécanisme de remises pour réguler un coût devenu exponentiel

Alors que la dépense liée aux ATU restait stable autour de 110 millions d'euros annuels jusqu'en 2013, elle a atteint deux pics successifs à 1 milliard d'euros en 2014 puis en 2016. Pour maîtriser ce coût devenu exponentiel pour l'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit la possibilité de soumettre le laboratoire à un remboursement rétroactif, qui prend la forme de remises, à l'assurance maladie :

– si le montant moyen pris en charge par patient au titre d'une ATU est supérieur à 10 000 euros, pour tout produit dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros par an ;

– si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandé par l'industriel.

b. La nécessité de développer des dispositifs de prise en charge dérogatoire post-AMM

i. La prise en charge « post-ATU »

Il est progressivement apparu que l'allongement des délais entre la délivrance de l'AMM et la fixation du prix du médicament fragilisait la continuité de la prise en charge des patients bénéficiaires de médicaments sous ATU.

Pour répondre à cette situation, un régime transitoire de « post-ATU » a été mis en place en 2011 de façon expérimentale, puis pérennisé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Le régime « post-ATU » ainsi introduit à l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale permet à tout médicament qui, préalablement à l'obtention d'une AMM, était bénéficiaire d'une ATU, d'être pris en charge après l'obtention de son AMM par l'assurance maladie sur la base de l'indemnité librement fixée par les laboratoires pharmaceutiques.

Si les médicaments sous ATU sont systématiquement pris en charge par l'assurance maladie, ce n'est pas le cas des médicaments en post-ATU. Ainsi :

– un principe de continuité de la prise en charge est retenu lorsque le patient a débuté son traitement sous le régime de l'ATU. Le médicament continue alors à être remboursé, sauf si l'indication considérée n'a pas été retenue dans l'AMM ou si une alternative thérapeutique a pu être trouvée ;

– en revanche, si le traitement est débuté après la délivrance de l'AMM, le médicament ne peut être pris en charge par l'assurance maladie que s'il s'agit d'une ATU de cohorte et à condition que l'indication soit mentionnée dans l'AMM ou dans une extension d'AMM en cours de validation.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a par la suite créé une voie dérogatoire permettant l'accès direct dans le système du post-ATU, pour des médicaments qui n'auraient pas bénéficié du système d'ATU.

ii. Permettre la délivrance d'une nouvelle ATU après l'obtention de l'AMM

Dans le système d'ATU tel qu'initialement conçu, au cours de la période entre la délivrance de l'ATU et la délivrance de l'AMM, le directeur de l'ANSM pouvait modifier le champ de l'ATU afin de l'élargir à une nouvelle indication. En revanche, après la délivrance de l'AMM, le périmètre de l'ATU se figeait au médicament employé dans l'indication ou les indications contenues dans l'AMM. Jusqu'à la sortie du régime dérogatoire, les premières indications validées au stade de la demande d'AMM étaient donc les seules autorisées. Une fois le médicament sorti du régime dérogatoire, une extension d'indication nécessitait de repasser par l'ensemble du circuit du médicament, de l'autorisation par l'ANSM à la fixation du prix par le CEPS.

Or, ce système de délivrance d'ATU par médicament et non pas par indication correspondait de moins en moins à la réalité des innovations thérapeutiques. C'était en particulier le cas pour les immunothérapies, pour lesquelles l'accès au marché se fait de plus en plus souvent par phases successives, indication par indication. À titre d'exemple, alors que les patients français ont pu accéder, treize mois avant l'AMM européenne, au *pembrolizumab* pour le mélanome avancé grâce au système d'ATU, ce même médicament, pour le cancer des poumons, n'a pu être pris en charge qu'onze mois après l'extension de l'AMM.

La LFSS 2019 est venue adapter ce dispositif afin de permettre la délivrance d'ATU par indication et non pas par médicament, afin de mieux correspondre à la réalité des innovations thérapeutiques.

iii. Un mécanisme de « compensation » financière complexe

La LFSS 2019 a introduit un nouveau mécanisme de prise en charge pour les extensions d'indication et pour les accès directs en post-ATU, respectivement

décrit au nouvel article L. 162-16-5-1-1 dans le code de la sécurité sociale ainsi qu'à l'article L. 162-16-5-2 modifié.

Cette prise en charge prend la forme d'une « compensation » dont le niveau est confidentiel et fixé par les ministres. Elle est accordée à l'entreprise dans le cadre de la mise à disposition d'un médicament dans cette nouvelle indication. L'entreprise doit ensuite reverser sous forme de remises la différence entre le chiffre d'affaires effectivement facturé par l'entreprise au titre de cette nouvelle indication ou d'une prise en charge en post-ATU et le montant que l'entreprise aurait facturé si les médicaments vendus à ce titre avaient été valorisés au niveau de cette compensation.

3. Des objectifs à redéfinir

Le caractère innovant des médicaments bénéficiant d'une ATU est évidemment un pari fait par l'ANSM, qui ne se révèle pas toujours gagnant.

Ainsi, selon le rapport de septembre 2017 à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'évaluation par la HAS des médicaments sous ATU montre des résultats mitigés en termes d'innovation thérapeutique.

L'efficacité des molécules sous ATU n'est pas en cause. 67 % des molécules admises en ATU entre 2016 et 2018 présentaient un service médical rendu important, 5 % un service médical rendu modéré, 10 % un service médical rendu faible et 18 % un service médical rendu insuffisant pour justifier une inscription au remboursement (ces résultats sont à mettre en perspective avec ceux des médicaments hors ATU, dont le service médical rendu était important pour 56 %, modéré pour 6 %, faible pour 8 %, insuffisant pour 30 %)

En revanche, s'agissant du critère de l'amélioration du service médical rendu, seules 20 % des spécialités pharmaceutiques ayant bénéficié d'une ATU ont obtenu une amélioration du service médical rendu (ASMR) II ou III, qui signent une amélioration thérapeutique importante ou modérée (2 % une ASMR II et 18 % une ASMR III). La majorité des produits (37 %) ont obtenu une ASMR IV, soit une amélioration thérapeutique mineure, et 43 % d'entre eux une ASMR V, soit aucune amélioration thérapeutique par rapport aux comparateurs existants (pour les médicaments hors ATU, 2 % une ASMR II, 2 % une ASMR III, 21 % une ASMR IV et 75 % une ASMR V).

Les négociations de prix s'avèrent pourtant plus difficiles avec les produits ayant bénéficié d'une prise en charge au titre d'une ATU ou d'une autorisation en post-ATU. Ainsi, le délai moyen de traitement des demandes d'inscription pour ces médicaments est particulièrement élevé, et notamment en 2019 où il était de 726 jours en moyenne, contre 144 jours en moyenne pour les médicaments n'ayant pas bénéficié de tels dispositifs. Cela s'explique essentiellement par le fait que le dispositif tel qu'il est conçu actuellement pour l'entrée de ces produits dans le droit commun n'est pas suffisamment incitatif, la spécialité bénéficiant d'une prise en

charge sur la base du prix librement fixée par l'entreprise tant que le produit n'est pas inscrit sur les listes de remboursement.

Par ailleurs, si l'objectif des ATU est bien de permettre un accès précoce à des médicaments innovants, cet objectif n'est pas forcément aussi clair pour les ATU de cohorte que pour les ATU nominatives, qui ont davantage pour objectif, comme le souligne un récent rapport du Sénat ⁽¹⁾, « *de contourner les aléas de la mise à disposition des produits de santé, liés notamment à la stratégie industrielle des laboratoires* ».

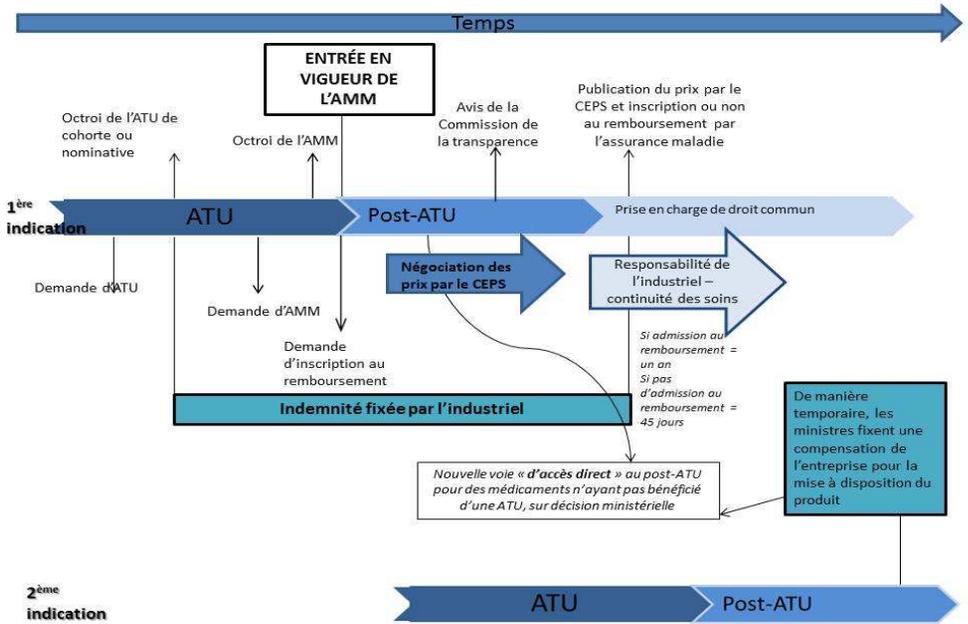
Souvent délivrées de manière plus précoce que les ATU de cohorte, elles sont aussi, la plupart du temps, délivrées pour une période plus longue, dès lors que l'industriel ne demande pas une AMM pour le produit concerné. Ainsi, alors que la durée moyenne d'une ATU de cohorte est de sept mois, le rapport du Sénat précité souligne qu'il est impossible de dégager une moyenne pour les ATU nominatives : « *tandis que certaines ATU nominatives visent à autoriser une injection unique d'un produit pour un seul patient, d'autres sont accordées pour le traitement de maladies chroniques, qui peuvent dès lors conduire à un traitement à vie du patient* ».

Moins transparentes pour les patients, les ATU nominatives peuvent également donner lieu à des excès, puisqu'elles ne donnent lieu à aucune discussion entre les pouvoirs publics et le laboratoire concerné, et que ce dernier n'a pas l'obligation, contrairement aux ATU de cohorte, de s'engager à déposer une AMM.

Dans cet objectif, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a fortement restreint les conditions d'éligibilité à ce dispositif d'ATU nominative ainsi que leur prise en charge, ce régime s'éloignant de plus en plus de celui des ATU de cohorte. Aux termes de cet article, le mécanisme de « compensation » décrit ci-dessus leur est par ailleurs applicable.

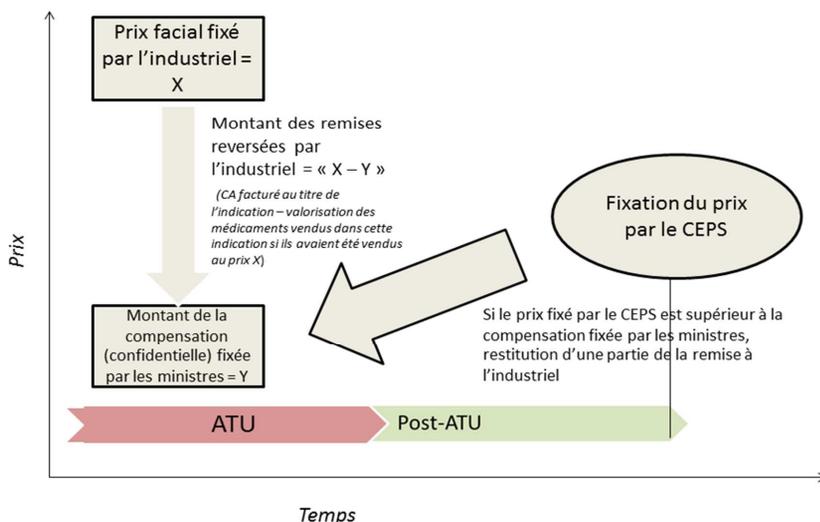
(1) Médicaments innovants : consolider le modèle français d'accès précoce, *rapport d'information n° 569 (2017-2018) de M. Yves Daudigny, Mmes Catherine Deroche et Véronique Guillotin, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales du Sénat, 13 juin 2018.*

LES ATU : UN EMPILEMENT DE DISPOSITIFS DE PLUS EN PLUS COMPLEXE



Source : commission des affaires sociales.

MÉCANISME DE COMPENSATION APPLICABLE AUX ATU NOMINATIVES, AUX EXTENSIONS D'INDICATION ET AUX ENTRÉES DIRECTES EN POST-ATU



Source : commission des affaires sociales.

C. LES RECOMMANDATIONS TEMPORAIRES D'UTILISATION (RTU)

1. Une autorisation à prescrire hors AMM

Contrairement aux ATU, qui avaient à l'origine vocation à intervenir très en amont du parcours du médicament, les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ne concernent que les médicaments disposant déjà d'une AMM. Toutefois, l'extension des dispositifs d'ATU au-delà de l'AMM est venue brouiller cette distinction.

Les RTU permettent à l'ANSM d'encadrer des prescriptions non conformes à une AMM pour un intérêt thérapeutique identifié, afin de sécuriser l'utilisation de ces médicaments dans le cadre d'un protocole dédié.

À cette fin, l'ANSM peut élaborer des RTU, définies à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, pour une durée maximale de trois ans renouvelable. Ces RTU sont établies par l'ANSM pour des médicaments disposant d'ores et déjà d'une autorisation de mise sur le marché, mais qui sont prescrits en dehors du cadre de cette autorisation.

Le protocole d'utilisation thérapeutique de la RTU propose donc un cadre à l'utilisation hors AMM du médicament en préconisant notamment une posologie,

une durée de traitement et une population cible, assorties d'un suivi des patients organisé par les laboratoires concernés.

● Une RTU ne peut être élaborée par l'ANSM que si les trois conditions suivantes sont remplies :

– il doit exister un besoin thérapeutique non couvert, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'alternative médicamenteuse appropriée disposant soit d'une AMM, soit d'une ATU dans l'indication concernée ;

– le rapport bénéfice/risque du médicament doit être présumé favorable, à partir des données scientifiques disponibles d'efficacité et de sécurité ;

– enfin, le prescripteur doit juger indispensable le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

Ces recommandations sont assorties d'un protocole de suivi des patients, qui précise notamment les conditions de recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'AMM ou l'entreprise qui l'exploite. Ce protocole permet à l'ANSM de vérifier que la présomption de rapport bénéfice/risque est fondée, et le cas échéant de la suspendre ou de la retirer sans délai.

● Aux termes de l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, le médicament peut être pris en charge par l'assurance maladie dans l'indication de la RTU, à condition que la HAS recommande cette prise en charge ou qu'elle rende un avis favorable à cette prise en charge aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La prise en charge fait alors l'objet, le cas échéant, d'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le médicament est alors pris en charge dans les mêmes conditions que les indications remboursables ou, si le médicament n'est pas remboursable, sur la base d'un forfait annuel par patient.

2. Un dispositif qui rencontre peu de succès

L'ANSM n'a octroyé que vingt-sept RTU depuis l'entrée en vigueur de ce dispositif.

Deux d'entre elles ont donné lieu à une publicité plus importante : l'utilisation du Baclofène® dans le traitement de l'alcoolodépendance ainsi que celle de l'Avastin® dans la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Le rapport précité, ainsi que le rapport du Sénat déjà mentionné, soulignent les principales limites de ce dispositif :

– même lorsqu'une RTU existe pour un produit donné, les prescriptions de ce produit semblent très souvent effectuées en dehors du cadre formel de la RTU,

qui reste jugé par certains médecins trop lourd en termes de contraintes administratives (le rapport des Académies de médecine et de pharmacie ⁽¹⁾ donne l'exemple de la prescription hors AMM du Baclofène®) ;

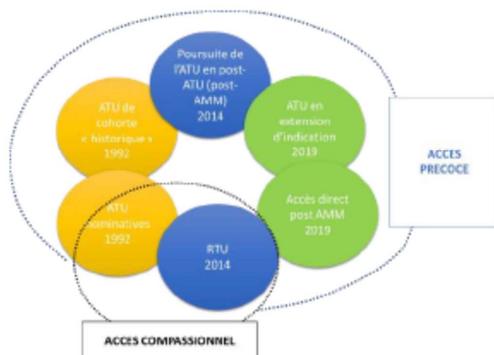
– l'ANSM semble avoir des difficultés à recruter des experts indépendants pour évaluer ces RTU ;

– les RTU ne sont pas délivrées à la demande des laboratoires, peu inclus dans le processus ;

– un recours renforcé au mécanisme des RTU ainsi que son ouverture aux laboratoires risqueraient de déséquilibrer les négociations de prix conduites entre le CEPS et les industriels, en augmentant la population-cible du médicament.

Dans ce contexte d'un très faible recours au RTU, le volume des prescriptions hors AMM et hors RTU reste très important : le rapport des Académies précité estime l'estime à 20 % des prescriptions.

Dispositifs d'accès aux nouvelles thérapeutiques aujourd'hui



Source : PLFSS 2021, dossier de presse.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE REFONTE COMPLÈTE DU DISPOSITIF

Le schéma ci-dessous résume les développements qui suivent, détaillant les mécanismes d'autorisation et de prise en charge des nouvelles autorisations d'accès précoce, d'une part, et d'accès compassionnel d'autre part.

(1) Les Prescriptions médicamenteuses hors AMM (Autorisation de Mise sur le Marché) en France. Une clarification est indispensable, novembre 2018.

Il distingue nettement deux catégories d'accès dérogatoire : l'accès précoce, d'une part, et l'accès compassionnel d'autre part.

Le **I** du présent article modifie à cette fin le code de la santé publique.

Le nouveau mécanisme d'accès précoce est détaillé à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui précise actuellement le mécanisme des ATU.

Ce mécanisme d'accès précoce sera recentré sur des médicaments présumés innovants, et conditionné à l'engagement de l'entreprise pharmaceutique de demander une autorisation de mise sur le marché et une inscription au remboursement pour le médicament concerné, et donc de rejoindre le droit commun. Il s'agit ici d'une véritable logique de « *fast track* » pour l'accès des patients à des médicaments innovants. Ce nouveau dispositif vise à unifier et à simplifier les dispositifs d'ATU de cohorte (primo et extension d'indication) et les entrées en « post-ATU », mais il pourra également concerner les anciennes RTU ou ATU nominatives dès lors qu'elles ont vocation à déboucher sur une extension d'AMM ou un accès au remboursement demandé par l'entreprise. Au vu de sa logique tant médicale que médico-économique, ce dispositif sera géré par la HAS, qui s'appuiera sur l'ANSM lorsque ce sera nécessaire, là où le dispositif des ATU n'est aujourd'hui géré que par l'ANSM.

Le mécanisme d'accès compassionnel est détaillé à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, qui porte aujourd'hui sur les RTU mais qui fait l'objet d'une refonte complète par le présent article.

Il visera deux cas de figure très différents, en fonction de si le médicament dispose ou non d'une AMM en France, et qui font écho aux anciennes RTU et aux anciennes ATU nominatives. Ces deux cas de figure ont en commun de concerner des maladies sans traitement approprié, et des médicaments pour lesquels le laboratoire ne souhaite pas s'engager dans une démarche de développement du médicament dans cette indication – ou ne pouvant pas encore le faire si ce développement est dans une phase trop précoce. Ce nouveau dispositif, qui n'a pas vocation à s'inscrire dans une logique médico-économique et de promotion de l'innovation, sera géré uniquement par l'ANSM, sans intervention de la HAS.

1. Les autorisations d'accès précoce

Le **2° du I** réécrit entièrement l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, qui détaille aujourd'hui le régime des ATU.

a. Des conditions d'accès renouvelées et davantage axées sur l'innovation

Le nouveau mécanisme mis en œuvre est qualifié d'accès « précoce », soulignant qu'à terme, l'objectif est bien l'entrée du médicament le système de droit commun.

Alors que les ATU sont aujourd’hui destinées à traiter des maladies rares ou graves, le nouveau mécanisme d’accès précoce y ajoute la notion, plus large, de maladies « invalidantes » ⁽¹⁾.

Quatre critères doivent être réunis pour bénéficier d’un accès précoce, dont les trois premiers correspondent aux critères fixés actuellement pour bénéficier d’une ATU de cohorte :

– il n’existe pas de traitement (médicamenteux ou autre) approprié pour cette maladie grave, rare ou invalidante ;

– la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée ;

– l’efficacité et la sécurité de ces médicaments sont fortement présumées au vu des résultats d’essais thérapeutiques.

Un nouveau critère est ajouté : ces médicaments doivent être présumés innovants, notamment au regard d’un éventuel comparateur cliniquement pertinent. Cette condition d’innovation par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes n’existe pas dans le régime actuel des ATU.

Le nouveau II de l’article L. 5121-12 précise que ces demandes d’autorisation précoce peuvent concerner soit :

– un médicament ne disposant pas encore d’une AMM dans l’indication considérée, mais pour lequel l’entreprise intéressée a déjà déposé une demande d’AMM, ou s’engage à le faire dans un délai déterminé par la HAS et qui ne peut excéder une limite fixée par décret ;

– un médicament qui dispose déjà d’une AMM dans l’indication considérée sans encore faire l’objet d’une prise en charge de droit commun (équivalent du système actuel dit de « post-ATU »), mais pour lequel l’entreprise intéressée a déposé une demande d’inscription au remboursement, ou s’engage à déposer une telle demande dans le mois après l’obtention de son AMM.

b. Une procédure simplifiée d’examen des dossiers

Le nouveau III de l’article L. 5121-12 prévoit une gouvernance simplifiée, sous l’égide de la HAS, s’appuyant sur l’ANSM lorsque l’avis de cette dernière sera nécessaire (actuellement, le système d’ATU est à la main de l’ANSM, et celui d’accès direct au post-ATU à celle de la HAS).

Le 4° du II du présent article modifie parallèlement l’article L. 161-37 du code de la sécurité sociale afin d’ajouter la prise de ces décisions d’accès précoce au nombre des missions de la HAS.

(1) Ce terme fait référence au point 2 de l’article 83 du règlement n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004.

L'idée est ici celle d'un « guichet unique », permettant une plus grande simplicité de la procédure mais également une plus grande célérité. Selon l'étude d'impact, alors que les délais d'entrée dans le dispositif sont aujourd'hui de l'ordre de quatre mois et demi en moyenne, ils devraient demain être inférieurs à quatre-vingts jours.

L'autorisation d'accès précoce sera délivrée, sur demande de l'industriel, pour une durée qui ne pourra excéder une limite fixée par décret, et éventuellement renouvelable.

Cette autorisation sera délivrée par la HAS, sur avis conforme de l'ANSM lorsque le médicament ne bénéficiera pas déjà d'une AMM. La décision de l'ANSM portera sur la présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans chaque indication considérée.

Cette décision sera rendue indication par indication. Elle vaudra à la fois octroi de l'accès précoce et de la prise en charge dérogatoire par l'assurance maladie.

c. Des engagements renforcés pour le laboratoire

Le nouveau IV de l'article L. 5121-12 précise les engagements incombant aux industriels dans le cadre de ce nouveau régime.

Dans ce nouveau régime comme dans l'ancien, l'autorisation d'accès précoce est conditionnée au respect, par l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de collecte de données de vie réelle du médicament. Ce protocole, défini par la HAS, devra être élaboré en lien avec l'ANSM pour les médicaments ne disposant pas encore d'une AMM.

Les données à recueillir porteront sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation ainsi que les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament bénéficiant d'un accès précoce. Ces données doivent concerner notamment les personnes appartenant à des populations non ou insuffisamment représentées, au regard des populations amenées à utiliser ces médicaments, au sein des essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue de la demande d'AMM ou avant l'obtention de cette dernière.

Toutefois, de manière plus explicite que ce qui est prévu par le droit en vigueur, c'est l'entreprise pharmaceutique qui sera chargée de recueillir ces données. C'est elle également qui devra financer ce recueil. Les données demandées seront définies en amont par la HAS et seront transmises par les prescripteurs, selon des modalités assurant le respect du secret médical. Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, dans un premier temps, les données seront disponibles de la même façon qu'elles le sont aujourd'hui. L'objectif est, à terme, la mise en place de remontées dans les bases de données déjà en place, comme ce qui a été fait par exemple pour le recueil de données sur les « CAR-T cells ».

d. Les engagements du prescripteur

Le V de l'article L. 5121-12 précise les obligations reposant sur le prescripteur.

Celui-ci doit informer le patient – ou son représentant légal, la personne chargée de sa protection juridique ou sa personne de confiance le cas échéant – du caractère dérogoire de cette prescription et des conditions de prise en charge par l'assurance maladie du médicament concerné. Aujourd'hui, cette information n'est imposée par la loi que pour les ATU nominatives ⁽¹⁾ et par la voie réglementaire pour les ATU de cohorte ⁽²⁾.

Le prescripteur doit ainsi informer le patient des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament.

Il doit porter sur l'ordonnance « prescription hors AMM au titre d'une autorisation d'accès précoce » ou, le cas échéant, « prescription au titre d'une autorisation d'accès précoce ».

e. Retrait ou suspension de l'autorisation

Le retrait ou la suspension de l'autorisation pourra être prononcé par la HAS (VI de l'article L. 5121-12) :

- si les conditions définies à l'article L. 5121-12 ne sont plus remplies ;
- si le laboratoire ne respecte pas son engagement de déposer une demande d'AMM ou d'inscription au remboursement, ou retire cette demande ;
- sur demande de l'ANSM, pour des motifs de santé publique, en cas de méconnaissance du protocole d'utilisation thérapeutique, de détérioration de la présomption d'efficacité ou de sécurité du médicament (du fait notamment de nouvelles données disponibles), d'un avis défavorable émis par le comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments ou d'un refus d'AMM dans l'indication concernée. En cas d'urgence, et pour l'un de ces motifs, l'ANSM pourra également temporairement suspendre l'autorisation, dans des conditions qui seront fixées par décret en Conseil d'État.

2. Un régime d'accès compassionnel clarifié

Le 2° du I réécrit également entièrement l'article L. 5121-12-1, qui porte actuellement sur les RTU. Il regroupe et modifie au sein de cet article les dispositions aujourd'hui relatives aux ATU nominatives et aux RTU.

Ce régime compassionnel couvre à la fois les cas où le médicament n'est pas en cours de développement en France, c'est-à-dire où le laboratoire ne souhaite

(1) 2° du I de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

(2) Article R. 5121-69 du code de la santé publique.

pas demander d'AMM pour l'indication considérée, et les cas où ce développement est trop peu avancé pour pouvoir d'ores et déjà satisfaire aux critères de l'accès précoce.

a. Un cadre dérogatoire et exceptionnel

Le I de l'article L. 5121-12-1 prévoit que les dispositions relatives aux AMM ne font pas obstacle à l'utilisation exceptionnelle, au titre d'un accès compassionnel, de certains médicaments, dans des indications thérapeutiques précises, et sous trois conditions qui doivent être cumulées :

– tout d'abord, le médicament ne doit pas faire l'objet d'essais cliniques à des fins commerciales dans l'indication considérée.

Par dérogation (prévue au deuxième alinéa du II), une autorisation d'accès compassionnel pourra être donnée si le médicament fait l'objet d'une telle recherche mais à un stade très précoce, si la mise en œuvre du traitement ne peut pas être différée, que le patient concerné ne peut pas participer à cette recherche, et que l'entreprise pharmaceutique s'engage à déposer une demande d'accès précoce dans les trois mois à compter de la délivrance de l'autorisation, toutes ces conditions devant être réunies.

Il s'agit ici de couvrir des situations très en avance de phase, et donc trop en avance pour être éligibles à un système d'accès précoce beaucoup plus large et nécessitant davantage d'éléments pour permettre une analyse bénéfique/risque. Toutefois, le laboratoire concerné devra s'engager dans une démarche d'accès précoce dès que possible.

– ensuite, il n'existe aucun traitement approprié de la pathologie ;

– enfin, l'efficacité et la sécurité du médicament sont présumées favorables au regard des données cliniques disponibles (contrairement au mécanisme d'accès précoce, il ne s'agit pas de résultats d'essais thérapeutiques) ou, lorsque l'indication concerne une maladie rare, des travaux et des données collectées par des professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'État.

Si ces trois conditions sont réunies (hors le cas de l'exception mentionnée), le médicament peut être pris en charge dans deux cas de figures très différents.

Le premier cas de figure, défini au II du nouvel article L. 5121-12-1, correspond à celui des anciennes ATU nominatives. Il est intitulé « autorisation au titre de l'accès compassionnel ».

Ce cas correspond à celui d'un médicament qui ne dispose d'une AMM dans aucune indication thérapeutique, ou d'un médicament qui a fait l'objet d'un arrêt de commercialisation mais dont l'AMM ne porte pas sur l'indication thérapeutique sollicitée (ce dernier cas est déjà prévu par le droit existant mais il reste extrêmement marginal).

Dans ce cas, à la demande d'un prescripteur, en vue du traitement d'une maladie grave, rare et invalidante, l'ANSM peut autoriser, au titre de l'accès compassionnel et pour une durée maximale d'un an renouvelable (introduite par le nouveau dispositif), l'utilisation de ce médicament.

Les spécialités autorisées dans ce cadre sont importées par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, ce qui est déjà le cas aujourd'hui pour les ATU nominatives mais cette disposition permet de le clarifier.

Les spécialités prescrites dans ce cadre doivent être mises à disposition des prescripteurs par le laboratoire concerné : cette précision apparaît nécessaire car contrairement au mécanisme d'accès précoce, les laboratoires ne sont pas à l'origine de cette demande d'accès compassionnel.

Le second cas de figure, défini au III de l'article L. 5121-12-1, correspond à celui des anciennes RTU, et est intitulé « cadre de prescription compassionnelle ». Dans ce cadre, l'ANSM peut, de sa propre initiative ou à la demande du ministre chargé de la santé ou du ministre chargé de la sécurité sociale, établir un cadre de prescription compassionnelle pour un médicament faisant déjà l'objet d'une AMM dans d'autres indications.

Par dérogation à la condition prévue au I de l'article L. 5121-12-1, qui empêche de délivrer une autorisation d'accès compassionnel s'il existe déjà un traitement approprié dans l'indication, cette condition ne devra pas forcément être remplie si le prescripteur juge que le traitement répond « *au moins aussi bien* » aux besoins du patient que la spécialité ayant fait l'objet d'une AMM et à condition qu'il ne s'agisse pas d'une spécialité de même principe actif, de même dosage et de même forme pharmaceutique.

Cette disposition fait écho à une disposition issue de la réforme des RTU prévue à l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui prévoit que « *la circonstance qu'il existe par ailleurs une spécialité ayant fait l'objet d'une AMM, dès lors qu'elle ne répondrait pas moins aux besoins d'un patient, ne fait pas obstacle à une telle prescription* ». Cette disposition visait notamment à assurer une continuité des soins aux patients en prévenant les conséquences des ruptures d'approvisionnement constatées de manière récurrente ces dernières années pour certains médicaments.

b. Obligations du laboratoire pharmaceutique

Le IV de l'article L. 5121-12-1 prévoit qu'avant de délivrer une autorisation ou un encadrement de prescription compassionnelle, l'ANSM informe le titulaire de l'AMM du médicament concerné (cette disposition apparaît incomplète, le médicament concerné n'ayant pas forcément une AMM à ce stade).

Le V prévoit que ces autorisations et encadrement doivent être assortis, comme les autorisations d'accès précoce, d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de suivi des patients, qui précise les conditions de recueil des informations

concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation du médicament ainsi que les caractéristiques des patients bénéficiant de cet accès dérogatoire.

Si l'autorisation a été délivrée alors que le médicament fait l'objet d'une recherche impliquant la personne humaine ou dans le cadre de prescription compassionnelle (ex-RTU), c'est l'entreprise pharmaceutique qui devra financer ce recueil (ce qui correspond, pour ce cadre, au cadre actuel des RTU).

Dans tous les cas, ce sont les prescripteurs qui assureront en pratique le recueil et la transmission des données de suivi des patients traités requises par l'Agence suivant les modalités qu'elle fixe pour chacun des médicaments concernés. Ces modalités devront évidemment assurer le respect du secret médical.

Le VI de l'article L. 5121-12-1 détaille les modalités d'information du patient par le prescripteur.

Dans les mêmes conditions que pour l'accès précoce nouvellement défini à l'article L. 5121-12, et comme c'est déjà le cas pour les ATU nominatives et pour les RTU, le prescripteur devra informer le patient qu'il bénéficie d'un accès compassionnel, et notamment de l'absence d'alternative thérapeutique, des risques encourus et des contraintes et bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament.

Cette information sera assortie d'une mention spécifique sur l'ordonnance (« prescription au titre d'un accès compassionnel en dehors du cadre d'une AMM »).

Comme c'est le cas aujourd'hui pour les RTU, le prescripteur devra motiver sa prescription dans le dossier médical du patient, sauf lorsqu'il existe une autre spécialité comparable disposant d'une AMM ou suffisamment de recul sur les conditions d'utilisation de cette spécialité dans cette indication.

Par ailleurs, comme c'est le cas aujourd'hui pour les ATU nominatives, la procédure suivie sera inscrite dans le dossier médical.

Le rapporteur général s'interroge sur l'articulation, peu claire, entre ces deux mentions.

Le VII prévoit que ces autorisations et encadrement pourront être suspendus ou retirés dès lors que les conditions qui ont permis d'établir cet accès compassionnel prévues au présent article ne sont plus remplies, ou pour des motifs de santé publique, comme c'est le cas aujourd'hui pour les ATU nominatives.

3. Autres mesures

• Le **2° du I** du présent article crée également un nouvel article L. 5121-12-2 au sein du code de la santé publique relatif aux autres prescriptions hors AMM.

Cet article reprend des dispositions du droit existant actuellement à l'article L. 5121-12-2.

Il prévoit qu'en dehors des cas prévus par le présent article, une spécialité pharmaceutique ne peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son AMM qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une AMM ou d'une autorisation d'accès précoce et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des connaissances médicales avérées, le recours à ce médicament pour améliorer ou stabiliser l'état clinique de son patient.

Le patient doit alors être informé conformément aux dispositions de cet article et la mention « Prescription hors autorisation de mise sur le marché » doit être portée sur l'ordonnance.

• Le **8° du I** précise que les médicaments faisant l'objet d'un accès précoce ou d'un accès compassionnel, s'ils ne sont pas classés en réserve hospitalière (c'est-à-dire s'ils ne sont pas réservés à un usage au cours d'une hospitalisation), sont présumés inscrits sur la liste des médicaments pouvant être rétrocédés, comme c'est le cas aujourd'hui pour les RTU. Cela signifie qu'ils ne peuvent pas être vendus au détail mais seulement être rétrocédés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé. Cette disposition ne s'appliquera pas s'il existe déjà une distribution au détail pour le cadre d'accès compassionnel (ex-RTU).

4. Coordinations

D'autres dispositions du **I** opèrent les coordinations nécessaires au sein du code de la santé publique :

- à l'article L. 5121-1, qui définit les différents types de médicaments (**1°**) ;
- à l'article L. 5121-14-3, relatif aux obligations de l'entreprise exploitante (**3°**) ;
- à l'article L. 5121-18, relatif aux déclarations de vente des entreprises à l'ANSM (**4°**) ;
- à l'article L. 5121-20, qui prévoit que les modalités de présentation des demandes d'autorisation – et désormais d'encadrement -, le contenu du dossier présenté à l'appui de ces demandes et les conditions et modalités d'octroi, de modification, de renouvellement, de suspension ou de retrait de ces autorisations sont précisées par décret en Conseil d'État (**5°**) ;

– à l’article L. 5123-2, afin de préciser que les médicaments bénéficiant d’un accès compassionnel ou d’un accès précoce sont présumés inscrits sur la liste des médicaments pouvant être achetés, fournis, utilisés et pris en charge par les collectivités publiques même s’ils ne sont pas inscrits sur la liste dédiée. Il procède dans le même temps à la même extension pour les médicaments bénéficiant d’une autorisation d’importation délivrée en cas de rupture de stock, d’un risque de rupture ou d’un arrêt de commercialisation (6°)⁽¹⁾ ;

– à l’article L. 5124-13, qui prévoit que ces autorisations ou cadres valent autorisation d’importation (7°), précision qui ne semble pas nécessaire en ce qui concerne les cadres de prescription ;

– à l’article L. 5124-18, qui porte notamment sur les sanctions financières applicables si les informations demandées ne sont pas transmises à l’ANSM ou à la HAS (9°) ;

– aux articles L. 5422-3 et L. 5422-18, relatifs à la publicité sur les médicaments (10°) ;

– à l’article L. 5432-1, relatif aux sanctions pénales applicables en la matière (11°) ;

– à l’article L. 5521-6, relatif à l’applicabilité de ces régimes dérogatoires à Wallis-et-Futuna (12°).

B. DES MÉCANISMES DE PRISE EN CHARGE SIMPLIFIÉE

Parallèlement à la refonte des règles d’accès à ces mécanismes dérogatoires, le présent article refond totalement les modalités de prise en charge de ces mécanismes définies au sein du code de la sécurité sociale.

Le 6° du II réécrit entièrement les articles L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2.

1. La prise en charge des autorisations d’accès précoce

a. Le principe : une prise en charge dérogatoire

L’article L. 162-16-5-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le présent article, pose les grands principes de la prise en charge par l’assurance maladie des médicaments bénéficiant d’un accès précoce.

(1) Interrogé par le rapporteur général, le Gouvernement a indiqué que cette modification a pour objet de combler un vide juridique. En effet, aujourd’hui il n’existe aucune disposition autorisant les établissements de santé à acheter et utiliser ces médicaments importés. Cependant dans la pratique, ces médicaments sont achetés et utilisés, le cas échéant rétrocédés par les pharmacies à usage intérieur à des patients ambulatoires, par des établissements de santé pour garantir l’accès des patients à ces traitements pour des raisons de santé publique. Ces dispositions visent donc à régulariser une pratique qui, à ce jour, n’a donné lieu à aucun contentieux.

Le I pose le principe de la prise en charge, à titre dérogatoire, des autorisations d'accès précoce dans les établissements de santé autorisés (certains établissements de santé, certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou, désormais, certains hôpitaux des armées).

Le II prévoit les conditions dans lesquelles il est mis fin à cette prise en charge dérogatoire.

Le A du II dispose ainsi que pour chaque indication thérapeutique considérée individuellement, il est mis fin à la prise en charge dérogatoire dès lors que le médicament entre dans le droit commun des médicaments pris en charge après publication de leur prix ou tarif.

Le B du II prévoit qu'il est également mis fin à la prise en charge pour cette indication si :

- l'autorisation d'accès précoce est retirée ou suspendue ;
- le médicament se voit refuser son inscription au remboursement ;
- le laboratoire retire sa demande d'AMM ou d'inscription au remboursement.

Le III reprend une disposition aujourd'hui prévue à l'article L. 162-16-5-2 pour les ATU.

Cette disposition précise que dans le cas où une demande d'inscription sur la liste en sus – qui permet la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments en dehors des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant – est envisagée par le laboratoire, cette demande est adressée au ministre chargé de la santé dans un délai de deux semaines à compter de l'avis de la HAS sur l'inscription de ce médicament sur la liste des produits pouvant être achetés et pris en charge par les collectivités publiques. Cette disposition est importante dans la pratique car, pour retenir le seul exemple des médicaments inscrits pour la première fois sur la liste en sus en 2019, tous sauf deux étaient issus du dispositif d'ATU ou de post-ATU, selon le dernier rapport annuel du CEPS.

Le IV dispose qu'en cas de prise en charge dans ce cadre de l'accès précoce, un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une AMM. Cette disposition, qui s'applique aujourd'hui dans les mêmes termes aux ATU, vise notamment à permettre, si nécessaire, à des médicaments déjà dispensés en ville pour l'indication pour laquelle le médicament dispose déjà d'une AMM une dispensation uniquement par les pharmacies hospitalières, pour des raisons de sécurité sanitaire et de suivi des patients traités.

Le V prévoit qu'un décret en Conseil d'État précisera les modalités d'application de cet article, et notamment les conditions de prise en charge des spécialités disposant d'une autorisation d'accès précoce.

b. Les modalités de fixation du prix et des remises

L'article L. 162-16-5-1-1 réécrit par le présent article précise les modalités de fixation du prix et des remises pour les médicaments faisant l'objet d'un accès précoce.

Le principe fixé par le I reste celui de la fixation d'une indemnité libre et unilatérale par l'industriel.

Ainsi, l'industriel doit déclarer au CEPS l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé dès lors que celui-ci ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente ou d'une prise en charge de droit commun pour l'une de ses indications. Le CEPS rend ces déclarations publiques.

Comme aujourd'hui pour les ATU, le 15 février de chaque année, le laboratoire devra informer le CEPS du chiffre d'affaires correspondant aux autorisations d'accès précoce ainsi que du nombre d'unités fournies au titre de l'année civile précédente. Cette déclaration devra désormais distinguer chaque indication (afin de prendre en compte les extensions d'indication, intégrées à ce dispositif).

Un mécanisme de remises similaires à ce qui existe aujourd'hui pour les ATU est maintenu mais considérablement simplifié. Ainsi, le mécanisme terriblement complexe de « compensation » qui était jusqu'alors prévu pour les prises en charge en post-ATU est heureusement supprimé. Il en va de même pour le mécanisme qui permettait, depuis 2017, de soumettre le laboratoire à un remboursement rétroactif annuel à l'assurance maladie si le montant moyen pris en charge par patient au titre d'une ATU était supérieur à 10 000 euros, pour tout produit dont le chiffre d'affaires excède 30 millions d'euros par an, qui n'a jamais trouvé à s'appliquer.

Le II prévoit en effet un nouveau mécanisme de remises annuelles reversées au fil de l'eau, et calculé sur la base du chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de l'année concernée. Du fait de ce mécanisme de remises annuelles rénové, plus englobant que celui aujourd'hui prévu par la loi, les laboratoires payeront désormais des remises plus importantes pendant toute la durée de la prise en charge dérogatoire, mais moins importantes au moment de la sortie du dispositif.

Les taux de ces remises feront l'objet d'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, obtenu en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée. Ce barème sera fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (A).

Comme l'a souligné le CEPS lors de son audition par le rapporteur général, la mise en place de ces remises annuelles de manière systématique par le biais de ce barème va agir comme un système de provision qui n'existe pas dans le système actuel, et permettra de rendre moins brutale la sortie du dispositif.

Ces taux pourront être majorés (B) dans les cas suivants :

– si l'entreprise ne dépose pas de demande d'AMM ou de demande d'inscription au remboursement contrairement à son engagement initial ;

– en l'absence de signature d'une convention avec le CEPS fixant le prix ou le tarif du médicament dans le délai réglementaire de cent quatre-vingts jours suivant la demande d'inscription au remboursement, et, le cas échéant, à l'issue de nouveaux délais. Selon les informations transmises au rapporteur général par le Gouvernement, « *l'idée est de ne pas prévoir une seule modulation à cette échéance (dès lors que le laboratoire aurait dépassé ces cent quatre-vingts jours l'incitatif serait limité) mais de prévoir d'autres échéances : par exemple, à neuf mois, douze mois etc.* » ;

– en cas d'inscription au remboursement d'une autre spécialité identifiée par la HAS comme répondant au besoin thérapeutique identifié ;

– si l'évaluation réalisée par la HAS, dans le cadre de la demande d'inscription au remboursement, remet en cause la présomption d'innovation de la spécialité considérée.

Ces majorations seront reconductibles chaque année si besoin.

Les conditions d'application de ces majorations seront déterminées par décret en Conseil d'État, afin notamment de déterminer une part minimale du chiffre d'affaires qui ne pourra pas faire l'objet de remises.

Le III précise le mécanisme de remises *a posteriori* qui complète ce mécanisme de remises annuelles.

Parallèlement à ces remises annuelles, un mécanisme de remises *a posteriori* subsistera en effet si le prix ou le tarif de remboursement ultérieurement fixé par le CEPS au titre de l'AMM est inférieur au montant de l'indemnité demandé par l'industriel. Au contraire, si le prix fixé par le CEPS au titre de cette indication est finalement plus élevé que la compensation qui avait été fixée par le ministre, la différence lui sera restituée, dans la limite des remises annuelles qui auront été versées sur la période (A).

La convention ou la décision fixant le prix net de référence fixera également le montant de cette remise.

Simplifié par rapport à la situation actuelle, le calcul du chiffre d'affaires par le CEPS prendra en compte :

– le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues sur l'ensemble de la période concernée par la prise en charge dérogatoire (accès précoce comme compassionnel si un tel accès en avance de phase a précédé l'accès précoce) au titre de l'indication considérée au prix de référence fixé *in fine* ;

– le chiffre d'affaires effectivement facturé aux établissements de santé après déduction des remises annuelles et éventuellement des remises dues dans le cadre de l'accès compassionnel (en cas de prise en charge en avance de phase) dans cette indication.

Les modalités de versement de cette remise *a posteriori* ne changent en revanche pas (B) : elles sont versées en une seule fois, et au titre de l'année civile au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication concernée a lieu.

Le laboratoire pourra par ailleurs, comme prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 dans le cas des ATU, être exonéré du versement de ces remises s'il signe avec le CEPS une convention prévoyant :

– soit un étalement sur deux ans consécutifs au maximum de la période de versement des remises, pour un moment qui ne peut être inférieur aux remises qui auraient dû être versées ;

– soit le versement en une seule fois, au titre de l'année de l'inscription au remboursement, d'un montant de remise égal à celui prévu hors convention, auquel cas pourra être appliquée une décote maximale de 3 %. Dans ce dernier cas, le laboratoire devra, pour bénéficier de la décote, adapter en conséquence sa négociation avec le CEPS pour la définition du prix du médicament mis sur le marché.

Ce dispositif, introduit dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, semble en effet rencontrer le succès escompté : selon le rapport annuel du CEPS pour 2020, pour toutes les spécialités concernées, à l'exception d'une seule, les entreprises ont signé avant le 1^{er} mai 2020 une telle convention exonératoire. Le rapporteur général tient toutefois à rappeler que dans l'esprit du législateur, cette décote n'est pas systématique mais doit bel et bien être négociée.

Le mécanisme introduit dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale, qui prévoyait que pour chaque indication considérée, le ministre chargé de la sécurité sociale communique au laboratoire concerné un montant prévisionnel auquel l'assurance maladie pourrait finalement prendre en charge cette indication, est en revanche supprimé avant même d'être entré en vigueur dans la pratique. En effet, le versement de remises annuelles « au fil de l'eau » devrait permettre d'éviter aux entreprises pharmaceutiques des remises trop importantes au moment de la sortie du dispositif.

Le IV prévoit, comme c'est le cas actuellement, que lorsqu'une indication particulière est inscrite sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités, et qu'aucune inscription sur une autre liste ouvrant droit à une prise en charge au titre de cette indication n'est intervenue dans les deux mois, le CEPS peut alors retenir un prix de référence, ou faire évoluer le prix de référence précédemment retenu pour cette indication, en s'appuyant sur les critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus par le code de la sécurité sociale. Ce prix de référence « virtuel » servira de base au reversement de remises sur la période d'accès précoce.

En effet, lorsqu'un médicament est inscrit sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, ce médicament est financé sur les tarifs de prestations hospitalières par le biais des groupes homogènes de séjours (GHS). Les prix d'achat résultent alors d'appels d'offres passés directement par les établissements de santé. Dès lors, une disposition spécifique est nécessaire pour déterminer le montant des remises dues étant donné qu'aucun prix de référence n'a été fixé.

Les modalités de versement de cette remise *a posteriori* sont également applicables lorsqu'il est mis fin à la prise en charge d'une indication thérapeutique prise en charge en accès précoce sans qu'elle soit finalement inscrite au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché. Dans ce cas, le CEPS fixe également un prix de référence « virtuel » dans les mêmes conditions que lorsqu'une indication n'est inscrite que sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Le V prévoit que l'ensemble des dispositions de cet article entièrement réécrit seront précisées par décret en Conseil d'État.

c. Continuité des traitements

Le 8° du II de l'article L. 162-16-5-4, relatif à la continuité des traitements en ATU, est adapté au cadre de l'accès précoce.

Comme aujourd'hui, le laboratoire devra s'engager à garantir la continuité des traitements initiés sous ATU :

- pendant la durée de la prise en charge dérogatoire ;
- puis pendant une durée minimale suivant la fin de cette prise en charge, fixée par décret dans la limite d'un an (la loi fixe aujourd'hui directement cette durée minimale à un an).

Comme aujourd'hui, ces dispositions ne s'appliqueront pas si la spécialité fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients.

Durant cette période de continuité de traitement, les mêmes règles de dispensation (en rétrocession par exemple) et de prise en charge (prix libre et versement des remises même si la prise en charge s'est arrêtée) s'appliqueront désormais.

Pour les médicaments uniquement inscrits sur la seule liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités territoriales dans l'indication concernée, dans l'attente de la fixation du prix de référence, le CEPS fixera également un prix de référence « virtuel » permettant le calcul des remises.

Ces dispositions relatives au système de remises au cours de la période de continuité de traitement apparaissent peu claires et incomplètes, et mériteraient d'être clarifiées.

2. La prise en charge dans le cas d'un accès compassionnel

L'article L. 162-16-5-2 précise les modalités de prise en charge des médicaments bénéficiant d'un accès compassionnel.

Comme les autorisations d'accès précoce, elles feront l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie (I).

a. Les modalités de fixation du prix et des remises

Deux cas de figure sont prévus par le présent article en ce qui concerne la prise en charge de ces médicaments bénéficiant d'un accès compassionnel (II).

Le premier est celui dans lequel le médicament est déjà pris en charge par la sécurité sociale, défini au A du II (dans le cas correspondant aux ex-RTU). Dans ce cas, il est pris en charge sur la base du prix et du niveau remboursement qui a déjà été fixé, en fonction du statut du médicament.

Le second cas est celui dans lequel le médicament n'est pas encore – dans aucune indication – pris en charge dans le droit commun, défini au B du II. Dans ce cas, il est pris en charge soit :

– sur la base du prix facturé aux établissements de santé et donc défini unilatéralement par le laboratoire. Ce prix devra être préalablement déclaré aux ministres de la santé et de la sécurité sociale ;

– sur une base forfaitaire annuelle par patient définie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté peut également fixer un prix de vente aux patients ou aux établissements.

Dans la pratique, cette option devrait être privilégiée par les pouvoirs publics si les laboratoires pratiquent des prix exorbitants.

Ces dispositions ne s'appliqueront pas si le médicament est inscrit sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques, c'est-à-dire des médicaments intra-GHS, et qu'un prix maximal de vente a été fixé.

Le III prévoit que dans le cas où les ministres n'ont pas fixé de forfait annuel pour la prise en charge du médicament, le laboratoire reversera chaque année des remises, recouvrées par les URSSAF pour le compte de l'assurance maladie. Les taux de remises seront définis, comme pour l'accès précoce, selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté.

Le chiffre d'affaires sera obtenu, comme dans le cas des accès précoces, en multipliant le chiffre d'affaires total facturé par l'entreprise par la part d'utilisation de la spécialité dans l'indication considérée (A).

Comme pour le mécanisme d'accès précoce également, ces taux de remises pourront être majorés (B).

Un taux de remise majoré pourra ainsi être appliqué dans le cas spécifique et dérogatoire dans lequel des essais cliniques sont menés sur le médicament mais qu'une autorisation est malgré tout attribuée en avance de phase.

Dans ce cas, qui est conditionné à l'engagement de l'entreprise pharmaceutique à déposer une demande d'accès précoce dans les trois mois à compter de la délivrance de l'autorisation, le manquement à cet engagement justifie une majoration (1°).

Une majoration peut également être appliquée dans ce cas de figure spécifique si le nombre d'autorisations excède des seuils graduels fixés par arrêté, afin d'inciter le laboratoire à s'engager dans le dispositif d'accès précoce (2°). Ce mécanisme fait écho à celui adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, qui prévoyait que le nombre total d'ATU nominatives délivrées pour un même médicament ne devrait pas dépasser un seuil fixé par arrêté. Il apparaît toutefois plus pertinent et plus favorable aux patients que ce dernier.

Comme pour le taux de remise majoré prévu pour le mécanisme d'accès précoce, ces majorations seront reconductibles chaque année si nécessaire. Les conditions d'application de ces majorations seront déterminées par décret en Conseil d'État, afin notamment de déterminer une part minimale du chiffre d'affaires qui ne pourra pas faire l'objet de remises.

b. Contreparties pouvant être demandées aux laboratoires

Le IV prévoit la possibilité qu'un arrêté conditionne la prise en charge :

- à l'obligation de déposer une demande d'inscription au remboursement ;
- à l'obligation de respecter des conditions particulières de dispensation, cohérentes avec les obligations prévues par le protocole thérapeutique et de suivi.

En cas de manquement à ces conditions, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré. Elle est reconductible, le cas échéant, chaque année, et recouvrée par les Urssaf, selon les modalités habituelles prévues par le code de la sécurité sociale.

c. Conditions de cessation de la prise en charge d'un médicament en accès compassionnel

Le V précise les conditions de cessation de prise en charge de l'accès compassionnel.

Il y est mis fin de manière automatique si :

– une autorisation d'accès précoce est délivrée dans l'indication considérée ;

– l'indication considérée rentre dans une prise en charge de droit commun ;

Une cessation de cette prise en charge peut également intervenir par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale si :

– l'autorisation d'accès compassionnelle est retirée ou suspendue ;

– une alternative thérapeutique, identifiée par la HAS, fait l'objet d'une prise en charge de droit commun.

Le VI prévoit les conditions de la continuité de la prise en charge de ces médicaments, afin d'éviter les ruptures de prise en charge pour les patients.

Ainsi, un médicament qui faisait l'objet d'une prise en charge compassionnelle peut continuer à être pris en charge même après la délivrance de l'AMM dans cette indication, dans l'attente de l'inscription de ce médicament au remboursement. Cette prise en charge cesse si aucune décision d'inscription n'a été prise dans les sept mois suivant l'octroi de l'AMM dans l'indication considérée ou qu'aucune demande d'inscription n'a été déposée dans le mois suivant l'octroi de l'AMM.

Comme aujourd'hui, un médicament pourra également continuer à être pris en charge pour certains patients après la fin de la période d'accès compassionnel, s'il n'est pas entré dans le cadre de remboursement de droit commun pour l'indication considéré, dans le cadre des autorisations d'accès compassionnel correspondant aux ex-ATU nominatives. Le médicament continuera ainsi à être remboursé si et seulement si le traitement a été initié pendant la période de l'accès compassionnel, et sauf si l'indication considérée a fait l'objet d'une évaluation défavorable au moment d'obtenir l'AMM.

Le VII prévoit, comme pour le mécanisme d'accès précoce, qu'un arrêté des ministres peut modifier les conditions de dispensation des spécialités déjà prises en charge au titre d'une AMM. Cette disposition, qui s'applique aujourd'hui dans les mêmes termes aux ATU, vise notamment à permettre, si nécessaire, à des médicaments déjà dispensés en ville pour l'indication pour laquelle le médicament dispose déjà d'une AMM une dispensation uniquement par les pharmacies hospitalières, pour des raisons de sécurité sanitaire et de suivi des patients traités.

Le VIII prévoit que l'application du présent article fera l'objet d'un décret en Conseil d'État.

3. Coordinations

Plusieurs dispositions du II du présent article opèrent les coordinations nécessaires au sein du code de la sécurité sociale :

– à l'article L. 133-4, relatif au recouvrement des indus en cas d'inobservation des règles de facturation (1°) ;

– aux articles L. 138-10 et L. 138-11, relatifs à la clause de sauvegarde (2° et 3°) ;

– à l'article L. 162-16-5, relatif à la fixation du prix des spécialités (5°) ;

– à l'article L. 162-16-5-3, relatif aux conditions de prescription des ATU (7°°) ;

– à l'article L. 162-17-1-2, relatif aux recueils des données de vie réelle des médicaments (9°) ;

– à l'article L. 162-17-2-1, qui précise actuellement les conditions de prise en charge des RTU (10°) ;

– aux articles L. 162-17-4 et L. 162-18, relatifs aux conventions conclues entre les industriels et le CEPS (11° et 12°) ;

– à l'article L. 162-22-7-3, relatif à la prise en charge des médicaments bénéficiant d'une ATU (et désormais d'un accès précoce) sur la liste en sus (13°) ;

– à l'article L. 182-2, relatif au rôle de l'UNCAM (14°) ;

– à l'article L. 315-2, relatif à la mise sous accord préalable (15°).

Le III du présent article opère également une coordination nécessaire à l'article 281 *octies* du code général des impôts relatif au taux de TVA applicable aux médicaments.

C. ENTRÉE EN VIGUEUR

Le **IV** du présent article précise l'entrée en vigueur de ce nouveau système de prise en charge dérogatoire.

Il entrera en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2021 (A).

Les spécialités bénéficiant aujourd'hui d'une autorisation temporaire d'utilisation qui ne prendra fin qu'après cette date resteront régies, jusqu'à leur terme, par les dispositions actuelles du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale. Elles ne pourront ensuite pas être renouvelées, mais pourront alors faire l'objet d'une autorisation d'accès précoce ou d'accès compassionnel, dans les conditions définies au présent article. Dans le cas où elles bénéficieraient ensuite d'une autorisation d'accès précoce, le calcul de la remise *a posteriori* prendra également en compte le chiffre d'affaires de la période d'ATU.

De même, les dispositions antérieures relatives à la continuité des traitements restent applicables aux ATU délivrées avant l'entrée en vigueur du nouvel article (B).

En revanche, les spécialités qui font aujourd'hui d'une prise en charge en post-ATU feront l'objet d'une prise en charge sous le nouveau régime dès l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions (C).

Les spécialités qui font aujourd'hui l'objet d'une RTU dont l'échéance est postérieure à l'entrée en vigueur de la loi passeront automatiquement dans le cadre de l'accès compassionnel au moment de l'entrée en vigueur de ces dispositions. Elles demeurent toutefois soumises aux conditions de prise en charge actuelles (D).

Enfin, pour l'application des dispositifs relatifs aux remises relatives aux ATU compassionnelle, d'ici à la mise en place dans les officines de ville du codage des spécialités par indication thérapeutique et au plus tard le 1^{er} janvier 2023, les remises seront calculées sur la base d'une fraction du chiffre d'affaires annuel réalisé pour cette spécialité, déterminée par décret des ministres chargé de la sécurité sociale dans la limite de 10 % (E).

*

* *

Article 39

Renforcer la qualité des prestations de soins à domicile

Adopté par la commission sans modification

L'article crée, sous l'égide de la Haute Autorité de santé, une procédure de certification qualité des prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM). Seules les structures disposant de cette certification peuvent être conventionnées, c'est-à-dire adhérer à l'accord avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le conventionnement permet aux PSDM de délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie.

I. LE DROIT EXISTANT : UN SECTEUR ENCORE PEU RÉGULÉ

A. LES PRESTATAIRES : DES ACTEURS INCONTOURNABLES DE LA DISTRIBUTION DE MATÉRIEL MÉDICAL À DOMICILE

1. Des missions définies par arrêté

Les prestataires de services et les distributeurs de matériels (PSDM) délivrent des dispositifs destinés à favoriser le retour à domicile d'une personne, après une hospitalisation par exemple, ainsi qu'à favoriser l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap. La profession n'est pas explicitement définie dans la loi. Elle n'est mentionnée qu'à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique, et uniquement au travers des obligations qu'elle a de disposer de personnels formés et de respecter des règles de bonne pratique.

C'est un arrêté ministériel ⁽¹⁾ qui énumère les missions pouvant être assurées par les PSDM ainsi que les matériels et services qu'ils peuvent délivrer. La place de la prestation dans les interventions à domicile des PSDM varie selon le type de matériel et de pathologies du patient.

À noter que les PSDM n'ont pas le monopole de la distribution en ville des produits et prestations énumérés par l'arrêté de 2006. Les pharmaciens peuvent également vendre ces produits et réaliser les prestations afférentes.

(1) Arrêté du 19 décembre 2006 définissant les modalités de la délivrance mentionnées aux articles D. 5232-10 et D. 5232-12 et fixant la liste des matériels et services prévue à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique.

Les missions pouvant être exercées par les PSDM

1. La prise en compte, lorsqu'elles existent, de la prescription et de la préconisation de matériels réalisées par l'équipe pluridisciplinaire dans les conditions prévues à l'article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles ou de la demande de la personne et/ou de son entourage ;
2. L'information de façon adaptée, intelligible et loyale, la présentation objective à la personne ou à son entourage, de plusieurs matériels, s'il y a lieu, pouvant répondre à ses besoins avec leurs avantages, leurs inconvénients, leurs coûts et les niveaux de prise en charge possibles par les organismes d'assurance maladie ou par la prestation de compensation définie aux articles L. 245-1 à L. 245-14 du code de l'action sociale et des familles et la démonstration du fonctionnement des matériels avec la personne ou son entourage en s'assurant de sa bonne compréhension ;
3. S'il y a lieu, les essais de plusieurs matériels, à l'exception des matériels sur mesure, chez le prestataire ou au lieu de vie de la personne selon le matériel délivré ;
4. La fourniture de devis ;
5. L'information sur les conditions de garantie et la durée de vie habituelle avec remise d'une version actualisée du document d'information et de la notice d'utilisation, pour le matériel qui le nécessite ;
6. La délivrance du matériel et des consommables nécessaires à son utilisation, qui doit respecter le choix du patient et, s'il y a lieu, la prescription ou la préconisation par l'équipe pluridisciplinaire ;
7. Le rappel des conditions d'utilisation du matériel conformément aux exigences de sécurité, à son entretien, le cas échéant à sa désinfection et à la sécurité de son utilisation ;
8. L'établissement des documents nécessaires à la personne et, pour chaque personne prise en charge, un dossier contenant tous les éléments permettant le suivi de la personne, du matériel et service délivrés ;
9. La livraison, si nécessaire, au lieu de vie de la personne ;
10. La mise en service et la vérification du bon fonctionnement du matériel dans l'environnement dans lequel il doit être utilisé ;
11. La facturation ;
12. La mise en place, si nécessaire, d'un service d'astreinte téléphonique ;
13. Le service après-vente, la maintenance et les réparations comprenant l'intervention technique sur un matériel défectueux soit au local professionnel, soit au lieu de vie, dans les délais prévus réglementairement lorsqu'ils existent et dans tous les cas dans des délais raisonnables par rapport aux besoins de la personne et du type de matériel ;
14. S'il y a lieu, le contrôle régulier de l'observance, en vue d'alerter le médecin traitant en cas d'anomalies ;
15. Le contrôle, s'il y a lieu, de la bonne utilisation du matériel, le rappel éventuel des informations, en coordination avec l'équipe médicale et les auxiliaires médicaux en charge de la personne ;
16. Le signalement des incidents ou risques d'incidents de matériovigilance résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux, conformément à la réglementation en vigueur ;
17. En cas de location, la récupération du matériel, si nécessaire au lieu de vie de la personne, le nettoyage et la désinfection et la vérification technique du matériel entre deux personnes.

Les produits et services que peuvent délivrer les PSDM sont également listés dans l'arrêté de 2006⁽¹⁾.

La nature des prestations que peuvent réaliser les PSDM fait l'objet de nombreuses controverses. Sur le terrain, ces derniers sont parfois amenés à exercer des missions plus importantes que celles qui leur sont aujourd'hui confiées par le code de la santé publique. Par exemple, ils peuvent être amenés à jouer un rôle central dans l'organisation de sorties d'hospitalisation alors même que la législation en vigueur ne prévoit pas qu'ils remplissent ces activités. De même, ils se sont récemment vu confier la possibilité réaliser l'accompagnement thérapeutique dans le cadre des expérimentations dites « ETAPES » liées à la télésurveillance, contrairement aux dispositions législatives en vigueur.

2. La profession connaît un développement important

Les PSDM sont devenus des acteurs incontournables de la distribution de matériel médical pour les patients à domicile, mission qui était historiquement assurée par les pharmaciens d'officine. La profession revendique l'accompagnement de deux millions de patients. Elle a connu un développement récent important qui s'explique en partie par une évolution structurelle des besoins de dispositifs à domicile (vieillesse, maladies chroniques, maintien à domicile et virage ambulatoire).

Les PSDM sont des acteurs importants tant de la vente au guichet (plusieurs d'entre eux ont fait le choix d'avoir des réseaux de magasins ouverts au grand public) que de la vente à domicile, en direct ou bien en sous-traitance pour le compte d'une pharmacie d'officine ou d'une structure d'hospitalisation à domicile (HAD).

3. Les dépenses d'assurance maladie pour les dispositifs médicaux et les prestations associées ont fortement augmenté ces dernières années

Conformément à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, les produits et prestations délivrés par les PSDM qui figurent sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) font l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. Cette liste est établie par le ministère en charge de la santé, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS).

Tous les produits et prestations qui figurent sur cette liste ne peuvent pas être distribués par les PSDM. La distribution de certains produits relève, en effet, exclusivement des pharmaciens, des établissements de santé ou de professionnels de santé spécialisés (opticiens, orthoprothésistes...). À l'inverse, les PSDM peuvent distribuer des produits ne figurant pas sur cette liste ⁽²⁾.

(1) Il s'agit des dispositifs médicaux d'oxygénothérapie, des systèmes actifs pour perfusion, des matériels pour nutrition entérale, des appareils de ventilation, des appareils pour pression positive continue, des dispositifs médicaux d'aérosolthérapie pour pathologies respiratoires chroniques, des lits médicaux et de leurs accessoires, des supports d'aide à la prévention et d'aide au traitement de l'escarre (supports de lits et de fauteuils) et aides techniques à la posture, des véhicules pour personnes handicapées (VPH), quels que soient le type et le mode de propulsion.

(2) À noter que certains produits et prestations ne font pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie mais peuvent être pris en charge, du moins partiellement, par des prestations spécifiques (allocation personnalisée d'autonomie ou prestation de compensation du handicap par exemple).

Le comité économique des produits de santé (CEPS) est chargé de fixer le tarif de remboursement ⁽¹⁾ par l'assurance maladie et, le cas échéant, le prix de vente et le prix de cession pour les distributeurs finaux. Trois modes de tarification différents existent pour les dispositifs médicaux : soit seul le dispositif médical est tarifé mais le tarif inclut la prestation associée (modalité de plus en plus rare), soit la prestation est tarifée de façon distincte du dispositif, soit la prestation et le dispositif sont tarifés ensemble au sein d'un forfait.

Le taux de remboursement est ensuite fixé par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), en application de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale. Ce taux de remboursement se situe entre 40 % et 50 % ⁽²⁾.

Les dépenses d'assurance maladie pour les produits et prestations associées délivrés par les PSDM sont en constante augmentation. En 2018, elles ont représenté près de 6,4 milliards d'euros ⁽³⁾, avec une forte dynamique (+ 30 % depuis 2012). 65 % des montants remboursés se concentrent sur cinq postes : appareil respiratoire, métabolisme (diabète essentiellement), maintien à domicile, dermatologie (pansements) et appareil digestif et abdomen.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX ET PRESTATIONS ASSOCIÉES DES TITRES I^{ER} ET IV DE LA LPPR ⁽¹⁾

(en millions d'euros)

Titre	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1	1 895	2 138	2 364	2 378	2 575	2 694	2 837	3 065	3 255	3 465	3 664	3 849
4	81	90	100	86	86	88	88	91	96	98	99	104
Total	1 975	2 228	2 464	2 464	2 661	2 782	2 925	3 155	3 351	3 563	3 763	3 953
Evol.		12,8%	10,6%	-0,0%	8,0%	4,5%	5,2%	7,9%	6,2%	6,3%	5,6%	5,0%

Source : Inspection générale des affaires sociales.

(1) Entrent dans le champ de compétence des PSDM principalement les dispositifs et prestations relevant du titre I^{er} de la LPPR (« Dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements ») et du titre IV (« Véhicules pour handicapés physiques de la LPPR »), ainsi plus marginalement que du titre II (« Orthèses et Prothèses externe »), chapitre IV (« Prothèses externes non orthopédiques »).

B. UN ENCADREMENT RÉGLEMENTAIRE JUGÉ INSUFFISANT

Les PSDM sont concernés par les dispositions de droit commun applicables aux entreprises commerciales, notamment celles relatives à l'information des consommateurs sur les prix et les conditions de vente. Le contrôle de ces textes est en particulier assuré par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) et son réseau.

(1) Le CEPS fixe le tarif de responsabilité, c'est-à-dire le tarif sur la base duquel intervient le remboursement de la sécurité sociale.

(2) 8° de l'article R. 160-5 du code de la sécurité sociale.

(3) Ce montant prend également en compte les dépenses de dispositifs et prestations délivrés par les pharmacies d'officine.

Ils sont également concernés par certains textes, peu nombreux, qui encadrent directement l'exercice de la profession :

– les PSDM doivent disposer de personnel qualifié en fonction du type de matériel ou de service concerné (articles D. 5232-1 à D. 5232-3 du code de la santé publique). Le contrôle de cette règle relève à titre principal de l'assurance maladie.

– les matériels et services délivrés doivent respecter des règles de sécurité sanitaire dont le contrôle relève de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ;

– les PSDM doivent suivre des règles professionnelles (articles D. 5232-4 à D. 5232-9 du code de la santé publique) et des règles de bonnes pratiques (articles D. 5232-10 à D. 5232-15). Ces règles portent sur les notions d'éthique, de déontologie, de respect des droits des patients, de secret professionnel ainsi que sur l'obligation d'assurer une information complète de la personne concernée ou de son entourage. À noter que les PSDM sont également assujettis aux réglementations dites « anti-cadeaux »⁽¹⁾ ;

La charte et la certification des activités de promotion des dispositifs médicaux

L'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a complété les règles existantes de bonnes pratiques en :

– instaurant, sur le modèle de ce qui existe pour les médicaments, le principe d'une charte de la visite médicale pour les dispositifs médicaux à usage individuel (article L. 162-17-9 du code de la sécurité sociale). Conclue entre le CEPS et un ou plusieurs syndicats regroupant les fabricants et distributeurs des produits relevant de la LPPR, cette charte vise à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins ou conduire à des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ;

– prévoyant une procédure de certification des activités de présentation, d'information ou de promotion des dispositifs médicaux, mise en œuvre sous l'égide de la Haute Autorité de santé (article L. 161-37 du code de la sécurité sociale).

Le projet de charte étant toujours en concertation, ces deux mesures n'ont, pour l'heure, pas pu se concrétiser.

● *L'enregistrement des PSDM*

Les règles relatives à l'installation des PSDM sont peu contraignantes. Seule la dispensation de l'oxygène à usage médical doit faire l'objet d'une autorisation administrative. Pour leurs autres activités, les PSDM ont uniquement l'obligation, s'ils souhaitent facturer et bénéficier des remboursements prévus par la LPPR, d'enregistrer leur activité auprès de l'assurance maladie.

(1) La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a mis en place un dispositif anti-corruption dans le but de moraliser les relations entre les industriels et les professionnels de santé.

Depuis 2012, ce sont les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) qui sont chargées de cette procédure d'enregistrement. Elles vérifient essentiellement la complétude du dossier des PSDM. Cet enregistrement provoque l'inscription du PSDM au fichier national des professionnels de santé de l'assurance maladie.

- *Le conventionnement des PSDM*

Si les PSDM souhaitent, en plus, faire bénéficier leurs patients du tiers payant par l'assurance maladie, ils doivent alors adhérer à la convention nationale avec l'UNCAM. Cette démarche, prévue à l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale, n'a rien d'obligatoire mais est presque généralisée.

La dernière convention, qui date de 2016, impose, en contrepartie du tiers payant, un certain nombre de mesures aux PSDM au titre desquelles figurent, par exemple, l'obligation de bonnes pratiques de dispensation, l'interdiction des procédés incitatifs à la prescription, l'accès de l'assurance maladie aux données de télésuivi ou la poursuite d'objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses. Toutefois, le dispositif de sanction prévu par la convention est relativement inopérant.

C. DES PRESTATIONS DE QUALITÉ HÉTÉROGÈNE

Si, pris dans sa globalité, le secteur ne présente pas de risques majeurs en terme de qualité et sécurité, il existe de vraies disparités en fonction des prestataires.

La qualité des prestations des PSDM est très peu réglementée. La réglementation porte en effet davantage sur les dispositifs médicaux que sur les prescriptions associées. La description des prestations relève pour la quasi-intégralité d'entre elles de la LPPR. Or, comme le rappelle l'IGAS, cette dernière est un outil de tarification qui n'a normalement pas vocation à décrire en détail les prestations faisant l'objet du remboursement.

Les contrôles de la qualité des prestations sont rares. À l'exception de l'oxygénothérapie, soumise à autorisation, les ARS ne régulent pas le secteur. L'ANSM ne réalise que peu de vérifications de la sécurité des dispositifs médicaux. L'assurance maladie contrôle davantage la facturation et la pertinence que le respect de critères de qualité. La DGCCRF effectue des contrôles au titre de la protection du consommateur mais leur nombre reste relativement limité.

Des manquements « inquiétants »

« Quand des contrôles sont réalisés, ils révèlent toutefois des manquements inquiétants : l'ANSM avait souligné les lacunes en matière de désinfection et de signalement des événements indésirables lors de ses contrôles en 2011-2013. La CRAMIF, qui conduit des vérifications et contrôles sur place, constate aujourd'hui encore des anomalies par rapport aux conditions réglementaires d'exercice, portant notamment sur les qualifications. Enfin, la DGCCRF a réalisé une enquête en 2016, sur près de 90 établissements, qui apporte un autre éclairage : outre les manquements dans l'information des assurés-consommateurs et le contenu des contrats qui leur sont remis, certains distributeurs ne disposaient d'aucun salarié ayant la qualification reconnue, ou la formation spécifique nécessaire à l'exercice de leurs fonctions. La DGCCRF a constaté un taux d'anomalie qui s'élève à 51 %. Le rapport de branche indique que 18 % des salariés concernés n'ont pas encore suivi la formation obligatoire. »

Extrait du rapport Missions des prestataires de services et distributeurs de matériel, IGAS, janvier 2002.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : GARANTIR UN NIVEAU DE QUALITÉ SUFFISANT DES PRESTATIONS

L'article vise à garantir un niveau suffisant de qualité des prestations. Il s'agit d'ailleurs d'une demande forte émanant du secteur. Comme l'indique l'IGAS, l'ensemble des acteurs souhaitent que la réglementation et la politique de contrôle soient durcies afin de renforcer les garanties en matière de qualité et de formation des prestataires.

A. UNE NOUVELLE PROCÉDURE DE CERTIFICATION QUALITÉ EST CRÉÉE SOUS L'ÉGIDE DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

L'article crée une nouvelle procédure de certification visant à renforcer les garanties en matière de qualité, de sécurité et de respect des bonnes pratiques. Le Gouvernement reprend donc une proposition ancienne de l'IGAS, faite dans ses différents rapports consacrés aux dispositifs médicaux en 2010, 2013 et 2020.

Pour ce faire, le **a** du **1°** du **I** ⁽¹⁾ modifie l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale pour confier à la HAS deux nouvelles missions : celle d'établir un référentiel des bonnes pratiques et celle d'établir et de mettre en œuvre les procédures de certification des PSDM.

Le Gouvernement n'a pas retenu la piste, évoquée par certains acteurs du secteur, consistant à étendre le champ des activités des PSDM relevant d'une autorisation des ARS, au-delà de la seule oxygénothérapie. Le rapporteur général note que l'IGAS avait également exclu cette piste, en raison du manque de moyen des ARS et de la nature des activités des PSDM, lesquelles bénéficient d'une totale

(1) Le **b** du **1°** du **I** précise que, dans le cadre de ces nouvelles missions, la HAS devrait prendre en compte les risques de maltraitance.

liberté d'installation. Les dispositifs d'autorisation ont, en effet, surtout un intérêt s'ils accompagnent une régulation de l'offre.

Le 1° du II prévoit que le référentiel qualité soit rendu public au plus tard le 31 décembre 2021. Comme le suggère l'IGAS, la HAS pourra s'appuyer, pour élaborer ce référentiel, sur les référentiels ou labels déjà existants et portés par la profession (QUALIPSAD, label Responsabilité & Santé, Cap Handéo...), ainsi que sur les exigences de la norme générale ISO 9001, une fois adaptée aux exigences réglementaires spécifiques aux PSDM. Le rapporteur général insiste sur la nécessité d'actualiser régulièrement ce référentiel, de manière à ce qu'il soit toujours en phase avec les évolutions techniques et médicales.

La nouvelle certification qualité a donc un champ beaucoup plus large que la certification prévue au 13° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale qui concerne le respect, par les prestataires, des obligations réglementaires relatives aux activités de promotion des produits et prestations, dans le cadre de la charte de la visite médicale prévue par l'article 58 de la LFSS 2018.

Le rapporteur général salue cette disposition qui permet d'appliquer aux PSDM des règles similaires à celles des acteurs des champs sanitaire et médico-social. En effet, à l'exception des professionnels de santé libéraux, tous ces acteurs sont soumis à des dispositifs de certification, d'accréditation ou d'évaluation externe. Cette nouvelle certification ne s'appliquera certes pas aux pharmaciens d'officine, qui sont susceptibles d'intervenir sur le même champ d'activité que les PSDM, mais, comme le rappelle l'IGAS, la procédure d'autorisation des officines et l'ensemble des contraintes réglementaires (notamment de diplômes) offrent déjà des garanties suffisantes.

B. L'OBTENTION DE LA CERTIFICATION QUALITÉ DEVIENT UN PRÉALABLE AU CONVENTIONNEMENT AVEC L'ASSURANCE MALADIE

Le 2° du I modifie les modalités du conventionnement entre l'UNCAM et les organisations professionnelles de PSDM. Pour cela, il complète l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale par un II portant spécifiquement sur les PSDM. Les modalités de conventionnement entre l'UNCAM et les représentants des pharmacies d'officine (qui figureront dans le I de l'article L. 165-6 modifié) restent, elles, identiques.

Les modifications apportées par le 2° du I au conventionnement entre l'UNCAM et les PSDM sont les suivantes :

– l'accord pourra porter, non plus seulement sur la qualité, les prix maximaux pratiqués et les modalités du mécanisme de tiers payant mais également sur les « modalités de délivrance et de prise en charge de ces produits et prestations » (alinéa 9) ;

– alors que le droit existant laisse la possibilité de conclure ou non des accords portant sur les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), le projet de loi prévoit désormais que l'accord conclu entre l'UNCAM et les PSDM devra nécessairement prévoir des dispositions adaptées à ces personnes ⁽¹⁾. Le projet de loi laisse, comme aujourd'hui, la possibilité au Gouvernement, en l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne respectent pas les dispositions législatives, de fixer par arrêté les obligations s'imposant aux distributeurs (alinéa 9) ;

– alors qu'actuellement, tous les PSDM inscrits au fichier national des professionnels de santé peuvent adhérer à l'accord, seuls ceux qui disposeront de la nouvelle certification qualité y seront désormais autorisés (alinéa 10) ;

– alors qu'actuellement, les accords nationaux signés entre l'UNCAM et les professionnels peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêtés ministériels, seuls ceux qui disposeront de la nouvelle certification qualité pourront désormais se voir appliquer l'accord négocié (alinéa 10).

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement précise que l'adhésion conventionnelle sera notamment conditionnée à une déclaration annuelle des PSDM de leurs champs d'activités, de leur volume d'activité, de leur territoire d'intervention ainsi que des qualifications en leur sein.

Le 3^o du I opère une coordination juridique.

C. LE CONVENTIONNEMENT CONDITIONNE DÉSORMAIS LA PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE

Le 2^o du I prévoit désormais que seuls les prestataires conventionnés peuvent, à partir du 1^{er} janvier 2023 (2^o du III), délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie (alinéa 11). Le cadre juridique du dispositif conventionnel évolue d'une simple convention de tiers payant vers une véritable convention de remboursement.

Dans le cas où aucun accord n'est conclu avec l'UNCAM, l'article prévoit que seuls les PSDM disposant de la qualification peuvent délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie.

Le Gouvernement estime que la mise en place de la certification qualité et le fait de conditionner le déclenchement du remboursement à cette certification pourraient permettre une économie de 30 millions d'euros par an.

*

* *

(1) Comme aujourd'hui, ces dispositions devront prévoir soit l'obligation, pour les distributeurs, de proposer des prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge par l'assurance maladie, soit un montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires de la CSS.

Article 40

Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

Adopté par la commission sans modification

Cet article supprime le fonds de la complémentaire santé solidaire (CSS), dans une démarche de simplification de l'action administrative. Il confie les missions de l'actuel fonds à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et au ministère chargé de la sécurité sociale, au titre de leurs compétences respectives :

- le financement de la CSS est confié à la CNAM, qui se voit, en contrepartie, affecter la totalité de la taxe de solidarité additionnelle ;
- deux missions sont confiées au ministère chargé de la sécurité sociale : la gestion de la liste des organismes habilités à gérer la CSS et le suivi du fonctionnement de la CSS ;
- le contrôle des dépenses de CSS est confié à l'ACOSS.

Cet article entérine la décision, prise lors du quatrième comité interministériel de la transformation publique du 15 novembre 2019, de supprimer le fonds de la complémentaire santé solidaire. Ce fonds prend actuellement en charge les dépenses engagées par les organismes gestionnaires de la complémentaire santé solidaire (caisses d'assurance maladie ou organismes complémentaires) au titre des prestations servies aux bénéficiaires de cette protection complémentaire en matière de santé (avec et sans participation financière des bénéficiaires).

Cette suppression n'implique néanmoins pas la disparition des missions du fonds, qui seront reprises par l'organisme de tutelle (la direction de la sécurité sociale) et par les organismes de sécurité sociale (Caisse nationale de l'assurance maladie et Agence centrale des organismes de sécurité sociale).

I. LE DROIT EXISTANT : UN CIRCUIT COMPLEXE DE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Le fonds de la complémentaire santé solidaire (également appelé « fonds CMU-C ») est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Son fonctionnement est précisé par les articles L. 862-1 à L. 862-8 ainsi que par les articles R.862-1 à R.862-8 du code de la sécurité sociale. Le fonds a trois principales missions, à savoir :

- le financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) et le contrôle des dépenses liées à ce dispositif ;
- la gestion de liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire ;
- le suivi et l'analyse du fonctionnement de la complémentaire santé solidaire et la suggestion de pistes d'évolutions.

La complémentaire santé solidaire (CSS)

Afin d'offrir une protection complémentaire en matière de santé aux personnes résidant de manière stable et régulière en France et disposant de ressources insuffisantes pour bénéficier d'une mutuelle classique, la loi du 27 juillet 1999 ⁽¹⁾ a créé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Par la suite, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) a été instituée par la loi du 13 août 2004 ⁽²⁾ à destination des personnes dont les ressources excèdent légèrement le plafond prévu pour la CMU-C. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽³⁾ a fusionné, à compter du 1^{er} novembre 2019, la CMU-C et l'ACS en un nouveau dispositif : la complémentaire solidaire (CSS).

La CSS prend donc désormais en charge la part complémentaire des dépenses de santé pour les personnes dont les ressources sont inférieures à un plafond (753 euros mensuels pour une personne seule en métropole depuis le 1^{er} avril 2020) qui bénéficient d'une couverture maladie de base. Les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CSS sans participation et 35 % de ce plafond (entre 753 et 1016 euros par mois pour une personne seule en métropole), peuvent bénéficier de cette même couverture sous réserve qu'elles s'acquittent d'une participation financière dont le montant, fixé par arrêté ⁽⁴⁾, varie en fonction de l'âge du bénéficiaire.

(1) Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

(2) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

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

(4) Arrêté du 21 juin 2019 fixant les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion.

A. LA GESTION DE LA LISTE DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES PARTICIPANT À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

Une des trois missions du fonds de la complémentaire santé solidaire est d'établir la liste ⁽¹⁾ des organismes complémentaires qui sont habilités à gérer la CSS (articles L. 861-7 et R. 861-20 du code de la sécurité sociale). Pour rappel, les bénéficiaires de la CSS peuvent choisir, pour leur protection complémentaire, de recourir à leur caisse d'assurance maladie ou à un organisme de protection sociale complémentaire.

En cas de manquement d'un organisme complémentaire aux obligations qui lui incombent, le directeur du fonds peut procéder, à l'issue d'une procédure contradictoire, à sa radiation de la liste des organismes participant au dispositif.

B. LE FINANCEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET LE CONTRÔLE DES DÉPENSES LIÉES À CE DISPOSITIF

Si les caisses d'assurance maladie et les organismes de protection sociale complémentaire versent directement aux bénéficiaires de la CSS l'aide à laquelle

(1) La liste des organismes et de leurs implantations est mise à disposition du public sur le site internet du fonds : <https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr>

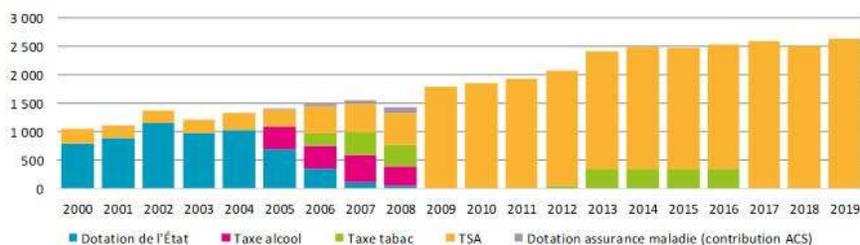
ils ont droit, c'est bien le fonds de la complémentaire santé solidaire qui finance les dépenses de CSS.

1. Les recettes du fonds

La taxe de solidarité additionnelle (TSA) représente désormais la seule recette du fonds ⁽¹⁾, celui-ci n'étant plus affectataire de droits de consommation sur les tabacs en application de la LFSS 2017 ⁽²⁾. En 2019, la part de la TSA affectée au fonds s'élevait à 2,706 milliards d'euros ⁽³⁾. Le solde de la TSA (environ 2,5 milliards d'euros en 2019) est reversé à la CNAM (article L. 131-8 du code de la sécurité sociale).

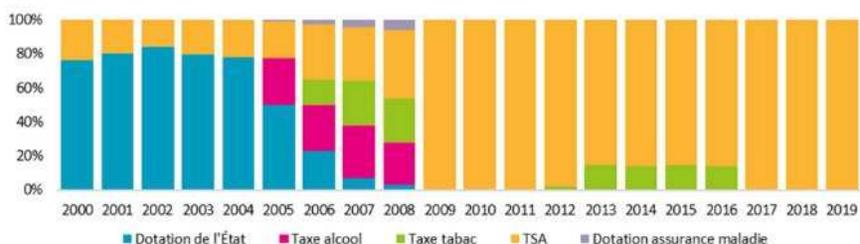
ÉVOLUTION DES RECETTES DU FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

■ Figure 54 – Évolution des recettes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création, en millions d'euros



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire – après réfaction de 150 millions au titre de 2017 et 2018

■ Figure 55 – Évolution de la structure des recettes du Fonds de la Complémentaire santé solidaire depuis sa création



Source : Fonds de la Complémentaire santé solidaire

Pour rappel, la TSA est perçue sur tous les contrats d'assurance maladie complémentaire ⁽⁴⁾. Elle est collectée par les organismes complémentaires d'assurance maladie qui la versent annuellement à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales (URSSAF).

(1) Articles L. 862-3 et L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

(3) Annexe 8 du PLFSS 2021.

(4) Pour plus d'éléments, voir le commentaire de l'article 3 du présent projet de loi.

Les sous-assiettes de TSA affectées prioritairement au fonds

La TSA, prévue à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, comporte différentes sous-assiettes. Le produit de certaines sous-assiettes est affecté prioritairement au fonds.

– le produit de la taxe sur les garanties mentionnées au II *bis* de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾ est intégralement versé au fonds (environ 30 millions d'euros). Le produit des taxes sur les contrats au premier euro couvrant des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français sont donc prioritairement affectés au fonds ;

– le produit de la taxe concernant les garanties santé mentionnées au II de l'article L. 862-42 est, quant à lui, attribué à hauteur de l'écart entre les charges du fonds et ses autres produits. Le solde est affecté à la branche maladie du régime général.

(1) Garanties en matière de frais de santé souscrites dans les conditions prévues au 1^o de l'article 998 du code général des impôts (assurances de groupe souscrites dans le cadre professionnel), garanties santé couvrant des personnes physiques ou morales exerçant des professions agricoles, contrats au premier euro couvrant des personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, garanties assurant le versement d'indemnités complémentaires aux indemnités journalières de sécurité sociale.

2. Les dépenses du fonds

Outre les frais de gestion administrative ⁽¹⁾, les dépenses du fonds ⁽²⁾ consistent à rembourser « au réel » les dépenses de CSS prises en charge par les organismes gestionnaires que sont les organismes complémentaires ou les caisses d'assurance maladie.

Les dépenses remboursées par le fonds aux organismes gestionnaires sont minorées du montant des participations financières dues par certains bénéficiaires à l'organisme assurant leur protection complémentaire. Le fonds compense également les organismes gestionnaires des frais de gestion qu'ils doivent supporter par le versement de la CSS ⁽³⁾.

Concrètement, le remboursement des dépenses de CSS prises en charge par les organismes gestionnaires ne donne pas toujours lieu à un versement par le fonds. Les organismes complémentaires déduisent les dépenses de CSS qu'ils prennent en charge des montants qu'ils doivent chaque trimestre au titre de la TSA. Lorsque le montant des dépenses est supérieur au montant de la TSA dû, les organismes complémentaires concernés sont remboursés par le fonds. Quant aux caisses d'assurance maladie, les dépenses de CSS qu'elles prennent en charge font l'objet d'une écriture sur leur compte de suivi financier à l'ACOSS.

(1) Le montant des dépenses de personnel et de fonctionnement est resté stable en 2019, à hauteur de 1 million d'euros.

(2) Article L. 862-2 du code de la sécurité sociale.

(3) Les dépenses remboursées par le fonds aux organismes complémentaires sont majorées de frais de gestion, sur la base d'un coefficient fixé par arrêté pris après avis de l'UNOCAM.

En 2020, le montant des dépenses du fonds ⁽¹⁾ devrait atteindre 2,8 milliards d'euros ⁽²⁾, en hausse de 4 % par rapport à 2019. Cette hausse s'explique par les mesures de prolongation des droits prises pendant la crise sanitaire ⁽³⁾ ainsi que par de meilleures prises en charge dans le cadre de la mise en place du 100 % santé ⁽⁴⁾. La sous-consommation pendant la période du confinement modère néanmoins le montant de CSS moyen perçu par bénéficiaire, lequel passerait de 414 à 390 euros en 2020.

3. Le contrôle des dépenses du fonds

Le fonds est habilité à procéder à toute vérification relative à l'assiette de la TSA ou au calcul des demandes de remboursements de CSS par les organismes gestionnaires (article L. 862-7 du code de la sécurité sociale). En 2018, les vérifications relatives à l'assiette de TSA ont porté sur 11 % des redevables et sur 36 % de l'assiette TSA totale déclarée. Au vu des résultats de ces vérifications, le fonds définit, en liaison avec l'ACOSS, les orientations en matière de contrôle des organismes gestionnaires (article L. 862-5 du code de la sécurité sociale).

C. LE SUIVI ET L'ANALYSE DU FONCTIONNEMENT DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE ET LA SUGGESTION DE PISTES D'ÉVOLUTIONS

Le fonds analyse le fonctionnement de la CSS et propose des améliorations. Il publie de nombreux rapports sur l'évolution des profils des bénéficiaires et des dépenses, dont un qu'il doit remettre chaque année, avant le 15 novembre, au Parlement. Pour établir ce document, il dispose d'informations qui lui sont transmises par les organismes complémentaires et les caisses d'assurance maladie (article L. 862-7 du code de la sécurité sociale).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : SIMPLIFIER LE PILOTAGE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

La suppression du fonds s'inscrit dans une logique de simplification administrative. Le Gouvernement s'est en effet engagé à ce que chaque ministère procède à un passage en revue systématique des entités de moins de 100 équivalents temps plein (ETP) afin de proposer la suppression ou le regroupement des entités

(1) En 2020, le fonds finance encore les dépenses des bénéficiaires de l'ACS. Pour rappel, les contrats ACS en cours au 1^{er} novembre 2019 peuvent continuer jusqu'à leur échéance, jusqu'en octobre 2020 pour les derniers contrats engagés pour cette prestation. Les bénéficiaires de contrats ACS au 1^{er} novembre 2019 peuvent toutefois basculer vers un contrat CSS avec participation financière à tout moment.

(2) Annexe 8 du PLFSS 2021.

(3) En application de l'ordonnance n° 2020-312 du 25 mars 2020 relative à la prolongation de droits sociaux, les assurés ont bénéficié d'une prolongation exceptionnelle de leurs droits à la CSS et à la CMU-C (prolongation de trois mois à compter de la date d'échéance de leurs contrats pour les contrats expirant entre le 12 mars et le 31 juillet) ou de leurs droits à l'ACS (prolongation jusqu'au 31 juillet 2021).

(4) La réforme 100 % Santé propose à tous les Français, bénéficiant d'une complémentaire santé responsable ou de la CSS, un large choix d'équipements en audiologie, optique et dentaire pris en charge à 100 %.

n'ayant pas la taille critique. Le fonds comptant 10,2 ETP, sa suppression a été décidée pour 2021.

A. LE FONDS DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE EST SUPPRIMÉ AU 1^{ER} JANVIER 2021

Le 2° du I réécrit entièrement l'article L. 862-1 de la sécurité sociale. Il supprime les dispositions spécifiques à l'actuel fonds, notamment celles relatives à la composition de son conseil d'administration et de son conseil de surveillance ainsi que celle ouvrant la possibilité au fonds d'employer des agents de droit privé.

Le rapporteur général salue l'effort de simplification engagé par le Gouvernement. Il regrette néanmoins que cette simplification n'ait pas été engagée dès l'an dernier, concomitamment à la réforme de la CSS. Il insiste sur la nécessité de conduire ce changement de pilotage dans les meilleures conditions possibles pour les salariés. Il sera vigilant à ce que les agents de l'actuel fonds soient bien accompagnés par la direction de la sécurité sociale afin de retrouver un poste qui convienne à leurs parcours et leurs compétences.

B. L'ENSEMBLE DES MISSIONS ACTUELLEMENT ASSURÉES PAR LE FONDS SONT TRANSFÉRÉES À D'AUTRES ACTEURS

L'ensemble des missions assurées aujourd'hui au fonds étant indispensables, l'article ne fait que les confier à d'autres acteurs. La simplification du pilotage de la CSS n'entraînera donc aucune perte de droit pour les assurés. Le II du présent article prévoit une suppression du fonds actuel et un transfert de ses missions au 1^{er} janvier 2021.

1. Les missions confiées à la Caisse nationale d'assurance maladie

Le 2° du I réécrit l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale pour confier le financement de la CSS à la CNAM.

L'actuel « fonds de la complémentaire santé solidaire » est renommé « fonds de financement de la complémentaire santé solidaire » et est rattaché à la CNAM. Comme le précise l'étude d'impact, le fait d'isoler le financement de la CSS dans un fonds au sein de la CNAM devrait permettre une gestion comptable des dépenses et des recettes de la CSS distincte de celle de l'assurance maladie.

Une disposition, de l'actuel article L. 862-1 du code de la sécurité sociale est supprimée par le 2° du I mais déplacée, par le 6° du I, dans un nouvel article L. 862-8 du même code ⁽¹⁾. Il s'agit de la possibilité, pour les organismes

(1) Le 6° du I supprime, en réécrivant l'article L.862-8 du code de la sécurité sociale, la possibilité pour les organismes complémentaires de s'associer pour la déclaration et le paiement de TSA. Cette disposition ne trouve concrètement pas à s'appliquer.

complémentaires, de créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes bénéficiant de la CSS avec participation financière.

Le 3° du **I** reprend les dispositions de l'article L. 862-2 du code de la sécurité sociale en substituant à la référence au fonds actuel une référence au nouveau fonds de la CNAM. Les dépenses prises en charge par le nouveau fonds restent donc les mêmes. Comme l'actuel fonds, le nouveau fonds est chargé de rembourser les dépenses de CSS supportées par les organismes gestionnaires. À noter que le transfert à la CNAM du financement de la CSS permet de réaliser quelques économies, en supprimant les frais de gestion administrative de l'actuel fonds.

Les recettes du nouveau fonds restent identiques puisque l'article L. 862-3 du code de la sécurité sociale n'est pas modifié. La CNAM, qui se voit aujourd'hui octroyer le solde des recettes de TSA, devient ainsi l'unique affectataire de l'ensemble des sous-assiettes de la taxe.

2. Les missions confiées à la direction de la sécurité sociale

Deux missions, aujourd'hui assurées par le fonds de la complémentaire santé solidaire, sont confiées à la direction de la sécurité sociale (DSS) :

– le 1° du **I** confie au ministre chargé de la sécurité sociale la gestion de la liste des organismes complémentaires habilités à gérer la CSS ;

– les *b* et *d* du 5° du **I** confient au ministre chargé de la sécurité sociale le suivi et l'analyse du fonctionnement de la CSS et la suggestion de pistes d'évolutions. Pour ce faire, le ministre devient destinataire des informations transmises aujourd'hui au fonds par les organismes gestionnaires. Il est chargé de la rédaction du rapport annuel relatif à la CSS remis au Parlement. À noter que la date de remise du rapport au Parlement est décalée du 15 novembre au 31 décembre (*e* du 5°).

En toute cohérence, le 3° du **III** confie au ministre chargé de la sécurité sociale l'ensemble des biens, droits et obligations de l'actuel fonds nécessaires à l'établissement de la liste des organismes complémentaires gestionnaires ainsi que ceux afférents à la gestion administrative du fonds.

Le rapporteur général insiste sur la nécessité de mettre en place, auprès du directeur de la sécurité sociale, une instance consultative sur le modèle de l'actuel conseil de surveillance du fonds.

3. Les missions confiées à l'ACOSS

Le 4° du **I** confie à l'ACOSS, et non plus au fonds, la fiabilisation des déclarations et des déductions de TSA réalisées au titre de la CSS. Pour cela, il prévoit que la CNAM transmette à l'ACOSS les données nécessaires. Le *a* du 5° du **I** supprime donc la possibilité pour l'actuel fonds de procéder à toute vérification relative à l'assiette de la TSA.

En toute cohérence, le 2° du **III** prévoit le transfert, au 1^{er} janvier 2021, à l'ACOSS des biens représentatifs des droits et obligations de l'actuel fonds directement afférents au contrôle de l'assiette de la TSA et à la vérification des montants de remboursements demandés par les organismes gestionnaires.

Les deux derniers alinéas du **III** prévoient qu'un décret précisera les conditions dans lesquelles ces transferts de droits, de biens, d'obligations et d'engagements s'opéreront. Ils ne donneront pas lieu à la perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit. Un décret en Conseil d'État définira les conditions d'établissement des comptes de l'actuel fonds relatifs à l'exercice 2020 et de leur transfert au 1^{er} janvier 2021.

Pour le rapporteur général, il est essentiel que la simplification du pilotage de la CSS contribue à améliorer l'accès à la CSS. La réforme de la CSS entrée en vigueur au 1^{er} novembre 2019 n'est pas encore pleinement montée en charge ⁽¹⁾. Le Gouvernement a indiqué au rapporteur général qu'une campagne de communication sur la CSS devrait être mise en œuvre dans les mois qui viennent.

C. LA SIMPLIFICATION DU PILOTAGE DE LA CSS DEVRA ÊTRE POURSUIVIE

Bien que simplifié par le projet de loi, le pilotage de la CSS demeure complexe. Cela est notamment dû à la multiplicité des flux financiers entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie obligatoire :

– d'un côté, l'assurance maladie avance les frais de santé dans le cadre du tiers payant pour les bénéficiaires de la CSS et facture à chaque organisme complémentaire les montants à sa charge ;

– d'un autre côté, les organismes complémentaires déduisent les dépenses au titre de la CSS du montant dû au titre de la TSA dont le solde est reversé à la CNAM. Or les montants déduits par les organismes complémentaires sont proches, par construction, des sommes facturées par l'assurance maladie.

Comme l'indique l'étude d'impact, une concertation pourrait être prochainement engagée pour simplifier les relations financières entre les organismes complémentaires et l'assurance maladie obligatoire. Le rapporteur général y est très favorable.

*

* *

(1) D'après « La lettre du fonds de la complémentaire santé solidaire » de juin 2020, le nombre total de personnes couvertes par une complémentaire santé aidée est estimé à 6,93 millions à fin février 2020, en très légère progression de 0,4 % par rapport à février 2019, mais en diminution de 3,7 % par rapport à octobre 2019, dernier mois d'effectivité de la CMU-C et de l'ACS, soit 267 600 personnes de moins.

Article 41

Modernisation du financement des syndicats des professionnels de santé libéraux

Adopté par la commission sans modification

Cet article institue un financement spécifique de la vie syndicale des professionnels de santé libéraux. Une seconde section est créée au sein du fonds de soutien aux actions conventionnelles, lui-même placé au sein de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) pour financer, de manière centralisée, des syndicats représentatifs. La nouvelle section est alimentée par deux recettes différentes :

- une recette existante, à savoir les indemnités versées par la CNAM aux membres des organisations syndicales au titre de leur participation aux instances conventionnelles ;
- ainsi que par une nouvelle recette, à savoir une partie de la contribution aux unions régionales (CURPS).

I. LE DROIT EXISTANT : UN FINANCEMENT PUBLIC DE LA VIE SYNDICALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX CONSIDÉRÉ COMME TROP INDIRECT ET INSUFFISANT

La majeure partie du financement syndical est actuellement assurée par les contributions des adhérents. Or, ces cotisations ne semblent plus suffisantes pour permettre aux syndicats de jouer pleinement leur rôle.

A. LES ORGANISATIONS SYNDICALES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX SONT DE PLUS EN PLUS SOLLICITÉES

Les représentants des professions de santé jouent un rôle essentiel dans l'élaboration et le suivi des politiques de santé. Comme le rappelle l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale, « *en partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre* ».

1. Les organisations syndicales reconnues représentatives

Toutes les organisations syndicales de professionnels de santé libéraux existantes ne sont pas reconnues représentatives. Celles qui sont reconnues représentatives le sont par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale à la suite d'une enquête de représentativité (articles L. 162-33 et R. 162-54 du code de la sécurité sociale). Cette enquête est menée par l'administration centrale, plus exactement par la mission nationale de contrôle, qui vérifie si une organisation syndicale remplit les critères de représentativité énoncés à l'article R. 162-54-1 du code de la sécurité sociale et :

- l'indépendance, notamment financière ;

- des effectifs d’adhérents à jour de leur cotisation ;
- une ancienneté minimale de deux ans à compter de la date de dépôt légal des statuts ;
- une audience électorale suffisante. Cette audience est établie en fonction des résultats aux dernières élections aux unions régionales des professionnels de santé (URPS) lorsque les membres qui les composent sont élus ⁽¹⁾, ou « *appréciée en fonction de l’activité et de l’expérience* » lorsque les membres qui les composent ne sont pas élus.

Les unions régionales des professionnels de santé (URPS)

Une URPS rassemble, pour chaque profession, les représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans le régime conventionnel dans la région. Il existe ainsi dix URPS dans chaque région, une URPS par profession de santé libérale. Les URPS contribuent à l’organisation et à l’évolution de l’offre de santé au niveau régional.

La composition des dix URPS dépend du nombre de professionnels exerçant sur le territoire national :

- les membres des URPS représentant les professions les plus nombreuses (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et pharmaciens) sont élus, pour une durée de cinq ans, par les professionnels de santé en activité, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne ;
- les membres des URPS représentant les professions les moins nombreuses (biologistes, orthophonistes, pédicures-podologues, orthoptistes et sages-femmes) sont, non pas élus, mais désignés pour cinq ans par les organisations syndicales reconnues représentatives au niveau national.

Une spécificité de l’URPS représentant les médecins doit être notée : cette dernière comporte en effet deux collèges, qui regroupent respectivement les médecins généralistes et les médecins spécialistes.

Il existe aujourd’hui quatre syndicats représentés dans les URPS mais non représentatifs : ALIZE pour les masseurs-kinésithérapeutes, l’Union collégiale pour les médecins, l’Union nationale des pharmacies de France (UNPF) pour les pharmaciens ainsi que l’Organisation nationale des syndicats d’infirmiers libéraux (ONSIL) pour les infirmiers.

2. La participation à la vie conventionnelle

Les organisations syndicales représentatives interviennent dans la négociation et l’élaboration des textes conventionnels. Ainsi, la validité des conventions est subordonnée à la signature par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives au niveau national et ayant réuni, aux élections aux URPS, au moins 30 % des suffrages exprimés au niveau national

(1) *Seules peuvent être reconnues représentatives les organisations syndicales qui ont recueilli au moins 10 % des suffrages exprimés au niveau national aux dernières élections.*

(article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale). Une ou plusieurs organisations représentatives réunissant la majorité des suffrages exprimés lors des élections aux URPS peut faire obstacle à la mise en œuvre d'une convention.

Les modalités d'application des conventions font l'objet d'une cogestion de par l'assurance maladie et les syndicats signataires, au moyen de commissions paritaires nationales, régionales et départementales ou locales.

Les conventions sont régulièrement renégociées et font surtout l'objet de nombreux avenants. Comme l'indique un rapport de la Cour des comptes ⁽¹⁾, « *la démultiplication des séquences conventionnelles est mobilisatrice de temps et d'énergie, pour les services de la CNAMTS comme pour les représentants syndicaux* ». L'étude d'impact du projet de loi indique que plusieurs syndicats ont fait part au Gouvernement de leurs difficultés à répondre à l'ensemble de ces sollicitations.

B. LE FINANCEMENT PUBLIC DE LA VIE SYNDICALE EST MAJORITAIREMENT INDIRECT

Aujourd'hui, le financement public des syndicats de professionnels de santé libéraux prend trois formes : les indemnités allouées par les URPS à leurs membres représentants syndicaux, les indemnités versées aux syndicats représentatifs par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) au titre de leur participation à la vie conventionnelle et, de manière plus indirecte, les financements publics consacrés au développement professionnel continu.

1. Les indemnités allouées aux représentants des syndicats siégeant aux URPS

Une des modalités actuelles de financement des organisations syndicales passe par les indemnités allouées aux représentants des syndicats siégeant aux URPS ⁽²⁾.

Afin d'assurer leur fonctionnement et de permettre la réalisation de leurs missions, les URPS reçoivent une contribution, appelée contribution aux unions régionales (CURPS), définie à l'article L. 4031-4 du code de la santé publique. Sont assujettis au versement de cette contribution les professionnels de santé en activité dans le cadre du régime conventionnel au 1^{er} janvier de l'année. Le taux annuel de la contribution est fixé par décret pour chacune des professions (article D. 4031-45-1 du code de la santé publique).

(1) « *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé* », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014.

(2) Il n'existe pas actuellement de données statistiques annuelles relatives au versement des indemnités par les URPS à leurs membres. Seuls les rapports annuels d'activités des URPS sont disponibles. Ces rapports sont adressés directement aux agences régionales de santé (ARS) et ne font pas toujours apparaître ces données comptables.

TAUX ANNUEL DE LA CONTRIBUTION POUR CHACUNE DES PROFESSIONS

Profession	Taux applicables
Médecins	0,5 %
Chirurgiens-dentistes, pharmaciens et biologistes	0,3 %
Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, sages-femmes, orthophonistes, orthoptistes	0,1 %

Source : article D. 4031-45-1 du code de la santé publique.

MONTANT DES CONTRIBUTIONS COLLECTÉES EN 2017 ⁽¹⁾

Infirmiers	4 735 159 €
Biologistes	404 633 €
Dentistes	5 989 397 €
Masseurs-kinésithérapeutes	3 067 968 €
Médecins	21 538 737 €
Orthophonistes	590 454 €
Orthoptistes	63 646 €
Pharmaciens	3 329 444 €
Podologues	337 983 €
Sages-femmes	154 948 €
TOTAL	40 212 369,05 €

Source : étude d'impact.

Une fois collectée, les recettes de la CURPS de chaque profession sont réparties entre les différentes unions regroupant la profession selon des modalités fixées à l'article R. 4031-45 du code de la santé publique. Un quart de la CURPS est réparti à parts égales entre toutes les unions et les trois quarts restants sont répartis entre les unions au prorata du nombre de leurs électeurs ou du nombre de professionnels de santé en exercice.

Une partie de la CURPS sert, aujourd'hui, à allouer des indemnités aux membres des URPS (article R. 4031-8 du code de la santé publique). Le règlement intérieur d'une URPS peut, en effet, prévoir l'attribution d'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la perte de ressources entraînée par la participation aux assemblées et bureaux de l'URPS, dans la limite d'un plafond applicable à chaque profession défini par arrêté ⁽²⁾.

(1) La CURPS étant assise sur le revenu tiré de l'exercice libéral de la profession et les revenus des professionnels de santé concernés qui ont peu varié en 2018 et 2019, les montants de la CURPS prélevés en 2018 et 2019 sont restés relativement stables par rapport à 2017.

(2) L'arrêté du 2 juin 2010 fixe le plafond des indemnités susceptibles d'être allouées aux membres des assemblées et des bureaux des URPS.

PLAFOND DES INDEMNITÉS QUE PEUT VERSER UNE URPS À SES MEMBRES

Professions	Arrêté du 2 juin 2010 ⁽¹⁾	Montant de l'indemnité (par demi-journée)
Médecins	12C	276 €
Infirmiers	49 AMI	154 €
Masseurs-kinésithérapeutes	70 AMK	151 €
Chirurgiens-dentistes	12C	276 €
Pharmaciens	260 €	260 €
Sages-femmes	12C	276 €
Biologistes	350B	95 €
Pédicures-podologues	150 €	150 €
Orthophonistes	64AMO	160 €
Orthoptistes	61AMY	158,60 €

(1) Le plafond des indemnités est défini par rapport à des lettres-clés et des coefficients. La lettre-clé est une unité monétaire déterminée dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires qui déterminent les tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.

Source : commission des affaires sociales à partir de données transmises par le Gouvernement.

2. Les indemnités versées par la CNAM aux syndicats au titre de leur participation aux instances conventionnelles

La CNAM verse, à hauteur de 40 000 euros par an environ, des indemnités aux syndicats au titre de leur participation aux instances conventionnelles.

Les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux membres des commissions paritaires départementales et de la commission paritaire nationale ont ainsi droit à une indemnité de vacation et à une indemnité de déplacement, en application de l'article R. 162-16 du code de la sécurité sociale. Les montants sont fixés dans les conventions ⁽¹⁾.

Pour les médecins, les indemnités versées aux syndicats au titre de leur participation aux instances conventionnelles sont définies par les annexes ⁽²⁾ à la convention de 2016. Les membres de la section professionnelle de la commission paritaire nationale (CPN) ou de la commission de hiérarchisation des prestations et actes (CHAP) perçoivent 13C (299 euros) par séance et une indemnité de déplacement.

3. Les financements alloués au titre du développement professionnel continu

Une partie importante des syndicats représentatifs des professionnels de santé ont créé, *via* des associations, des organismes de développement professionnel continu (ODPC).

(1) L'article R. 162-16 du code de la sécurité sociale indique que le montant des indemnités est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale, du ministre chargé de la santé, du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget. En pratique, ces montants figurent dans les conventions.

(2) Article 5 de l'annexe 23 et article 1.3. de l'annexe 2 de la convention de 2016.

Le fonds de soutien aux actions conventionnelles (FAC), au sein de la CNAM, octroie une subvention de 200 millions d’euros par an à l’Agence nationale du développement professionnel continu. Il s’agit de financements publics indirects ayant vocation à financer la formation continue des professionnels de santé et à associer les syndicats à la conduite des politiques publiques.

Le FAC octroie également une subvention (2,7 millions d’euros en 2021) aux syndicats signataires de la convention médicale pour financer la formation, au contenu de la convention médicale, des médecins libéraux et de leurs cadres syndicaux.

Le fonds de soutien aux actions conventionnelles (FAC)

La création du FAC par la loi de financement de sécurité sociale pour 2007 ⁽¹⁾ visait à rassembler les financements d’actions menées dans le cadre des conventions entre l’assurance maladie et les professionnels de santé, auparavant dispersés entre différents fonds. Les modalités de fonctionnement du FAC sont prévues aux articles L. 221-1-2 et D. 221-28 à D. 221-33 du code de la sécurité sociale.

Le FAC, créé au sein de la Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM), comporte une section par profession de santé conventionnée. Pour chaque section, les partenaires conventionnels déterminent les modalités selon lesquelles un budget prévisionnel annuel est établi ainsi que les modalités selon lesquelles sont prises les décisions de financement. La section des médecins comprend une sous-section retraçant les recettes et dépenses liées aux cotisations et aux versements de l’allocation de remplacement des médecins.

Le FAC finance le développement professionnel continu via une subvention annuelle versée à l’Agence nationale du développement professionnel continu ainsi que des actions d’accompagnement de l’informatisation. Pour les médecins libéraux spécifiquement, le fonds finance l’aide à la souscription d’une assurance pour les spécialités à risque ⁽²⁾.

(1) *Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.*

(2) *Cette aide est prévue à l’article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie.*

LES DÉPENSES DU FAC EN 2021

(en millions d’euros)

Subvention à l’Agence nationale du développement professionnel continu	200
Subvention à la Fédération française des maisons et des pôles de santé (FFMPS)	0,155
Vie conventionnelle	2,7
Aides conventionnelles	173
Total des dépenses	375

Source : convention d’objectifs et de gestion (COG) conclue entre l’État et la Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LA CRÉATION D'UN FINANCEMENT SPÉCIFIQUE CONSACRÉ À LA VIE SYNDICALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ LIBÉRAUX

Afin de soutenir la participation des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux à la vie institutionnelle, l'article 41 institue un financement spécifique à la vie syndicale. La mise en place de ce nouveau financement devrait faire l'objet d'une concertation avec les professionnels de santé concernés au premier semestre 2021.

A. UNE NOUVELLE SECTION EST INSTITUÉE AU SEIN DU FONDS DE SOUTIEN AUX ACTIONS CONVENTIONNELLES

Le **I** du présent article modifie l'article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. Il transforme le FAC en un « fonds de soutien aux actions conventionnelles et à la représentation des professionnels de santé libéraux », constitué de deux sections.

Les **2°** à **5°** du **I** créent la section finançant les actions conventionnelles. Ils reprennent, sans les modifier, les dispositions de l'actuel article L. 221-1-2 du code de la sécurité sociale. Cette section remplace donc l'actuel fonds : elle a les mêmes modalités de fonctionnement et finance les mêmes dispositifs.

Le **6°** du **I** crée la section consacrée à la vie syndicale et précise son rôle :

– la nouvelle section finance la participation des organisations syndicales représentatives à la vie conventionnelle ainsi qu'aux différentes concertations organisées par les pouvoirs publics (alinéa 10) ;

– elle est alimentée par deux recettes différentes (alinéas 11 à 13) : par une dotation de la branche maladie correspondant au montant des indemnisations auxquelles les syndicats représentatifs sont aujourd'hui éligibles au titre de leur participation aux instances conventionnelles (environ 40 000 euros en 2019) ainsi que par une nouvelle recette, à savoir une partie de la CURPS (a priori 1 million d'euros, d'après l'étude d'impact) ;

– les crédits du fonds sont répartis, pour chaque profession, entre les organisations syndicales représentatives selon des modalités fixées par décret en Conseil d'État (alinéa 14). La répartition des crédits devra notamment prendre en compte le nombre de suffrages recueillis au cours des dernières élections URPS ou, pour les professions dont les membres des URPS sont désignés, le nombre d'adhérents.

B. LA CONTRIBUTION AUX UNIONS RÉGIONALES ÉVOLUE POUR SOUTENIR LA PARTICIPATION DES SYNDICATS À LA VIE INSTITUTIONNELLE

Le **II** du présent article modifie l'article L. 4031-4 du code de la sécurité sociale, afin d'orienter une partie des recettes de la CURPS vers le financement direct des organisations syndicales représentatives. Le **III** prévoit que cette modification de l'affectation des ressources de la CURPS entrera en vigueur au titre des contributions dues à compter du 1^{er} janvier 2021.

Une partie de la CURPS servira à alimenter la nouvelle section du FAC consacrée au financement de la vie syndicale. Le restant des contributions continuera à financer le fonctionnement et les missions des URPS.

Les modalités de répartition des recettes de la CURPS entre le FAC et les URPS seront précisées par décret. Selon l'étude d'impact, le montant de la CURPS affecté au FAC pourrait s'élever à 1 million d'euros (ce qui représente 1/40^e des recettes totales de la CURPS). Cela ne devrait modifier que marginalement les budgets des URPS, d'autant qu'aujourd'hui, certaines URPS ne consomment pas la totalité de leurs ressources annuelles.

Les modalités de calcul de la contribution ne sont pas modifiées : le taux de la contribution reste fixé par décret, dans la limite du montant correspondant à 0,5 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale (soit environ 206 euros).

Le rapporteur général salue cet article qui a pour effet de simplifier le circuit de financement public des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux. Il se félicite de la nouvelle recette qui leur sera octroyée, laquelle sera sans conséquence sur les revenus des professionnels de santé dans la mesure où le taux de la CURPS demeurera inchangé.

Le rapporteur général insiste néanmoins sur la nécessité, pour les URPS, de continuer à pouvoir disposer d'un budget suffisant, ce qui devrait être le cas au vu des chiffres avancés par le Gouvernement (les URPS conserveraient près de 98 % des recettes actuelles de CURPS).

*

* *

Article 42

Isolement et contention

Adopté par la commission avec modifications

L'article 42 réécrit les dispositions du code de la santé publique relatives à l'isolement et à la contention, déclarées contraires à la Constitution par le Conseil constitutionnel dans une décision du 19 juin 2020.

Il fixe notamment la durée maximale de ces mesures d'isolement et de contention, et prévoit les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge des libertés et de la détention.

I. LE DROIT EN VIGUEUR

● L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, relatif aux pratiques d'isolement et de contention, a été introduit dans le code de la santé publique par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, à l'initiative du député Denys Robiliard.

Il dispose notamment que « *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* »

L'isolement et la contention ne sont possibles que dans les établissements de santé chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

Le même article prévoit qu'un registre est tenu dans chacun de ces établissements. Pour chaque mesure de contention ou d'isolement prise, ce registre doit indiquer le nom du psychiatre l'ayant décidée, la date et l'heure de cette mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient. Ce registre peut être numérique et doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

Parallèlement, chaque établissement autorisé en psychiatrie doit rendre annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention et de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques.

● La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en février 2017 une recommandation de bonne pratique intitulée « *Isolement et contention en psychiatrie générale* », dont il ressort notamment qu'« *à l'initiation de la mesure, il est recommandé que l'indication soit limitée à 12 heures pour l'isolement et 6 heures maximum pour la contention mécanique. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 12 heures pour*

l'isolement et 6 heures pour la contention mécanique. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les isolements de plus de 48 heures et les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnels. »

II. DES DISPOSITIONS DÉCLARÉES CONTRAIRES À LA CONSTITUTION

Dans sa décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel, saisi dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, a déclaré l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution.

• Cette décision faisait suite à plusieurs décisions jurisprudentielles contradictoires.

Dans un arrêt du 24 octobre 2016, ⁽¹⁾ la cour d'appel de Versailles a ainsi considéré que le juge judiciaire était compétent pour contrôler des mesures d'isolement et de contention prises dans le cadre de soins psychiatriques sous contraintes. La Cour de cassation a par la suite tranché en sens inverse, en considérant dans un arrêt du 21 novembre 2019 ⁽²⁾ puis dans un avis du 3 février 2020 ⁽³⁾ que les mesures d'isolement et de contention constituent des modalités de soins, et ne relèvent donc pas de l'office du juge des libertés et de la détention.

• Après avoir défini l'isolement comme le fait de placer la personne hospitalisée dans une chambre fermée, et la contention comme le fait de l'immobiliser, le Conseil constitutionnel a jugé que ces deux pratiques constituent une privation de liberté, et doivent donc être soumises aux exigences découlant de l'article 66 de la Constitution.

En ce qui concerne la proportionnalité de l'atteinte portée à la liberté individuelle par ces mesures, le Conseil a considéré que « *le législateur a fixé des conditions de fond et des garanties de procédure propres à assurer que le placement à l'isolement ou sous contention, dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, n'intervienne que dans les cas où ces mesures sont adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de la personne qui en fait l'objet* ».

Il a également admis la constitutionnalité du principe même d'un tel placement du psychiatre sans saisine préalable de l'autorité judiciaire, considérant que l'article 66 de la Constitution n'impose pas que l'autorité judiciaire soit saisie préalablement à toute mesure de privation de liberté.

(1) Cour d'appel de Versailles, 24 octobre 2016, n°16/07393.

(2) Cass. civ. 1^{re}, 21 novembre 2019, n° 19-20.513.

(3) Cass. civ. 1^{re}, 3 février 2020, n° 19-70.020.

En revanche, il a considéré que « *la liberté individuelle ne peut être tenue pour sauvegardée que si le juge intervient dans le plus court délai possible* », et en a déduit une double limite des dispositions contestées, soulignant que « *si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire* ».

Pour ces motifs, le Conseil constitutionnel a déclaré le premier alinéa de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique contraire à la Constitution, et a considéré qu'il en allait de même pour l'ensemble de l'article, les alinéas suivants étant inséparables du premier.

● Au vu des conséquences qu'aurait eues l'abrogation immédiate de ces dispositions, le Conseil constitutionnel a reporté au 31 décembre 2020 la date de cette abrogation.

III. LE DROIT PROPOSÉ

En préambule, et bien que le rapporteur général soit pleinement conscient de l'urgence d'une intervention du législateur pour répondre à l'injonction du Conseil constitutionnel, il ne peut que s'interroger sur la place de cette mesure en loi de financement de la sécurité sociale. Il rappelle qu'une censure de ces nouvelles dispositions serait facteur d'une grande insécurité juridique pour les établissements psychiatriques et rendrait les mesures d'isolement et de contention illégales en l'absence de nouvelle base légale.

1. Des mesures qui ne peuvent dépasser une durée fixée par la loi et désormais soumises au contrôle du juge judiciaire

Le 1^o du présent article rétablit l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Le I rappelle que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours.

Il précise désormais que ces pratiques ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement, et qu'il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision motivée d'un psychiatre, et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après évaluation du patient.

Comme c'est déjà le cas, leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Il ajoute que leur mise en œuvre doit être tracée dans le dossier médical.

Le II de l'article ainsi réécrit répond à l'injonction du Conseil constitutionnel en limitant la durée de ces mesures et en prévoyant les conditions dans lesquelles elles sont soumises au contrôle du juge judiciaire.

Il prévoit que la durée de l'isolement est prise pour une durée initiale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, pour une durée totale qui ne peut excéder quarante-huit heures.

La mesure de contention ne peut quant à elle qu'être prise dans le cadre d'une mesure d'isolement. Elle ne peut durer plus de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée pour la même durée de six heures, pour une durée totale qui ne peut excéder vingt-quatre heures.

Pour le calcul de cette durée, une mesure d'isolement ou de contention n'est regardée comme une nouvelle mesure que si elle est prise au moins quarante-huit heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. Si la mesure a lieu moins de quarante-huit heures après la mesure précédente, sa durée s'ajoute donc à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et compte alors dans l'estimation de la durée maximale.

Dans le cas exceptionnel où la mesure d'isolement excède quarante-huit heures ou la mesure de contention vingt-quatre heures, le médecin doit informer sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure.

Doivent également être informés :

- la personne faisant l'objet des soins ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins ;
- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;
- un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- le procureur de la République. Cette information systématique permettra au procureur de contrôler de manière spontanée l'établissement de santé qui lui semblerait prononcer un trop grand nombre de mesures d'isolement ou de contention.

Ces personnes peuvent saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention, et doivent être informées par le médecin de ce droit.

Dans le cas d'une telle saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

En tout état de cause, les mesures d'isolement et de contention pourront également faire l'objet d'un contrôle – y compris d'office – par le juge des libertés et de la détention dans le cadre du contrôle qu'il effectue sur les hospitalisations complètes.

Dans tous les cas, lorsque le médecin prend une quatrième mesure d'isolement ou de contention sur une période de quinze jours, il devra obligatoirement en informer le juge des libertés et de la détention ainsi que les personnes précédemment énumérées.

Un décret en Conseil d'État précisera les conditions d'application de ces dispositions.

Le juge judiciaire et les soins sans consentement

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, qui faisait également suite à une décision prise par le Conseil constitutionnel dans le cadre d'une question prioritaire de constitutionnalité, a profondément transformé l'encadrement de l'hospitalisation sous contrainte en prévoyant l'intervention systématique du juge des libertés et de la détention en cas de maintien d'une hospitalisation complète au-delà de douze jours.

En effet, alors que les décisions de placement en hospitalisation d'office ne pouvaient, auparavant, être soumises à son contrôle qu'à l'initiative du patient ou de ses proches, la décision d'hospitalisation est désormais systématiquement soumise au contrôle du juge judiciaire.

Ainsi, si l'hospitalisation est envisagée au-delà de douze jours, l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique prévoit que le juge des libertés et de la détention doit obligatoirement être saisi par le préfet ou le directeur de l'établissement dans un délai de huit jours à compter de cette hospitalisation. Cette saisine s'impose également quinze jours au moins avant l'expiration du délai de six mois, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de façon continue depuis cette première décision.

Parallèlement à cette intervention systématique, l'article L. 3211-2 du code de la santé publique prévoit la possibilité pour le patient ou la personne susceptible d'agir dans son intérêt de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention pour obtenir, à bref délai, la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous contrainte.

Le III maintient l'exigence de tenue du registre. Il précise que ce registre sera établi sous forme numérique, ce qui n'est aujourd'hui qu'une possibilité. Il précise également que ce registre devra mentionner « l'identifiant du patient concerné » et sa date de naissance.

2. La procédure applicable

L'article 42 modifie également les articles L. 3211-12, L. 3211-12-1, L. 3212-2 et L. 3211-12-4 du code de la santé publique pour tirer toutes les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel.

Le 2° modifie l'article L. 3211-12 du code de la santé publique relatif à la possibilité de saisine du juge des libertés et de la détention afin de prévoir que le juge peut être saisi aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement comme de contention (**a**, **c** et **d**). En application du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12, le juge des libertés et de la détention pourra donc se saisir d'office à tout moment aux fins de mainlevée de ces mesures, même avant l'expiration des durées de vingt-quatre heures pour la contention et de quarante-huit heures pour l'isolement.

Il précise que cette procédure de saisine facultative est ouverte à tout parent ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient « *dès lors qu'ils sont identifiés* » (**b**). Selon les informations transmises par le Gouvernement au rapporteur général, cette précision vise à ne pas faire peser sur l'administration une information impossible, lorsque par exemple les membres de la famille n'ont pas laissé de coordonnées où les joindre rapidement ou ne sont pas identifiables, ou bien encore lorsque la mesure a été décidée par arrêté préfectoral ne mentionnant pas les membres de la famille pouvant être joints. Il semble toutefois que cette précision serait davantage pertinente à l'article L. 3222-5-1.

Le 3° modifie l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique relatif à la saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention à la suite d'une mesure d'hospitalisation complète.

Il prévoit que lors de sa saisine obligatoire sur une hospitalisation complète, le juge des libertés et de la détention, s'il n'ordonne pas la main levée de l'hospitalisation complète, peut en revanche statuer, y compris d'office, sur le maintien d'une mesure d'isolement ou de contention.

Le 4° complète par un nouveau III l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention, tant dans le cadre du recours facultatif que du recours obligatoire.

Il prévoit que par dérogation aux dispositions habituellement prévues dans le cadre de cette saisine du juge des libertés et de la détention, ce dernier statue sans audience selon une procédure écrite lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention.

Le patient ou le cas échéant le demandeur peut toutefois demander à être entendu, auquel cas cette audition est de droit.

Cependant, comme la procédure le prévoit déjà dans le cadre du contrôle de l'hospitalisation complète, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux

font obstacle, dans son intérêt, à l'audition du patient, celui-ci est représenté par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office.

Ces auditions pourront être réalisées par tout moyen de télécommunication audiovisuelle ou, en cas d'impossibilité avérée, par communication téléphonique, permettant de s'assurer de son identité et garantissant la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges.

Pour cela, un avis médical devra avoir attesté que l'état mental de la personne ne fait pas obstacle à ce procédé et que le directeur de l'établissement d'accueil s'est assuré de l'absence d'opposition du patient ou du demandeur à ce procédé. Le rapporteur général s'interroge sur cette formulation, qui laisse penser que l'attestation relatif à l'état mental de la personne s'applique à la fois au demandeur et au patient. Il conviendrait de préciser que c'est bien du patient qu'il s'agit ici.

Dans ce cas, le juge des libertés et de la détention statue dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État.

En revanche, s'il l'estime nécessaire, le juge des libertés et de la détention peut décider de tenir une audience, dans les conditions habituelles des audiences prévues dans la procédure de contrôle des hospitalisations sans consentement. S'il s'agit d'une procédure d'appel relative à des mesures d'isolement et de contention, la disposition selon laquelle le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience dédiée sur l'emprise de l'établissement de santé n'est en revanche pas applicable.

Le 5° modifie l'article L. 3211-12-4 du code de la santé publique, qui définit les conditions dans lesquelles les décisions du juge des libertés et de la détention concernant les mesures de soins psychiatriques sans consentement sont susceptibles d'appel.

Il prévoit que dans le cadre d'une telle procédure d'appel lorsqu'elle concerne une mesure d'isolement ou de contention, les dispositions introduites à l'article L. 3211-12-2 relatives à la procédure applicable s'appliquent. Le premier président ou son délégué statue alors dans des conditions qui seront prévues par décret en Conseil d'État.

*

* *

CHAPITRE V

Dotations et objectifs de dépenses des branches et des organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 43

Dotation de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (fonds pour la modernisation et l'investissement en santé) et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe, pour 2021, la dotation des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,1 milliard d'euros et 100 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 141,4 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux à 130 millions d'euros.

I. LA PARTICIPATION DES BRANCHES MALADIE ET AUTONOMIE AU FINANCEMENT DU FONDS POUR LA MODERNISATION ET L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ (FMIS)

Les **I** et **II** du présent article fixent les montants de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie et de la branche autonomie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS), créé par l'article 26 du présent projet de loi. Pour rappel, ces montants figurent au sein du sous-objectif « établissements de santé » de l'ONDAM.

Le FMIS créé à l'article 26 du projet de loi

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

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

Le **I** fixe le montant de la dotation de l'assurance maladie au fonds à hauteur de 1 032 millions d'euros en 2021, en hausse de 583 millions d'euros par rapport à la dotation au FMESPP pour 2020 telle que rectifiée par l'article 9 du projet de loi.

Cette hausse inédite de 129 % permettra de poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé conformément aux engagements pris dans le cadre du plan « Ma santé 2022 » et d'amorcer l'accompagnement de nouveaux projets prioritaires d'investissement. L'annexe 7 du projet de loi précise ainsi qu'en 2021, 500 millions d'euros seront consacrés aux projets hospitaliers prioritaires et 74 millions d'euros au rattrapage numérique dans les établissements de santé.

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

Pour rappel, sur les 2,1 milliards d'euros prévus, sur les cinq prochaines années, par le Ségur de la santé pour la transformation, la rénovation et l'équipement des établissements médico-sociaux, 600 millions d'euros sont destinés à l'équipement numérique des établissements médico-sociaux (dont 100 millions d'euros en 2021) *via* le FMIS. Quant aux 1,5 milliard d'euros restants (dont 300 millions d'euros en 2021), ils sont destinés à transformer les établissements les plus vétustes et seront directement financés par la branche autonomie sans figurer dans l'ONDAM.

II. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ (ARS)

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), et désormais la branche autonomie, contribue à certaines actions du Fonds d'intervention régional (FIR), qui finance des initiatives et des expérimentations des établissements et services validées par les agences régionales de santé (ARS).

Le **III** du présent article propose de fixer la dotation de la branche autonomie au financement des ARS au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées à 141,44 millions d'euros, en hausse de 1,8 % par rapport à 2020. La dotation de la CNSA aux ARS au titre de ces mêmes missions s'élevait en effet à 139 millions d'euros en LFSS 2020.

La contribution de la branche autonomie se décompose ainsi :

– 45 millions d'euros au titre des groupements d'entraide mutuelle (GEM), contre 42,3 millions d'euros en 2020. Introduits en 2005, les GEM sont organisés sous forme associative et reposent sur la philosophie de la « pair-aidance ». En regroupant des personnes ayant des difficultés communes, ils permettent le soutien mutuel et facilitent le lien social, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du GEM. En 2018, plus de 74 000 personnes ont fréquenté les 505 GEM existants ⁽¹⁾ ;

(1) Annexe 10 du PLFSS 2021.

– 96 millions d’euros pour le développement de méthodes d’action pour l’intégration des services d’aide et de soin dans le champ de l’autonomie (MAIA), contre 96,8 millions d’euros en 2020. Cette méthode associe les acteurs engagés dans l’accompagnement des personnes âgées en perte d’autonomie et de leurs aidants grâce à l’intégration des services d’aide et de soins. En 2018, 352 dispositifs MAIA étaient financés par la CNSA ⁽¹⁾.

III. LA PARTICIPATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D’ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DE L’ONIAM

Le IV du présent article fixe la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie pour le financement de l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) à 130 millions d’euros pour 2021.

L’ONIAM est un établissement public administratif de l’État qui indemnise, au titre de la solidarité nationale, les victimes d’accidents médicaux non fautifs ou d’accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d’urgence, de vaccinations obligatoires, de la contamination par le virus de l’immunodéficience humaine (VIH), par le virus de l’hépatite C (VHC), par le benfluorex et les médicaments dérivés du valproate de sodium. Les missions de l’ONIAM sont financées par l’assurance maladie, par l’État ainsi que par des recettes propres ⁽²⁾. Les montants de la dotation allouée par les régimes obligatoires d’assurance maladie varient sensiblement d’une année sur l’autre en fonction des réserves de l’ONIAM.

Le IV du présent article propose de fixer **la dotation allouée par les régimes obligatoires d’assurance maladie** à 130 millions d’euros pour 2021, en baisse de 20 millions d’euros par rapport à 2020. Cette baisse s’explique par le ralentissement des dépenses d’indemnisation en 2020 en raison de la crise sanitaire et, par conséquence, de la hausse du niveau du fonds de roulement de l’ONIAM.

(1) Ibid.

(2) *Comme le rappelle l’annexe 8 du PLFSS 2021, les missions de l’ONIAM sont financées pour partie par l’assurance maladie (indemnisation des accidents médicaux et des contaminations par le VIH, le VHC, le VHB et le HTLV) et pour partie par l’État (accidents médicaux résultant de la vaccination obligatoire et dommages consécutifs à des mesures sanitaires d’urgence, dépenses de fonctionnement du dispositif du Benfluorex ainsi que dépenses de fonctionnement et d’indemnisation liées à la prise de valproate de sodium). Les dépenses d’indemnisation des victimes du Benfluorex sont financées sur recettes propres et, si nécessaire, par avances de trésorerie de l’État.*

En tout, les recettes de l'ONIAM pour 2021 s'élèveraient à 205 millions d'euros (29 millions d'euros au titre des ressources propres et 46 millions d'euros de subvention de l'État). Le montant du prélèvement sur fonds de roulement en 2021 s'élèverait, lui, à 42 millions d'euros. **L'ensemble de ces recettes permettront de couvrir les dépenses du fonds, estimées à 247 millions d'euros ⁽¹⁾ en 2021, en hausse de 34 % par rapport à 2020, en raison de l'accroissement de l'activité tant amiable que contentieuse.**

*

* *

(1) Cette estimation n'intègre néanmoins pas les effets de la crise sanitaire sur la mobilisation du dispositif de droit commun permettant l'indemnisation des dommages liés à un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale.

Article 44

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 218,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 216,9 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

Pour l'année 2021, l'article 44 fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès (ci-après appelée « branche maladie ») :

– pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 218,4 milliards d'euros, en baisse de 2,5 % par rapport à l'objectif de dépenses fixé en LFSS 2020 (224,1 milliards d'euros) ;

– pour le régime général de la sécurité sociale, à 216,9 milliards d'euros, en baisse de 2,6 % par rapport à l'objectif de dépenses fixé en LFSS 2020 (222,6 milliards d'euros) et en baisse de 7,2 % par rapport aux dépenses effectivement prises en charge par la branche maladie du régime général en 2020⁽¹⁾.

Le présent commentaire d'article se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche.

Le périmètre des dépenses du régime général et des régimes obligatoires de base

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016⁽¹⁾ a entraîné un vaste mouvement d'intégration financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, le régime général compensant le solde des autres régimes. Cela conduit à rapprocher le périmètre des dépenses du régime général et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base.

La différence entre les deux périmètres, de l'ordre de 1,5 milliard d'euros comprend les prestations ne relevant pas des « frais de santé » portées par les autres régimes existants. Il s'agit en pratique des prestations en espèces (notamment les indemnités journalières) et des dépenses d'action sociale.

(1) Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

I. L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE 2020 EST REVU À LA HAUSSE EN RAISON DE LA CRISE SANITAIRE

Les dépenses de la branche maladie du régime général de la sécurité sociale seraient, en 2020, supérieures de 11,2 milliards d'euros à l'objectif fixé en LFSS 2020⁽²⁾. Les effets de la crise sanitaire sur l'ONDAM 2020, détaillés dans le

(1) « Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 et 2021 », rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020.

(2) « Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2019. Prévisions 2020 et 2021 », rapport à la Commission des comptes, septembre 2020.

commentaire de l'article 8, expliquent la forte hausse de dépenses de la branche (+ 7,9 % après + 2,4 % en 2019).

L'objectif de dépenses de la branche et l'ONDAM

Les deux objectifs ne se recoupent pas : l'ONDAM intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire), intégrera demain les dotations de la branche autonomie aux établissements et services médico-sociaux, mais ne prend pas en compte certaines prestations à la charge de l'assurance maladie. C'est notamment le cas des prestations en espèces de maternité (indemnités journalières) ou des prestations invalidité-décès.

Les dépenses de la branche maladie en 2020 ont augmenté de 7,9 %, soit légèrement plus vite que l'ONDAM (+ 7,6 %), du fait notamment du dynamisme des prestations hors ONDAM.

Simultanément à la forte hausse des dépenses à la charge de la branche, la chute des recettes explique que le solde, en 2020, de la branche maladie du régime général s'effondre à un niveau inédit : - 29,8 milliards d'euros.

II. L'OBJECTIF DE DÉPENSES EN 2021 EST EN BAISSSE DE 2,6 % PAR RAPPORT À 2020

En 2021, l'objectif de dépenses de la branche maladie pour le régime général de la sécurité sociale est en baisse de 2,6 % (5,7 milliards d'euros) par rapport à l'objectif de dépenses fixé à l'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾. Cette baisse cumule en réalité trois effets :

– une croissance « naturelle » (hors mesures nouvelles) des dépenses de l'ordre de 1,2 % ;

– plus de 2 milliards d'euros de dépenses liées aux mesures nouvelles prévues par le PLFSS 2021 ;

– de moindres dépenses, à hauteur de 23 milliards d'euros, en raison du transfert de prestations, jusqu'alors prises en charge par l'assurance maladie, à la nouvelle branche autonomie.

La branche maladie régime général resterait fortement déficitaire en 2021 mais son déficit serait réduit de 10 milliards d'euros. Il passerait ainsi de 29,8 milliards d'euros à 18 milliards d'euros.

A. DES DÉPENSES STRUCTURELLES EN HAUSSE DE 1,2 % EN 2021

Avant dépenses nouvelles prévues par le PLFSS 2021 et changements de périmètre liés à la création de la branche autonomie, les dépenses de la branche maladie du régime général sont en hausse de 1,2 % par rapport à l'objectif de dépenses de 2020 révisé par la commission des comptes.

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

Cette hausse « structurelle » est moindre que celle estimée les années précédentes ⁽¹⁾, en raison d'une très forte baisse des dépenses liées à la crise sanitaire en 2021 par rapport à 2020. Alors que les coûts pour l'assurance maladie liés à la crise sanitaire sont estimés à 10,8 milliards d'euros en 2020, ils font l'objet d'une provision de 4,3 milliards d'euros pour 2021. Cette provision est destinée à couvrir les coûts des tests, des masques distribués en pharmacie pour les populations vulnérables, de l'acquisition de vaccins et de la campagne vaccinale.

CHARGES NETTES DE LA CNAM EN 2020 ET 2021 (HORS MESURES NOUVELLES)

(en millions d'euros)

	2020 (p)	2021 (p)	Évolution (%)
Charges nettes	233 766	236 464	1,2
Prestations sociales nettes	214 561	221 685	3,3
Prestations ONDAM nettes « maladie-maternité »	200 911	208 183	3,6
Prestations légales « maladie » nettes	196 223	203 247	3,6
Soins de ville	88 168	94 956	7,7
- prestations en nature	77 361	85 732	10,8
- indemnités journalières	10 806	9 224	- 14,6
Prestations exécutées en établissements	108 055	108 291	0,2
Prestations légales « maternité » nettes	3 796	4 010	5,6
Soins des Français à l'étranger	892	926	3,8
Prestations hors ONDAM nettes « maladie-maternité »	13 651	13 502	- 1,1
Établissements médico-sociaux à la charge de la CNSA	1 747	1 367	- 21,7
IJ maternité et paternité	3 374	3 434	1,8
Prestations invalidité	6 767	6 918	2,2
Soins des étrangers en France	877	890	1,4
Action sociale et actions de prévention	547	535	- 2,2
Autres prestations nettes	338	359	6,1
Transferts nets	12 465	8 231	- 34
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	741	708	- 4,4
Prise en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM)	1 170	1 116	- 4,6
Financement de fonds et organismes du champ de l'ONDAM	10 536	3 688	- 39,4
Dépassement forfait CMU-C et soins urgents	18	18	0
Charges de gestion courante	6 640	6 472	- 2,5
Autres charges nettes	99	76	- 23,8

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

(1) Entre en 2019 et 2020, la Commission des comptes prévoyait une hausse « structurelle » des dépenses de 3,9 %.

1. Des prestations ONDAM globalement très dynamiques

La forte hausse tendancielle des prestations ONDAM en 2021 (+ 3,6 %) est tirée par les dépenses liées aux prestations en nature. Ces dernières croissent de 10,8 % entre 2020 et 2021, avec la reprise des soins de ville, largement sous-consommés pendant le confinement.

À l'inverse, les dépenses liées aux indemnités journalières « maladie » sont en très forte baisse en 2021 (- 14,6 %). Cela s'explique par un niveau exceptionnellement haut de ces dépenses en 2020, lié à l'indemnisation par l'assurance maladie des personnes vulnérables et des parents d'enfants dans l'incapacité de travailler pendant le confinement.

Les dépenses au titre du financement des établissements sont également en baisse en 2021. Cela s'explique par un niveau exceptionnellement haut de ces dépenses en 2020 pour couvrir les surcoûts liés à la crise et les primes versées aux personnels.

2. Des prestations hors ONDAM en faible baisse

La baisse tendancielle de 1,1 % des prestations hors ONDAM s'explique surtout par la baisse de la dotation à la CNSA pour les dépenses qui entrent dans l'objectif global de dépenses (OGD) sans être financées par l'ONDAM médico-social. Ces dépenses ont augmenté de 25 % en 2020 (+ 0,3 milliard d'euros), afin de couvrir une partie des coûts supplémentaires des EHPAD et des autres établissements ou structures accueillant des personnes âgées. Elles devraient donc baisser en 2021.

3. Des transferts nets en forte baisse

La baisse de 34 % des transferts nets entre 2020 et 2021 s'explique principalement par le fait qu'en 2020, une dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros a été octroyée à l'Agence nationale de santé publique pour lui permettre de faire face à la crise, ce qui ne devrait pas se reproduire en 2021.

B. DES NOUVELLES DÉPENSES DE PLUS DE 2 MILLIARDS D'EUROS À LA CHARGE DE L'ASSURANCE MALADIE

Les dépenses de la branche maladie augmenteront en 2021 de 2,1 milliards d'euros sous l'effet du Ségur de la santé : 6 milliards d'euros compris dans l'ONDAM et 60 millions d'euros hors ONDAM finançant le rattrapage numérique en santé passant par la gestion administrative de la CNAM, auxquels il faut soustraire 4 milliards d'euros d'économies prévues pour 2021.

Dans une moindre mesure, les dépenses de la branche maladie du régime général s'accroîtront de 0,3 milliard d'euros sous l'effet du transfert du financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), jusqu'alors financée par le budget

de l'État (article 37 du présent projet de loi). La CNAM sera compensée par l'affectation d'une fraction de TVA.

C. UNE BAISSÉ DES DÉPENSES DE 23 MILLIARDS D'EUROS LIÉE AUX TRANSFERTS À LA BRANCHE AUTONOMIE

Le transfert de dépenses de la branche maladie à la branche autonomie explique la baisse de l'objectif de dépenses en 2021. La nouvelle branche autonomie sera, en effet, en charge de dépenses de prestations dont la branche maladie assurait jusqu'à présent le financement, à savoir le sous-ONDAM médico-social. De ce fait, le périmètre des dépenses de la branche maladie du régime général se réduira de 22,8 milliards d'euros ⁽¹⁾, soit d'environ 10 %.

La branche maladie continuera néanmoins à prendre en charge les mesures dans le champ médico-social hors OGD qui figurent dans le sous-objectif « autres prises en charge » de l'ONDAM.

III. À PARTIR DE 2022, LE TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE SE STABILISERAIT À 2,2 %

Les dépenses ⁽²⁾ de la branche maladie du régime général augmentent fortement entre 2019 et 2020 du fait de la crise sanitaire puis diminuent de manière importante entre 2020 et 2021 du fait du transfert de certaines dépenses à la branche autonomie. Entre 2021 et 2022, elles augmentent de nouveau mais faiblement, en raison de l'absence de dépenses liées à la covid-19 en 2022. À partir de 2022, les dépenses retrouvent un rythme presque équivalent à celui prévalant avant la crise sanitaire, tirées par les prestations figurant dans le périmètre de l'ONDAM (pour rappel, l'ONDAM augmente de 2,4 % entre 2022 et 2023 et de 2,3 % entre 2023 et 2024).

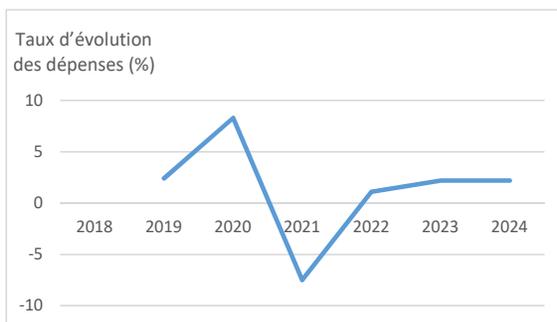
(1) D'après le tableau d'équilibre financier pour 2021 figurant à l'annexe 4 du projet de loi. À noter que le chiffre de 25,9 milliards d'euros, donné à l'annexe B, intègre des effets de périmètre qui sont neutralisés par la création de la nouvelle branche autonomie.

(2) Les dépenses prévisionnelles (hors mesures nouvelles) présentées en annexe B du présent projet de loi intègrent, pour la branche maladie, la tenue de l'ONDAM prévisionnel qui figure à la même annexe.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL

(en milliards d'euros)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Dépenses	211,5	216,6	234,6	216,9	219,3	224,2	229,1
Évolution (%)		2,4	8,3	- 7,5	1,1	2,2	2,2



Source : commission des affaires sociales à partir des données de l'annexe B.

*

* *

Article 45

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 226,4 milliards d'euros pour 2021, en progression de 3,5 % par rapport à 2020, et précise sa déclinaison en sous objectifs.

Le présent article fixe l'ONDAM pour 2021 à un niveau inédit : 224,6 milliards d'euros. Ce montant comprend les évolutions tendanciennes des dépenses (c'est-à-dire la croissance « naturelle » des dépenses hors mesure nouvelle), les mesures exceptionnelles liées à la crise de la covid-19 (4,3 milliards d'euros sont provisionnés en 2021), les mesures de revalorisations et d'investissement du Ségur de la santé qui entrent dans le champ de l'ONDAM (7,4 milliards d'euros en 2021) et les mesures d'économies prévues (4 milliards d'euros en 2021).

Votre rapporteur tient à souligner le niveau d'incertitude exceptionnel de ces prévisions, en raison du contexte sanitaire. La prochaine loi de financement de la sécurité sociale devra sans doute quelque peu rectifier, à la hausse ou à la baisse, les objectifs de dépenses tels que fixés au présent article.

L'ONDAM 2021 est, à périmètre constant, en hausse de 3,5 % par rapport à l'ONDAM 2020 rectifié, et ce malgré une très forte baisse des dépenses liées à la crise sanitaire en 2021 par rapport à 2020. Les nouvelles dépenses, notamment celles prévues par le Ségur de la santé, viennent donc plus que compenser la forte baisse des dépenses liées à la crise.

ÉVOLUTION DE L'ONDAM ENTRE 2020 ET 2021

(en milliards d'euros)

	ONDAM 2020 rectifié avec le périmètre utilisé pour construire l'ONDAM 2021 (2)	ONDAM 2021 proposé en PLFSS 2021 (1)	Taux d'évolution (1)/(2)
Dépenses de soins de ville	93,5	98,9	+ 5,8%
Dépenses relatives aux établissements de santé	87,7	92,3	+ 5,2%
Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux	24,9	25,8	+ 3,6 %
• Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	12,6	13,4	+ 6,3%
• Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,3	12,4	+ 0,8%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,8	3,8	0
Autres prises en charge	7,2	3,8	- 47,2 %
Total	217,1	224,6	+ 3,5 %

Source : PLFSS 2021.

Chaque sous-objectif de l'ONDAM connaît une évolution différente. Ainsi, la hausse des dépenses de soins de ville en 2021 est principalement liée à la reprise des soins de ville, largement sous-consommés en 2020 pendant le confinement. La hausse des dépenses relatives aux établissements de santé et aux établissements et services médico-sociaux s'explique, elle, surtout par les mesures de revalorisation et d'investissement prises dans le cadre du Ségur de la santé. La forte baisse, en 2021, du montant du sous-objectif « autres prises en charge » s'explique par le fait qu'en 2020, une dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros avait été octroyée à l'Agence nationale de santé publique pour faire face à la crise, ce qui ne devrait pas se reproduire l'année prochaine.

Afin de comprendre les évolutions de l'ONDAM entre 2020 et 2021, il est essentiel de distinguer les effets dus aux changements de périmètre (I), à la croissance « naturelle » des dépenses (II), à la crise sanitaire (III) ainsi qu'aux mesures du Ségur de la santé (IV).

I. DES CHANGEMENTS DE PÉRIMÈTRE PARTICULIÈREMENT IMPORTANTS

A. LES CONSÉQUENCES DE LA CRÉATION DE LA BRANCHE AUTONOMIE

L'ONDAM se décompose aujourd'hui en six sous-objectifs : les soins de ville, les établissements de santé, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées, les dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) et les « autres prises en charge ». La structuration des principaux sous-objectifs de l'ONDAM, selon les offreurs de soins (ville, hôpital, médico-social), présente l'avantage de correspondre à des modes de régulation distincts.

La création de la branche autonomie entraîne deux changements dans la construction de l'ONDAM :

– la branche autonomie devenant une branche à part entière, il n'est plus question dans le PLFSS 2021 de « contribution de l'assurance maladie aux dépenses » en établissements et services médico-sociaux mais bien de « dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux » pour personnes âgées et handicapées ;

– au-delà d'un simple changement de dénomination, les deux sous-objectifs médico-sociaux regroupent désormais l'ensemble des dépenses formé par l'objectif global de dépenses (OGD) géré par la CNSA. Pour rappel, l'OGD est un objectif de dépenses plus large que les sous-objectifs médico-sociaux. Il recouvre l'ONDAM médico-social augmenté d'une part des recettes propres affectées à la CNSA. Votre rapporteur se félicite l'élargissement du sous-ONDAM médico-social à l'OGD. Cela offre une meilleure visibilité au Parlement sur l'ensemble des dépenses consacrées au financement des établissements et services médico-sociaux.

L'élargissement des deux sous-objectifs médico-sociaux à l'OGD représente 1,4 milliard d'euros de dépenses supplémentaires dans le champ de l'ONDAM 2021.

À noter qu'une mission a été récemment confiée au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) sur l'avenir de l'ONDAM et pourrait permettre une refonte plus large de cet objectif de dépenses dans le PLFSS 2022.

B. LES TRANSFERTS AFFECTANT MARGINALEMENT LE NIVEAU DE L'ONDAM

Deux autres changements de périmètre affectent le niveau de l'ONDAM pour un montant de 39 millions d'euros :

– l'ONDAM 2021 intègre le financement des centres de lutte antituberculeuse au sein du FIR alors qu'ils étaient auparavant financés par l'État (38 millions d'euros) ;

– l'ONDAM 2021 intègre le transfert de financement du conseil départemental du Morbihan sur le FIR dans le cadre de la recentralisation sanitaire ⁽¹⁾ (0,8 million d'euros).

Les transferts entre sous-objectifs n'affectant pas le niveau de l'ONDAM

Les sous-objectifs de l'ONDAM connaissent, en 2021, un certain nombre de changements de périmètre (sans conséquence sur le niveau de l'ONDAM) :

– un transfert de 32 millions d'euros du FIR vers le sous-objectif « dépenses de soins de ville » dans le cadre de la réforme de la garde ambulancière ;

– un transfert de 10 millions d'euros du sous-objectif « soins de ville » vers les dépenses du fonds innovation au sein du sixième sous-objectif pour financer l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération (article 51 de la LFSS 2018) ;

– un transfert de 4,5 millions d'euros du sous-objectif « établissements de santé » vers le sixième sous-objectif pour le financement de l'Agence du numérique en santé ;

– un transfert de 0,29 million d'euros du sixième sous objectif (ANSP) vers le FIR dans le cadre de la régionalisation de la gestion de l'approvisionnement en préservatifs gratuits ;

– un transfert de 100 millions d'euros du sous-objectif « soins de ville » vers le sous-objectif « établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées » au titre de la réouverture maîtrisée du tarif global en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, qui permet à quelques établissements, sélectionnés sur des critères précis, de percevoir une dotation intégrant la quasi-totalité des dépenses de soins de ville, dite « tarif global » ;

– 120 millions d'euros de dépenses de forfaits techniques imagerie du sous-objectif « soins de ville » vers le sous-objectif « établissements de santé ».

(1) Ce transfert est prévu par l'article 71 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

II. EN TENDANCIEL (HORS CRISE SANITAIRE ET SÉGUR DE LA SANTÉ), L'ONDAM 2021 EST EN HAUSSE DE 4,4 %

Le Gouvernement présente toujours, dans l'annexe 7 des PLFSS, l'évolution des dépenses, avant mesures nouvelles d'économies, qui inclut la progression tendancielle des dépenses ainsi que les provisions pour revalorisations et risques. Cette année, le contexte conduit le Gouvernement à évaluer l'évolution des dépenses avant mesures nouvelles d'économies mais également hors crise sanitaire et Ségur de la santé.

Hors crise sanitaire et Ségur de la santé, l'ONDAM passerait, à périmètre constant, de 206,7 milliards d'euros en 2020 à 215,8 milliards d'euros en 2021.

Le calcul de l'ONDAM 2020 hors crise sanitaire et hors Ségur de la santé

Le Gouvernement estime que, hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire et hors Ségur de la santé, l'ONDAM 2020 à périmètre 2021 s'établit à 206,7 milliards d'euros. Pour calculer cet ONDAM, le Gouvernement soustrait à l'ONDAM 2020 rectifié (217,1 milliards d'euros) les effets du Ségur en 2020 (1 milliard d'euros) et les surcoûts exceptionnels causés, en 2020, par la crise sanitaire (estimés à 9,4 milliards d'euros ⁽¹⁾).

⁽¹⁾ Plus exactement 9,8 milliards d'euros desquels sont soustraits 0,4 milliard d'euros de surcoûts ayant également des effets en 2021.

L'évolution tendancielle de l'ONDAM entre 2020 et 2021 (+ 4,4 %) est identique à celle qui avait été prévue entre 2019 et 2020 par l'annexe 7 du PLFSS 2020. Elle se décompose ainsi :

– un taux d'évolution des dépenses de soins de ville à 5,2 %. Il comprend la croissance spontanée des dépenses de soins de ville estimée à 4,6 % pour 2021 hors choc covid, soit une évolution légèrement supérieure à l'évolution tendancielle prévue entre 2019 et 2020 ⁽¹⁾ (+ 4,5 %) du fait d'une structure des jours ouvrés moins favorable en 2021. Les dépenses de soins de ville augmentent également sous l'effet des mesures de revalorisation des professions de santé prévues (et anticipées) par les conventions médicales (+ 0,6 milliard d'euros en 2021) ;

– un taux d'évolution des dépenses afférentes aux établissements de santé de 3,6 %, légèrement plus élevé qu'en 2020 (+ 3,3 %). Cette hausse est notamment liée à la montée en charge des mesures du plan « Ma santé 2022 », à la mise en œuvre de la réforme des hôpitaux de proximité et des investissements dans la transition numérique ainsi qu'à la mise en œuvre du pacte de refondation des urgences ;

– une progression de l'ONDAM médico-social de 3,6 %, supérieure à celle prévue entre 2019 et 2020 (+ 3,2 %). Ce taux de croissance traduit notamment un effort financier supplémentaire de 0,5 milliard d'euros sur la prise en charge des

(1) Annexe 7 du PLFSS 2020.

personnes âgées ainsi que la poursuite de l'investissement en création de places dans les établissements pour personnes handicapées ;

– une hausse de 2,4 % des dépenses relatives au FIR, supérieure à la hausse tendancielle prévue entre 2019 et 2020 (+ 1 %), tenant compte de mesures annoncées dans le cadre de « Ma santé 2022 » ;

– un taux d'évolution des autres prises en charge par l'assurance maladie évalué à 5,6 % en 2021, légèrement supérieur à celui prévu entre 2019 et 2020 (+ 5,2%).

III. UNE PROVISION DE 4,3 MILLIARDS D'EUROS POUR COUVRIR LES DÉPENSES INHÉRENTES AUX TESTS BIOLOGIQUES, AUX VACCINS ET AUX MASQUES

Le Gouvernement ne fait pas l'hypothèse d'une seconde vague qui frapperait le système de soins, en cohérence avec le scénario macroéconomique qui ne prévoit pas de reconfinement. Néanmoins, afin de poursuivre la lutte contre la covid-19, une provision, à hauteur de 4,3 milliards d'euros est prévue dans l'ONDAM 2021. Elle a vocation à couvrir :

– les dépenses inhérentes aux tests biologiques (2 milliards d'euros répartis entre les sous-objectifs « soins de ville » et « établissements sanitaires ») ;

– les dépenses liées aux vaccins (1,5 milliard d'euros dont 700 millions d'euros dans le sixième sous-objectif pour l'achat de vaccins attendus courant 2021 et 800 millions d'euros dans le sous-objectif « soins de ville » pour la campagne vaccinale qui concernerait jusqu'à la moitié de la population) ;

– les dépenses relatives à l'achat et la dispensation de masques pour les personnes testées positives au virus covid-19, identifiées comme cas contact, ou encore souffrant d'une pathologie chronique (0,7 milliard d'euros au sein du sous-objectif « soins de ville ») ;

– la contribution au financement de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) pour ses missions liées à la crise sanitaire (0,1 milliard d'euros au sein du sixième sous-objectif). Il s'agit notamment de financer les renforts en ressources humaines, la gestion des stocks et l'amélioration des systèmes informatiques.

IV. LE SÉCUR DE LA SANTÉ SE TRADUIT PAR UNE HAUSSE DE 6 % DE L'ONDAM (HORS CRISE SANITAIRE)

Le Gouvernement fait le choix, à l'annexe 7 du PLFSS 2020, de calculer la progression qui aurait été celle de l'ONDAM hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Ainsi, hors prise en compte, en 2020 comme en 2021, des surcoûts

liés à la crise sanitaire, l'ONDAM 2021 progresse de 6 % pour atteindre un montant de 220,3 milliards d'euros. Cette hausse inédite est la traduction des mesures ambitieuses de revalorisation et d'investissement décidées lors du Ségur de la santé.

Si le Ségur de la santé conduit à une augmentation de 1,0 milliard d'euros de l'ONDAM 2020, ses effets sur l'ONDAM 2021 sont bien plus importants. Le Gouvernement estime que le Ségur augmentera de 7,4 milliards d'euros les dépenses d'ONDAM en 2021 ⁽¹⁾ :

– le premier pilier du Ségur, intitulé « Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent », aura un effet à la hausse sur l'ONDAM 2021 de 5,8 milliards d'euros. Ce pilier comprend la revalorisation des rémunérations des carrières et des métiers dans les établissements de santé et dans les EHPAD, la revalorisation importante des indemnités des internes et des étudiants des filières paramédicales et médicales ainsi qu'une revalorisation des gardes, le recrutement de 15 000 soignants à l'hôpital public ainsi que la fin du mercenariat de l'intérim médical ;

– le deuxième pilier, intitulé « Définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service de la qualité des soins », augmentera l'ONDAM 2021 de 1,2 milliard d'euros. Ce pilier comprend le financement des projets hospitaliers prioritaires et les investissements ville – hôpital, le rattrapage du retard sur le numérique en santé ainsi que la transformation, la rénovation et l'équipement dans les établissements médico-sociaux ;

– le quatrième pilier, intitulé « Fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers », augmentera l'ONDAM 2021 de 0,4 milliard d'euros. Il permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées, de développer l'accès aux soins non programmés et l'exercice coordonné, de lever les freins à la téléconsultation et de lutter contre les inégalités de santé.

EFFETS DES MESURES DU SÉGUR SUR LES DIFFÉRENTS SOUS-ONDAM 2021

Dépenses de soins de ville	0,3 milliard d'euros
Dépenses relatives aux établissements de santé	5,2 milliards d'euros
Dépenses relatives aux établissements médico-sociaux	1,4 milliard d'euros
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	0,1 milliard d'euros
Autres prises en charge	0,4 milliard d'euros
Total	7,4 milliards d'euros

Source : tableau construit à partir de l'annexe 7 du PLFSS 2021.

(1) Toutes les mesures du Ségur de la santé n'entrent pas dans le périmètre de l'ONDAM. Par exemple, le troisième pilier, intitulé « Simplifier les organisations et le quotidien des équipes », n'a pas de conséquences sur les dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM.

V. PRÈS DE 4 MILLIARDS D'EUROS D'ÉCONOMIES PRÉVUES EN 2021

Comme le rappelle la CNAM dans son rapport de juin dernier, malgré la crise sanitaire, la nécessité de poursuivre des actions de gestion du risque et de maîtrise des dépenses de santé reste entière. D'une part parce que la crise sanitaire a fragilisé les capacités de financement de notre système de santé. D'autre part parce qu'une part de la croissance « naturelle » des dépenses de santé résulte malheureusement encore d'organisations non pertinentes ou non qualitatives.

Afin d'aboutir à un objectif de dépenses en progression de 3,5 % (soit + 7,5 milliards d'euros) par rapport aux réalisations prévisionnelles 2020 à périmètre constant, un montant global d'économies de 4 milliards d'euros est nécessaire pour la construction de l'ONDAM 2021. Ce montant d'économies est très légèrement inférieur à celui prévu en LFSS 2020 (4,2 milliards d'euros).

MESURES DE RÉGULATION EN 2021

Structuration de l'offre de soins	805
<i>Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc)</i>	265
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	540
Actions sur les tarifs des médicaments	640
Actions sur les tarifs des dispositifs médicaux	150
Pertinence et qualité des actes et des prescriptions	975
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie</i>	140
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)</i>	40
<i>Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)</i>	570
<i>Promotion des génériques et biosimilaires</i>	110
<i>Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes</i>	115
Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports	310
<i>Transports</i>	125
<i>Indemnités journalières</i>	185
Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés	80
Gestion dynamique du panier de soins remboursé	35
Effet de la hausse tendancielle des volumes sur les outils existants (dont remises sur les produits de santé)	500
Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires dans le cadre de la crise sanitaire	500
TOTAL ONDAM	3995

Source : annexe 7 du PLFSS 2021.

VI. À PARTIR DE 2023, L'ONDAM RENOUVE AVEC DES TAUX D'ÉVOLUTION SIMILAIRES À CEUX CONNUS AVANT LA CRISE ET LE SÉGUR DE LA SANTÉ

L'annexe B du présent projet de loi permet de comprendre l'impact des mesures du Ségur de la santé sur la trajectoire pluriannuelle de l'ONDAM.

TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE DE L'ONDAM

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
ONDAM	2,2 %	2,6 %	7,6 %	3,5 %	1,1 %	2,4 %	2,3 %
ONDAM hors covid	2,2 %	2,6 %	3,2 %	6 %	3,1 %	2,4 %	2,3 %

Source : annexe B du PLFSS 2021.

Les dépenses supplémentaires du Ségur de la santé, soit 11 milliards d'euros en 2022, expliqueraient en grande partie la hausse de 3,1 % de l'ONDAM hors covid en 2022. Le taux d'évolution de ONDAM hors covid reviendrait ensuite à 2,4 % en 2023 et 2,3 % en 2024, la baisse de 0,1 point entre 2023 et 2024 s'expliquant par la fin des investissements en numérique prévus par le Ségur.

*

* *

Article 46

Dotations 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 engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les montants, pour l'année 2021, des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.

I. LES DOTATIONS AUX FONDS DESTINÉS À L'INDEMNISATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Les **I** et **II** fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante.

A. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le FIVA, établissement public national à caractère administratif, assure la réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit. Depuis sa création en 2002, et jusqu'au 31 décembre 2019, plus de 100 000 victimes ont déposé un dossier de demande d'indemnisation et près de 200 000 autres demandes ⁽¹⁾ ont été enregistrées. Les dépenses d'indemnisation cumulées depuis 2002 atteignent un montant total de 6,2 milliards d'euros.

Les recettes du FIVA sont essentiellement constituées de dotations de la branche AT-MP et de l'État, auxquelles s'ajoute le produit des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, ainsi que les reprises sur provisions.

Le **I** du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au FIVA à 220 millions d'euros en 2021, soit un montant inférieur de 40 millions d'euros à celui consenti en loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. La dotation nette de l'État est, elle, maintenue à 8 millions d'euros dans le PLF 2021.

Cette baisse de 40 millions d'euros s'explique principalement par le montant élevé du fonds de roulement du FIVA. Ce dernier devrait atteindre, fin 2020, un niveau supérieur à 5,5 mois de dépenses d'indemnisation. Le fonds a,

(1) Il s'agit notamment de demandes d'indemnisations complémentaires suite à une aggravation ou de demandes des ayants droit.

en effet, eu beaucoup de difficultés à prendre en charge les demandes d'indemnisation en 2020, compte tenu des circonstances exceptionnelles (grèves des transports en janvier 2020 et confinement lié à la crise sanitaire).

La moindre dotation de la branche AT-MP prévue en PLFSS 2021 induira donc un ajustement à la baisse du fonds de roulement (- 66 millions d'euros). Après ajustement, le fonds de roulement devrait s'élever à 54 millions d'euros en 2021, un niveau équivalent à deux mois de charges d'indemnisation.

Les dépenses d'indemnisation à la charge du fonds devraient être en hausse de 25 % ⁽¹⁾ par rapport à 2020 pour atteindre 384,4 millions d'euros.

BUDGETS ET FONDS DE ROULEMENT PRÉVISIONNELS DU FIVA EN 2020 ET 2021

<i>en M€</i>	2020 (p)	2021 (p)
CHARGES	308,7	384,4
Dépenses d'indemnisation (c/65)	250,0	320,0
Provisions et dotations aux amortissements (c/68)	49,0	54,0
Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (c/656)	0,0	0,0
Autres charges	9,7	10,4
PRODUITS	336,8	318,4
Subvention assurance-maladie (AT/MP)	260,0	220,0
Subvention Etat	7,7	7,7
Reprises sur provisions	51,0	54,0
Autres produits	18,1	36,7
RESULTAT NET	28,09	-65,95
Investissements	0,57	0,44
Variation du fonds de roulement : prélèvement/apport	25,52	-66,4
Fonds de roulement N	120,44	54,05

Source : annexe 8 du PLFSS 2021.

Le rapporteur regrette la baisse de la dotation au FIVA. Il considère, comme le rapport à la Commission des comptes, que le maintien de la dotation au même niveau qu'en 2020 aurait été souhaitable pour assurer le service des prestations.

B. LE FONDS DE CESSATION ANTICIPÉE DES TRAVAILLEURS DE L'AMIANTE

Le FCAATA finance l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), leurs cotisations d'assurance volontaire au titre des régimes de retraite de base et complémentaire et les dépenses supplémentaires supportées par les régimes de retraite de base au titre du maintien à 60 ans de l'âge de départ en retraite des travailleurs de l'amiante.

(1) Le surplus de demandes enregistrées sans décision, accumulé en raison de la grève des transports et de la crise sanitaire actuelle, engendrerait une moindre dépense en 2020 mais, au contraire, des effets « rebond » et donc un excès de dépenses par rapport à la tendance à partir de 2021.

Le fonds est financé quasi exclusivement par une contribution de la branche AT-MP du régime général et accessoirement d'une contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, fixée par arrêté.

Le **II** du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au FCAATA à 468 millions d'euros en 2021, en hausse de 13 % par rapport à la dotation fixée, en 2020, à 414 millions d'euros.

Le montant de la dotation avait été fixé par la LFSS 2020 à 414 millions d'euros avec pour objectif de ramener le solde cumulé du fonds à 0. Ce montant s'est révélé être sous-calibré puisqu'*in fine*, le résultat du fonds comme son résultat cumulé seraient négatifs en 2020 (respectivement – 62 millions d'euros et – 16 millions d'euros). Une dotation de 468 millions d'euros devrait permettre, en 2021, l'équilibrage du résultat cumulé du fonds, dans un contexte de décroissance continue des dépenses financées par le fonds, estimées à 452 millions d'euros l'an prochain.

II. UNE DOTATION INCHANGÉE À LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL AU TITRE DE LA SOUS-DÉCLARATION

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

A. LE REPORT DU RAPPORT ÉVALUANT LE MONTANT DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT-MP

Le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport établi par une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale). Ce rapport doit être élaboré tous les trois ans et évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

Le second alinéa du **III** reporte au 1^{er} juillet 2021 la transmission de ce rapport qui devait intervenir au 1^{er} juillet 2020. En raison de la crise sanitaire, les travaux qui auraient permis d'élaborer ce rapport n'ont, en effet, pas pu se tenir.

Le rapporteur salue cette mesure de bon sens. Une autre option aurait pu être envisagée, à savoir reporter de quelques mois la tenue de la commission et la remise de son rapport au Gouvernement et au Parlement. Néanmoins, une remise du rapport à l'automne n'aurait pas été compatible avec le calendrier d'élaboration du PLFSS 2021.

Le dernier rapport est celui de la commission présidée par M. Jean-Pierre Bonin en juin 2017. Il estime le coût potentiel de la sous-déclaration entre 850 millions d'euros et 1,53 milliard d'euros, dont 755 millions d'euros à 1,42 milliard d'euros au titre des maladies professionnelles. Par rapport aux estimations des précédentes commissions, la hausse est significative. Elle est liée à une hausse des cancers attribuables à une exposition professionnelle ainsi qu'à une progression de la sous-déclaration des affections périarticulaires.

COÛT DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT-MP

Pathologies professionnelles	Nombre de cas sous-déclarés	Coût moyen annuel (€)	Coût total de la sous-déclaration (M€)
Canal carpien	11 500	2 950	34
Principales affections périarticulaires	Tendinopathies de l'épaule	5 800	59
	Tendinopathies du coude	8 400	37
	Tendinopathies de la main et des doigts	2 900	10
Cancers professionnels	2,3 à 6%*	3 470	319 à 830
Affections du rachis lombaire	2 000 à 6 700	10 950	22 à 73
Surdité	12 300	390	5
Dermatoses allergiques et irritatives	8 500 à 12 100	2 540	22 à 31
Asthme	107 100 à 161 200	1 830	196 à 295
Broncho-pneumopathie chronique obstructive	9 000 à 26 900	1 780	16 à 48
Accidents du travail	337 700 à 384 800	280	95 à 108
Total			815 à 1 530

* Cette fourchette correspond à la fraction de cancers attribuables à l'activité professionnelle.

Source : Rapport de la commission L. 176-2, 2017

Les explications à la sous-déclaration des AT-MP

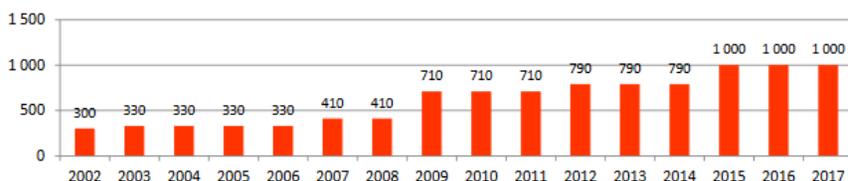
La sous-déclaration nuit à la connaissance des risques professionnels et donc à leur prévention. Ce sont surtout les maladies professionnelles qui sont sous-déclarées puisqu'à la différence des accidents du travail dont la déclaration doit être effectuée par l'employeur, c'est au salarié qu'il revient de demander la reconnaissance d'une affection en maladie professionnelle. Les facteurs expliquant ce phénomène de sous-déclaration sont liés :

- aux victimes : les salariés ne connaissent pas toujours l'origine professionnelle de leur affection ou décident de ne pas entamer les démarches pour la faire reconnaître comme maladie professionnelle (certains craignent de perdre leur emploi ou jugent la procédure de déclaration trop complexe) ;
- aux employeurs : quelques phénomènes de dissimulation (non-déclaration d'accidents, pressions sur les salariés, actions en direction des médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée) persistent encore ;
- aux acteurs du système de soins : les médecins semblent encore parfois insuffisamment formés et informés sur les questions de santé au travail.

B. POUR LA SEPTIÈME ANNÉE CONSÉCUTIVE, LE MONTANT DE LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP À LA BRANCHE MALADIE EST FIXÉ À 1 MILLIARD D'EUROS

Le premier alinéa du **III** du présent article fixe, pour la septième année consécutive, le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 1 milliard d'euros. Le Gouvernement justifie le maintien, en 2021, de la contribution à son niveau actuel par le fait que la Cour des comptes n'a pas pu remettre son rapport triennal réévaluant la sous-déclaration des AT-MP.

MONTANT ANNUEL DU VERSEMENT DE LA BRANCHE AT-MP À LA BRANCHE MALADIE



Source : Rapport de la commission L. 176-2, 2017

Le montant de ce versement emporte des conséquences importantes pour les entreprises. Plus il est élevé, plus le taux net de la cotisation AT-MP auquel elles sont assujetties l'est également. Le transfert annuel de la branche AT-MP à la branche maladie est en effet financé par une majoration du taux brut auquel chaque entreprise est assujettie en fonction de la sinistralité de son secteur d'activité ainsi que, le cas échéant, de sa propre sinistralité.

Le rapporteur est favorable à ce qu'en l'absence de nouvelle évaluation de la sous-déclaration, le montant de la dotation de la branche AT-MP reste fixé à 1 milliard d'euros. Il insiste néanmoins sur l'importance de ne pas concevoir cette dotation comme une simple variable d'ajustement entre branches. La branche AT-MP doit conserver suffisamment de moyens pour développer les actions de prévention au sein des entreprises.

III. UNE DOTATION RÉÉVALUÉE DE LA BRANCHE AT-MP AU TITRE DE LA PÉNIBILITÉ

La loi de financement détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ⁽¹⁾ issu de la loi de 2010 sur les retraites ⁽²⁾ et celles engendrées par le compte professionnel de prévention (C2P). Ces dispositifs sont financés par la branche AT-MP *via* une majoration des cotisations AT-MP auxquelles sont sujettes les entreprises.

(1) Avec le recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans, la réforme des retraites de 2010 prévoit de maintenir une retraite à taux plein dès 60 ans pour les salariés atteints d'une incapacité permanente d'au moins 10 % reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles d'une maladie professionnelle.

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

Le compte professionnel de prévention (C2P)

Un salarié exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, bénéficie d'un compte professionnel de prévention (C2P) sur lequel il peut accumuler des points qui permettent d'obtenir une formation pour accéder à des postes moins ou pas exposés à la pénibilité, de bénéficier d'un temps partiel sans perte de salaire ou de partir plus tôt à la retraite en validant des trimestres de majoration de durée d'assurance vieillesse. Le financement du C2P se traduit par :

– un surcroît de dépenses d'actions de prévention à la charge de la branche AT-MP, les salariés exposés à la pénibilité acquérant des points qu'ils peuvent utiliser pour se former ou travailler à temps partiel sans perte de rémunération ;

– ainsi que par un surcroît de transfert à la CNAV, au titre de l'utilisation de points pour départ anticipé en retraite.

Ce dispositif est entré pleinement en vigueur le 1^{er} janvier 2018 ; au total, depuis 2015, un peu plus de 1,6 million de salariés, déclarés exposés au moins une fois à un facteur de risque professionnel, ont un compte ouvert à fin 2019.

Pour 2021, la contribution de la branche AT-MP du régime général aux dépenses au titre des deux dispositifs est fixée par le **IV** à 176 millions d'euros, un montant en hausse de 12 % par rapport à 2020 (157,4 millions d'euros) réparti comme suit ⁽¹⁾ :

– 65 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (74,4 millions d'euros en 2020) ;

– 111 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention (83 millions d'euros en 2020).

Pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles, le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est fixé, par le **IV** également, à 10,6 millions d'euros en 2021, en baisse de 0,8 million d'euros par rapport à 2020, réparti comme suit :

– 8 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ;

– 2 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

La baisse de 0,8 million d'euros entre l'objectif fixé en 2020 et celui fixé cette année s'explique par une surestimation des dépenses en LFSS 2020. Les dépenses concernant les non-salariés agricoles avaient été intégrées par erreur à la prévision de dépenses pour les salariés agricoles.

*

* *

(1) Réponses du Gouvernement aux questions du rapporteur.

Article 47

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'année 2021, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,7 milliards d'euros pour le régime général.

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour l'année 2021 :

– le 1^o fixe cet objectif à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base (+3,7 % par rapport à l'objectif fixé en 2020) ;

– le 2^o fixe cet objectif à 12,7 milliards d'euros pour le régime général (+ 4 % par rapport à l'objectif initial fixé en LFSS 2020).

Le présent commentaire se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche. D'après l'annexe 10 du présent projet de loi, le régime général regroupe 22,6 millions de cotisants contre 3,7 millions pour les autres régimes (régimes des salariés et exploitants agricoles et certains régimes spéciaux).

Un objectif de dépenses se recoupant partiellement avec l'ONDAM

L'ONDAM intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte un certain nombre d'autres prestations, à savoir :

- les rentes servies aux victimes d'un accident du travail ou souffrant de maladies professionnelles en cas d'incapacité permanente ;
- les prestations aux victimes de l'amiante ;
- les actions de prévention du compte personnel de prévention.

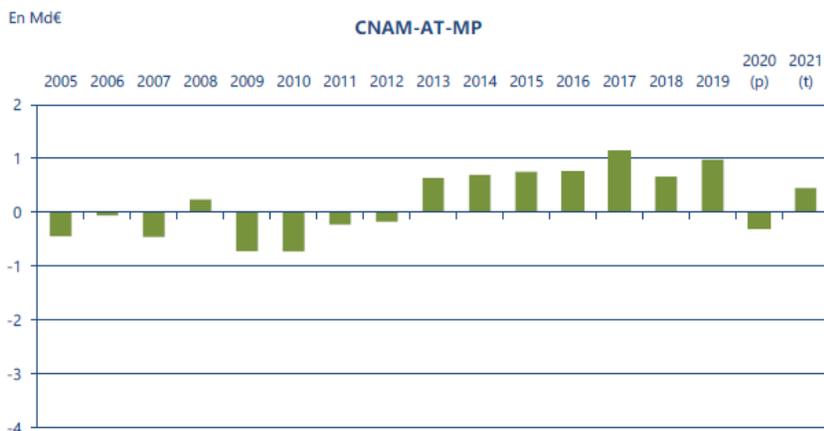
La branche assure également des transferts, dont :

- un versement à la CNAM destiné à couvrir le coût de la sous-déclaration des AT-MP ;
- des dotations d'équilibre des branches AT-MP du régime des salariés agricoles, du régime des mines et du régime des marins ;
- la prise en charge du surcroît de dépenses, pour la CNAV, de pensions lié aux départs anticipés au titre de l'amiante et de la pénibilité.

I. UNE BRANCHE STRUCTURELLEMENT EXCÉDENTAIRE JUSQU'EN 2019 MAIS FRAGILISÉE EN 2020 PAR LA CRISE SANITAIRE

Après avoir été en déficit entre 2009 et 2012, la branche AT-MP du régime général a été continuellement excédentaire de 2013 à 2019. Les excédents devaient, en l'absence de mesures nouvelles, croître à nouveau pour atteindre un solde positif de 1,3 milliard d'euros en 2020. Toutefois la crise sanitaire a stoppé la tendance à la hausse du solde, qui ne devrait redevenir positif qu'en 2021.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE LA BRANCHE AT-MP DU RÉGIME GÉNÉRAL (2005-2021)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2020, tome I).

A. UNE BRANCHE EXCÉDENTAIRE EN 2019

En 2019, le solde du régime général a atteint 1 milliard d'euros, en hausse de 340 millions d'euros par rapport à 2018, en raison d'un ralentissement des dépenses et d'une augmentation des produits de la branche. Le solde de la branche en 2018 avait connu un « effet ciseau », à savoir une baisse du taux de cotisation concomitant d'une hausse des prestations sociales, effet qui ne s'est pas reproduit en 2019.

- *En 2019, les dépenses de la branche ont ralenti*

Les charges de la branche AT-MP du régime général ont augmenté en 2019 (+ 1,6 %), mais moins fortement qu'en 2018 (+ 2,7 %). Malgré un fort dynamisme des dépenses d'indemnités journalières (+ 9,7 %), ce ralentissement s'explique essentiellement par une baisse des dépenses liées à l'amiante, lesquelles ont poursuivi leur décroissance structurelle, ainsi que par une diminution des transferts à la charge de la branche ⁽¹⁾.

(1) Cette forte baisse est le contre-coup de la comptabilisation, en 2018, d'une charge pour la branche au titre de la compensation à l'Unedic d'une partie de ses cotisations d'assurance chômage.

- *En 2019, les produits de la branche ont été très dynamiques*

Les produits ont augmenté de 4,0 % en 2019 par rapport à 2018. Les produits bruts de cotisations sociales assises sur les rémunérations des salariés du secteur privé, qui constituent la quasi-totalité des recettes de la branche ont progressé de 3,2 % et les charges liées au non recouvrement ont nettement diminué.

B. UN SOLDE EXCEPTIONNELLEMENT DÉFICITAIRE EN 2020 EN RAISON DE LA CRISE SANITAIRE

En 2020, le solde devait atteindre un excédent de 1,3 milliard d'euros. Toutefois la crise sanitaire a largement affecté les recettes de la branche, provoquant un déficit de 290 millions d'euros.

- *Des dépenses augmentant au même rythme qu'en 2019*

En 2020, les charges nettes du régime général de la branche AT-MP s'élèveraient, selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, à 12,4 milliards d'euros, en hausse de 200 millions d'euros par rapport à l'objectif fixé en LFSS 2020 ⁽¹⁾.

Elles augmenteraient légèrement par rapport à 2019 (+ 1,5 %), soit au même rythme qu'entre 2018 et 2019. Cette stabilité du taux d'évolution s'explique d'une part, par une moindre augmentation des dépenses de prestations et, d'autre part, par une moindre baisse des transferts à la charge de la branche.

Les effets du confinement sur la branche AT-MP

En 2020, les dépenses liées aux indemnités journalières connaissent un ralentissement (+ 4,0 % après + 9,7 % en 2019) et les dépenses de soins de ville une baisse de 3,4 %. Cela tient, en partie, aux effets du confinement, lequel a entraîné une sous-consommation des soins de ville et une baisse des AT-MP. D'après les données transmises par le Gouvernement au rapporteur, le nombre d'accidents du travail aurait baissé de 50 % au deuxième trimestre 2020, par rapport au deuxième trimestre 2019, et le nombre de maladies professionnelles aurait diminué de 15 %.

- *Un effondrement des produits de la branche en 2020 (– 8,2 %)*

Les cotisations sociales du secteur privé chuteraient de 9,3 %, sous l'effet de la chute de la masse salariale du secteur privé et de la mise en place d'exonérations en réponse à la crise (troisième loi de finances rectificative). Cette contraction des cotisations sociales du secteur privé n'est que légèrement compensée par une prise en charge accrue par l'État de cotisations (multipliée par 3) et par les cotisations du secteur public en hausse (+ 3,6 %), du fait de l'effet réduit de la crise sur ce secteur.

(1) Cette différence par rapport aux prévisions ne tient pas tant à une progression des dépenses plus élevée qu'attendu en 2020 qu'à une sous-estimation, au moment du vote de la LFSS 2020, des dépenses de la branche en 2019.

II. UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN HAUSSE DE 2,4 % POUR 2021

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour l'année 2021. Le 1^o fixe cet objectif à 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base. Le 2^o fixe cet objectif à 12,7 milliards d'euros pour le régime général (+ 2,4 % par rapport à l'objectif rectifié des dépenses pour 2020, de 12,4 milliards d'euros ⁽¹⁾).

La hausse des dépenses entre 2020 et 2021 est entièrement structurelle. L'objectif de dépenses de 12,7 milliards d'euros pour le régime général correspond, en effet, à la prévision de dépenses structurelles (hors mesures nouvelles) calculée par le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale.

ÉVOLUTION DES CHARGES NETTES DE LA CNAM AT-MP

(en millions d'euros)

	2020 (p)	2021 (p)	Évolution (%)
Charges nettes	12 424	12 690	2,1 ⁽¹⁾
Prestations sociales nettes	9 553	9 831	2,9
Prestations ONDAM nettes	4 645	4 921	6
• Prestations exécutées en ville dont	4 201	4 475	6,5
- prestations en nature	511	559	9,3
- indemnités journalières	3 691	3 917	6,1
• Prestations exécutées en établissements	443	445	0,3
• Soins des Français à l'étranger	1	1	
Prestations hors ONDAM nettes	4 908	4 909	0
• Prestations d'incapacité permanente	4 386	4 343	0,1
• Allocations anticipées d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA)	260	236	- 9,2
• Actions de prévention du compte personnel de prévention	54	111	++
• Autres prestations (dont actions de prévention du FNPAT)	258	219	- 14,8
Transferts nets	1 966	1 960	- 0,3
Transferts avec d'autres régimes de base	1 620	1 613	- 0,4
Transfert avec des fonds	288	292	1,5
Transfert avec les complémentaires	58	54	- 6,8
Charges de gestion courante	894	893	- 0,1
Autres charges nettes	11	7	--

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2020, tome I)

(1) 2,4 % avec les arrondis.

Aucune nouvelle mesure de dépenses n'est prévue par le PLFSS 2021, mise à part l'expérimentation de l'article 34, qui ne concerne que le régime de la mutualité sociale agricole. Cette expérimentation devrait permettre une légère

(1) Telles que figurant à l'annexe B.

réduction de la sous-déclaration des AT-MP et donc un moindre transfert de dépense à la branche maladie (de l'ordre de 0,2 million d'euros).

Les conséquences budgétaires pour la branche AT-MP du dispositif de reconnaissance de la covid-19 comme maladie professionnelle ne sont pas encore connues avec certitude. En commission des affaires sociales, le 7 octobre dernier, le ministre Olivier Véran a indiqué que le coût pour la branche AT-MP pourrait être de 10 à 15 millions d'euros ⁽¹⁾.

1. Les prestations du champ de l'ONDAM expliqueraient l'essentiel de cette croissance

Les prestations du champ de l'ONDAM augmenteraient de 5,9 % en 2021. Cette hausse s'expliquerait par un fort dynamisme des indemnités journalières (+ 6,1 %), comme les années précédentes, et par une forte reprise des remboursements de soins de ville « AT-MP » (+ 9,3 %). L'hypothèse structurante est celle d'un retour à un volume d'activité globalement normal en 2021 pour les différents offreurs de soins. Les remboursements de soins de ville de la branche maladie connaîtraient d'ailleurs une hausse similaire entre 2020 et 2021 (+ 10,8 %).

2. Les prestations hors ONDAM demeuraient stables

Les prestations d'incapacité permanente accélèreraient légèrement (+ 0,1 %) en raison d'une inflation quasi nulle qui se traduirait par une revalorisation tendancielle de 0,1 % au 1^{er} avril.

Les allocations de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA) poursuivraient leur baisse en 2021 (- 9,2 % après - 9,5 % en 2020).

Les dépenses liées aux actions de prévention du compte personnel de prévention (C2P) feraient plus que doubler en 2021, en raison d'une forte montée en charge du dispositif.

En revanche les autres dépenses de prévention diminueraient fortement en 2021 (- 14,8 %) en raison de la fin de l'« effet rebond » observé en 2019 et 2020. La signature tardive de la convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie – risques professionnels (COG AT/MP) 2018-2022 a, en effet, été suivie d'une forte augmentation des aides financières aux entreprises pour la prévention des accidents du travail.

*

* *

(1) À noter que pour les professionnels de santé libéraux, qui n'ont, dans le droit commun, pas de couverture AT-MP obligatoire, seront indemnisés via le programme 204 du budget de l'État. Aucune ouverture de crédits n'est prévue dans le PLF 2021, mais les prochains retours de la CNAM, qui assure l'instruction et le versement des prestations, devraient permettre de définir le montant nécessaire pour 2020 et 2021, lequel pourrait être fixé en loi de finances rectificative de fin d'année ou de début d'année prochaine.

Article 48

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 48 fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2021, tel qu'il résulte des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 251,9 milliards d'euros en 2021, en augmentation de 1,9 % par rapport à l'objectif de 2020 tel que rectifié à l'article 7 du projet de loi.

La branche vieillesse du régime général, en particulier, voit son objectif de dépenses fixé à 144,7 milliards d'euros en 2021, en augmentation de 2,9 % par rapport à l'objectif de 2020 tel que rectifié à l'article 7 du projet de loi.

I. L'ACCROISSEMENT DU DÉFICIT DE LA BRANCHE VIEILLESSE

Après vingt années de déséquilibres chroniques, les comptes de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) ont renoué avec un solde positif de 2016 et 2018. Toutefois, l'exercice 2019 a marqué le retour d'un solde négatif dû au ralentissement des produits. En 2020, ce déficit serait fortement accru du fait de la crise sanitaire et de la réduction des recettes.

A. UN DÉFICIT QUI S'ENVOLE EN 2020 SOUS L'EFFET DE LA CRISE SANITAIRE...

● L'année 2019 se caractérise par le retour d'un solde déficitaire pour la branche vieillesse du régime général de sécurité sociale. Conformément au tableau d'équilibre financier figurant au 2° de l'article 1^{er} du présent projet de loi, le déficit de la branche vieillesse s'est élevé à 1,4 milliard d'euros en 2019.

Cette dégradation s'explique, à titre principal, par le dynamisme des dépenses et par la contraction du niveau de recettes affectées à la CNAV :

– s'agissant des dépenses (+ 2,6 %, après + 2,9 % en 2018), la hausse plus faible s'explique principalement par une revalorisation moins élevée des pensions de retraite (+ 0,3 % après + 0,6 % en 2018) compte tenu de la sous-indexation des pensions de retraite prévue par l'article 68 dans la LFSS 2019 à hauteur de 0,3 %. Par ailleurs, les transferts versés par la branche ont fortement augmenté en 2019 (+ 10,9 %) du fait de la hausse du montant de compensation démographique (+ 12 %) ⁽¹⁾ ;

(1) Les transferts de compensation démographique consistent, pour le régime général, à effectuer un transfert aux régimes déficitaires du fait du basculement progressif d'une partie de la population auparavant rattachée à un régime spécial vers le régime général. Cette évolution dans la répartition de la démographie française entraîne un déséquilibre dans le ratio actifs/retraités pour certains régimes, qui nécessite de fait une compensation de la part du régime général.

– s’agissant des recettes (+ 1,4 % après + 1,6 % en 2018), les cotisations sociales brutes ont constitué le principal moteur de leur croissance (+ 1,4 %), bien que leur augmentation soit plus faible qu’en 2018 (+ 2,1 %) en raison d’une croissance salariale importante dans le secteur privé, soumis à des cotisations moins importantes, ainsi qu’en raison de l’exonération de cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires. Par ailleurs, la fraction de taxe sur les salaires affectée à la branche vieillesse a représenté 0,9 milliard d’euros en 2019, permettant de compenser la perte de recettes liée à l’exonération de cotisations salariales assises sur les heures supplémentaires. Les transferts reçus par la CNAV se sont maintenus (– 0,3 % après – 2 % en 2018), d’une part par la baisse de participation du FSV au financement du minimum contributif, et d’autre part par le versement d’un supplément de recettes de l’ACOSS.

• En 2020, la branche vieillesse subirait un creusement important de son déficit.

Hors mesures nouvelles du PLFSS 2021, le solde attendu pour le régime général s’élèverait à – 7,9 milliards d’euros pour 2020 selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2020. Il résulterait :

– d’une progression stable des dépenses de la branche (+ 2,5 % après + 2,6 % en 2019). Les prestations vieillesse ont progressé de 2,9 % (après 2,6 %) du fait d’une revalorisation annuelle supérieure à 2019 (+ 0,8 % après + 0,3 %). Celle-ci s’explique par la revalorisation différenciée des pensions de retraite prévue par l’article 81 de la LFSS 2020 : alors que les pensions de retraite inférieures à 2 000 euros, soit environ 75 % d’entre elles, ont été réindexées sur l’inflation, les pensions dépassant ce seuil ont été revalorisées à hauteur de 0,3 % comme en 2019. Cette progression des prestations vieillesse a toutefois été compensée par un repli des transferts versés par le régime (– 8,3 % après 10,8 % en 2019) ;

– d’une diminution des recettes (– 2,3 % après + 1,4 % en 2019). La chute de la masse salariale en raison du ralentissement de l’activité économique causé par la crise sanitaire et des réponses fiscales apportées – exonérations prévues par la troisième loi de finances rectificative – a généré une forte détérioration des cotisations sociales (– 10,8 %). Les recettes de l’assurance vieillesse ont toutefois été préservées grâce au transfert à la CNAV de la soulte du régime des industries électriques et gazières (IEG) du Fonds de réserve pour les retraites pour un montant de 5 milliards d’euros⁽¹⁾. Par ailleurs, l’augmentation de la prise en charge des cotisations de la part du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ainsi que la hausse de la fraction de taxe sur les salaires, visant à financer la totalité de l’exonération sur les heures supplémentaires, ont permis d’accroître les recettes fiscales de la CNAV.

(1) Article 4 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l’autonomie prévoit le versement par le Fonds de réserve pour les retraites de la soulte du régime des industries électriques et gazières (IEG) à l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) pour le compte de la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV).

B. ... QUI RESTERAIT STABLE EN 2021 HORS MESURES NOUVELLES

En l'absence des mesures prévues par le PLFSS 2021, le déficit de la branche vieillesse restera stable en 2021. Il devrait atteindre 8 milliards d'euros, après 7,9 milliards d'euros en 2020.

- La croissance des dépenses du régime général (+ 3 %) s'explique principalement par une augmentation des transferts à la charge du régime, en hausse de 14,4 %. En effet, la compensation démographique serait en forte hausse du fait du rebond de la masse salariale et contribuerait à la croissance des dépenses à hauteur de 0,4 point. De manière structurelle, elle s'explique aussi par un « effet noria » : l'arrivée de retraités ayant des carrières plus complètes et associées à des salaires plus élevés se traduit par une croissance continue de la moyenne des prestations servies. La hausse des prestations de retraite ralentirait néanmoins légèrement (+ 2,6 % après + 2,9 %) du fait d'une revalorisation moins importante qu'en 2020 (+ 0,4 % après + 0,8 % en 2020) mais resterait à un niveau élevé.

En dépit des rythmes de croissance propres à chaque régime, dépendant directement des structures démographiques et des règles applicables, la tendance à la hausse des prestations devrait être largement vérifiée. Les régimes marqués par un ralentissement, voire une diminution tendancielle, des prestations versées – tels que le régime minier ou celui des exploitants agricoles – ne constituent qu'une exception liée au vieillissement de la population de retraités et au nombre de décès constatés.

- Malgré une hausse des dépenses, la relative stabilité du déficit de la branche vieillesse serait imputable à la forte reprise de la croissance, et donc à la hausse des recettes (+ 3,1 %), particulièrement marquées au niveau des cotisations sociales (+ 12,1 %).

II. UN DÉFICIT LÉGÈREMENT ATTÉNUÉ PAR LE SÉGUR DE LA SANTÉ EN 2021

- L'article 48 fixe les objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2021.

Le 1° fixe l'objectif de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière d'assurance vieillesse à 251,9 milliards d'euros en 2021. Cet objectif est en augmentation de 2 % par rapport à l'objectif de 2020 tel que rectifié à l'article 7 du projet de loi (247,3 milliards d'euros).

Le 2° fixe cet objectif à 144,7 milliards d'euros pour le seul régime général, augmentant ainsi de 3 % par rapport à l'objectif rectifié de 141,7 milliards d'euros pour 2020 inscrit à l'article 7 du projet de loi.

- Contrairement aux deux derniers PLFSS, le présent projet de loi ne contient aucune mesure de maîtrise des dépenses de retraite malgré leur dynamisme, les faibles prévisions d'inflation pour 2021 (0,6 %) rendant peu efficace cet outil.

Toutefois, les revalorisations salariales dans le cadre du Ségur de la santé devraient permettre une hausse des cotisations retraite et donc des recettes de la branche à hauteur de 0,8 milliard d’euros. Par ailleurs, l’allongement du congé de paternité devrait entraîner un surcroît de dépenses de 50 millions d’euros au titre des droits acquis pour la retraite ⁽¹⁾ pour la branche vieillesse du régime général par rapport à l’évolution naturelle des dépenses présentée ⁽²⁾.

• Les effets des principales mesures nouvelles en 2021 sont décrits dans le tableau ci-dessous :

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNAV

(en milliards d’euros)

Mesures nouvelles ⁽³⁾	Recettes	Dépenses	Solde
Commission des comptes - septembre 2020	136,7	144,7	- 8,0
Mesures du Ségur de la santé (effet retour lié à la hausse des cotisations)	0,8		0,7
Congé de paternité		0,1	
LFSS pour 2021	137,5	144,7 ⁽⁴⁾	- 7,3

Source : tableau d’équilibre financier de l’annexe 4 et annexe B du PLFSS 2021.

• Selon le tableau de prévision pluriannuel de l’annexe B du PLFSS 2021, la branche vieillesse du régime général serait en déficit de plus de 7 milliards d’euros jusqu’en 2024. Les dépenses progresseraient à un rythme de l’ordre de 3 % : elles continueraient de croître à un rythme supérieur à celui des recettes, notamment du fait d’une plus forte inflation à compter de 2020 en lien avec la reprise économique attendue.

PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA CNAV

(en milliards d’euros)

	2021	2022	2023	2024
Dépenses	144,7	148,7	153,5	159,0
Évolution	+ 2,9 %	+ 2,8 %	+ 3,2 %	+ 3,6 %
Solde	- 7,8	- 7,3	- 7,3	- 9,3

Source : annexe B du PLFSS 2021.

Le rapporteur relève ainsi que les charges de la branche vieillesse progressent de manière dynamique en l’absence de nouvelles mesures de maîtrise des dépenses. Compte tenu du poids de la branche vieillesse dans les comptes de la sécurité sociale, qui seront durablement dégradés du fait de la crise sanitaire, il sera nécessaire d’engager des discussions avec les partenaires sociaux pour réguler les

(1) Arrondis à 0,1 milliard d’euros dans le tableau ci-après.

(2) Voir le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2020, p. 149.

(3) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter aux commentaires des articles afférents.

(4) L’objectif de dépenses n’a pas été arrondi à la décimale supérieure (144,8).

dépenses de retraite à moyen terme en allant au-delà de ce que prévoit la réforme « Touraine » de 2014.

La prévention de la perte d'autonomie par les caisses de retraite

Alors que le législateur a acté, par la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie, la création d'une cinquième branche de la sécurité sociale couvrant la perte d'autonomie, le rapporteur de la branche vieillesse tient à souligner le rôle croissant joué par les caisses de retraite en la matière, qu'il s'agisse des caisses de retraite de base ou complémentaire.

Bien qu'il ne s'agisse pas de leur cœur de métier, les caisses de retraite ont réussi à développer une offre de services qui s'est étoffée depuis les années 2000 pour accompagner le vieillissement de la population. À titre d'exemple, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) consacre 400 millions d'euros par an en activités de prévention de la perte d'autonomie.

Ces actions visent à répondre à plusieurs objectifs : accompagner les individus au moment du passage à la retraite, les informer de leurs droits notamment grâce au site internet www.assuranceretraite.fr, permettre aux retraités de continuer à vivre chez eux en finançant par exemple des programmes d'adaptation du logement – installation de douches à l'italienne ou de poignées d'appui, etc. – ou des services de portage de repas à domicile, lutter contre l'isolement des personnes âgées, préserver la santé des retraités et prévenir les accidents de la vie. À ces fins sont organisées diverses activités collectives centrées sur le « bien-vieillir » : les ateliers pour apprendre à bien se nourrir ou stimuler la mémoire et les fonctions cognitives, initiations aux outils numériques, ateliers d'équilibre pour prévenir les chutes, etc.

Depuis plusieurs années, des actions de prévention de la perte d'autonomie sont menées dans un cadre interrégime. La CNAV travaille ainsi en lien avec la Mutualité sociale agricole (MSA), la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), l'Agirc-Arcco et d'autres partenaires tels que Santé publique France, l'Agence nationale de l'habitat (Anah) et l'Agence nationale pour les chèques-vacances (ANCV). Le site www.pourbienvieillir.fr recense ces actions. Des partenariats interbranches, avec l'assurance maladie en particulier, permettent de renforcer l'accompagnement des retraités en sortie d'hospitalisation notamment.

Enfin, les caisses de retraite participent à la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées instituée par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement. Pilotée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la conférence des financeurs réunit les acteurs de la lutte contre la dépendance – caisses d'assurance vieillesse et d'assurance maladie, délégations de l'Anah, Mutualité française, etc. – afin de coordonner dans chaque département les actions de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de 60 ans et plus et leurs financements dans le cadre d'une stratégie commune. Ces dernières années ont été marquées par une hausse significative des financements alloués, qui ont atteint 215 millions d'euros en 2018. Si la majorité des financements est constituée de concours de la CNSA, les membres des conférences départementales des financeurs ont financé, à hauteur de 96 millions d'euros, 425 000 aides et actions de prévention en 2018 qui ont bénéficié à 860 000 personnes.

Sources : CNAV, CNSA.

Article 49

Objectif de dépenses de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 49,3 milliards d'euros.

I. UN DÉFICIT AGGRAVÉ PAR LA CRISE SANITAIRE, QUI ROMPT AVEC LA TENDANCE EXCÉDENTAIRE INSTALLÉE DEPUIS 2018

A. UNE HAUSSE MODÉRÉE DES CHARGES ET UNE BAISSÉ CONSÉQUENTE DES PRODUITS EN 2020.

1. Une branche récemment excédentaire

● Jusqu'en 2009, l'ensemble de la dépense des prestations familiales a été tirée par la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE). Cependant, le périmètre des dépenses de la branche s'est peu à peu réduit, alors que les recettes sont restées les mêmes. En 2014, la PAJE a été aménagée de manière à recentrer certaines prestations sur les plus faibles revenus et la LFSS 2015 a établi la modulation des allocations familiales en fonction des ressources. En 2016, à périmètre constant, les dépenses de prestations familiales ont diminué de 0,8 %, notamment en raison de la baisse du taux de progression des allocations familiales et de la baisse des naissances. En 2017, l'ensemble des prestations servies par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ont également baissé de 0,2 %.

La branche famille a été excédentaire en 2019 : son solde s'est établi à + 1,5 milliard d'euros, en amélioration par rapport à 2018 où le solde était de + 450 millions d'euros. Ces excédents faisaient suite à dix années de déficits, qui s'expliquent par le transfert régulier des excédents prévisionnels de la branche famille à la branche vieillesse ou au Fonds de solidarité vieillesse (FSV)⁽¹⁾. La branche famille opère actuellement plusieurs transferts en faveur de la branche vieillesse. Parmi eux, un versement de cotisations forfaitaires à la CNAV qui finance l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF), ou encore la prise en charge des majorations de pensions de retraite dont bénéficient les parents ayant élevé trois enfants, qui se traduit par un versement de la CNAV aux régimes concernés (CNAV, MSA, CNIÉG)⁽²⁾.

L'excédent de la branche famille en 2019 tenait de la quasi-stagnation des charges nettes mais aussi de la progression des produits. Cette stagnation s'explique par la baisse des prestations légales, notamment de la PAJE et singulièrement la

(1) *Rapport de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2017 – Chapitre IV : « Le pilotage de la trajectoire financière de la sécurité sociale : créer les conditions d'un équilibre durable », page 192.*

(2) *Annexe 6 du PLFSS pour 2021.*

chute du recours à la prestation partagée d'éducation (PreParE), l'allocation liée au congé parental. Les transferts nets versés par la branche ont également peu progressé (+ 0,4 %) et les charges de gestion courantes ont fléchi (- 2,4 %). En revanche, les produits ont progressé de 2 % en 2019, en partie grâce au rythme dynamique des cotisations sociales des salariés et non-salariés.

2. Un exercice 2020 marqué, comme pour l'ensemble des branches, par un déficit accru

• L'année 2020 marquerait une rupture avec la tendance excédentaire des deux années précédentes. Cette rupture est avant tout due à la chute des produits affectés à la branche, comme à l'ensemble des branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Cette chute se distribue principalement entre une baisse du produit des cotisations sociales de 7,2 %, une baisse de la CSG « activité » de 9,8 % et une baisse du produit des taxes, impôts et autres contributions sociales, à hauteur de 15,8 %.

Par ailleurs, la légère hausse des charges s'expliquerait par :

– le dynamisme des prestations légales (+ 6,6 % en 2020, après + 4,8 % en 2019). Parmi elles, le recours au congé de paternité, qui serait en nette progression (+ 6,7 %) en raison de la prolongation de sa durée en cas d'hospitalisation de l'enfant après sa naissance, notamment dans le cas des enfants nés prématurément, votée dans la LFSS 2020 ⁽¹⁾ ;

– la progression des charges d'entretien (+ 3,1 %, après + 0,6 % en 2019). Cette dynamique est due à la revalorisation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire mise en place cette année, à hauteur de 100 euros par enfant, afin de soutenir les ménages vulnérables face à la crise, pour un coût de 500 millions d'euros. Néanmoins, les dépenses de la PAJE et, en son sein, de la PreParE, ont conservé leur trajectoire descendante.

Les dépenses de la PAJE décroissaient déjà en 2018 (- 3,3 %) et en 2019 (- 2,5 %). Cette baisse est notamment due à l'alignement progressif des montants et des plafonds de la PAJE sur celui du complément familial, prévu par la LFSS 2019 ⁽²⁾.

En outre, le recours à la PreParE, l'allocation versée pendant le congé parental, connaît aussi une forte baisse depuis la réforme du congé parental en 2015 qui a substitué la PreParE au complément de libre choix d'activité (CLCA).

(1) Article 72, précisé par le décret n° 2019-630 du 24 juin 2019 relatif à la création d'un congé de paternité en cas d'hospitalisation de l'enfant, Journal officiel n° 0145 du 25 juin 2019, NOR : SSAS1912523D.

(2) Article 26 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, Journal officiel n° 0297 du 23 décembre 2018, NOR : CPAX1824950L.

La baisse du recours à la PreParE

La PreParE permet de percevoir l'allocation plus longtemps si le congé est partagé entre les deux parents, afin d'inciter les pères à y recourir. Elle n'a pourtant pas eu l'effet escompté : son recours connaîtrait ainsi une baisse de 5,5 % en 2020, après une diminution de 6 % en 2019, dans le prolongement plusieurs années de diminution continue (- 20 % en 2018 et 2017). De plus, en raison du confinement, les parents ont gardé leurs enfants chez eux et ont donc moins recouru au complément d'aide à la garde (- 6,5 %).

Les auditions de la rapporteure ont conduit à identifier une baisse de 50 % du recours au congé parental en dix ans, particulièrement inquiétante au vu des constats de la commission des « 1 000 premiers jours » sur la nécessaire présence parentale au cours de la première année de vie du nouveau-né.

Ce dynamisme est toutefois atténué par la revalorisation inférieure de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), à hauteur de 0,3 % en 2020. La poursuite de la baisse des naissances a également contribué au maintien d'un niveau de prestations familiales relativement faible.

Le rythme de versement des prestations familiales est directement indexé sur le taux de natalité

Les prestations légales versées par la CNAF, et notamment, au sein des celles-ci, les allocations familiales, ont été estimées en 2018 à 36,8 milliards d'euros. L'évolution de cette masse monétaire, qui comprend des prestations versées en fonction du nombre d'enfants ou pour accompagner leur naissance et leur éducation, est mécaniquement liée au taux de natalité.

Celui-ci, qui demeure parmi les plus élevés au sein de l'Union européenne, connaît une décroissance continue depuis le début des années 2010. Selon les données disponibles, bien que la France demeure, en 2018, parmi les pays les plus féconds dans l'Union, les 753 000 enfants nés en 2019 représentaient une baisse par rapport à 2018, elle-même en retrait de 15 % par rapport à 2017. L'indice conjoncturel de fécondité, conventionnel par essence, s'établit à 1,87 enfant né vivant par femme en 2019, alors que le seuil de renouvellement des générations, à savoir deux enfants par femme, était atteint en 2014.

La maîtrise globale des dépenses versées par la « branche » famille s'explique donc, pour une part non négligeable, par cette tendance démographique lourde.

Les dépenses d'action sociale continuent enfin de croître selon une tendance proche de celle de 2019 (+ 3,1 % contre + 3,3 % en 2019). En effet, les financements aux établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE) ont été maintenus pendant le confinement. Ce soutien, qui s'est révélé crucial, a permis d'accompagner la réouverture progressive des établissements tout comme le maintien des activités des assistantes maternelles.

La CNAF a engagé en outre un certain nombre d'actions, recensées dans l'avant-propos de la rapporteure, en vue d'accompagner toutes les familles pendant le « confinement », actions unanimement saluées sur l'ensemble des territoires.

B. UNE ÉVOLUTION VERS LE RETOUR À L'EXCÉDENT EN 2021

Avant la prise en compte de mesures nouvelles, la reprise économique attendue conduirait la branche famille à redevenir excédentaire de 0,9 milliard d'euros en 2021 ⁽¹⁾. Compte tenu des mesures proposées dans le cadre du présent projet de loi, cet excédent augmenterait de 200 millions d'euros, sous un double effet :

– une montée en charge progressive du congé de paternité à partir du 1^{er} juillet 2021, pour un semestre, à hauteur de 260 millions d'euros ;

– les effets « retour » du Ségur de la santé, soit une augmentation d'environ 400 millions d'euros des recettes de la branche famille, en raison avant tout de la revalorisation des rémunérations dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux, publics et privé.

Cette situation budgétaire serait liée à la stagnation des dépenses voire à la diminution des charges, dans un contexte de rebond des recettes :

– les charges nettes se stabiliseraient (– 0,1 %) et les prestations légales reculeraient (– 1 %), car la stagnation des prix causée par la crise devrait limiter la revalorisation prévisionnelle des prestations familiales en 2021 (+ 0,1 %).

Sous l'hypothèse d'une absence de nouveau confinement à l'échelle nationale, l'excédent attendu serait aussi dû au rebond des produits de la branche famille, par différents biais :

– une augmentation de 9,1 % des cotisations sociales, en raison de la reprise d'activité et du rebond de la masse salariale dans le secteur privé (+ 6,8 %, après – 7,9 % en 2020). Cet effet sera également visible sur la part de CSG affectée à la branche, en hausse de 8,6 % ;

– la régularisation des cotisations reportées de 2020 à 2021 pendant la crise contribuerait aussi à la hausse des produits des cotisations, notamment pour les non-salariés (+ 88 %, contre – 37 % en 2020) ;

– la situation économique plus favorable devrait aussi permettre d'améliorer le recouvrement des créances et ainsi de baisser les charges liées au non-recouvrement (provisions pour risque de non-recouvrement).

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2020), page 153.

II. L'OBJECTIF POUR 2021 PREND EN COMPTE LA RÉFORME DU CONGÉ DE PATERNITÉ ET LE TRANSFERT DE L'AEEH À LA BRANCHE AUTONOMIE, DESSINANT UNE TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE EXCÉDENTAIRE POUR LA BRANCHE FAMILLE

● L'article 49 fixe les objectifs de dépenses de la branche famille pour l'année 2021 à 49,3 milliards d'euros, en tenant compte de la nouvelle mesure d'allongement et d'obligation partielle de congé paternité ainsi que du transfert du financement de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) à la branche autonomie. Ce « transfert » de la prestation, qui sera toujours versée par les CAF, est neutre pour la branche. La diminution en « dépenses », estimée à 1,2 milliard d'euros, est compensée par un transfert équivalent en recettes vers la branche maladie ⁽¹⁾.

– l'allongement du congé paternité de onze à vingt-cinq jours ainsi que son caractère obligatoire sur sept jours entraînerait une hausse de dépenses globales de 261 millions d'euros pour l'année 2021, de 522 millions d'euros pour l'année 2022 et de 546 millions d'euros pour l'année 2023. Ces chiffres prennent en compte l'évolution progressive du taux de recours.

En effet, le taux de recours au congé de paternité pour la première période des sept jours obligatoires augmenterait de 80 % dans un premier temps, puis atteindrait un niveau maximal de 90 % en 2023. En outre, il est attendu que le taux de recours pour l'ensemble du congé reste inchangé (67 %), en raison d'une compensation entre, d'un côté, l'effet d'augmentation dû aux sept jours obligatoires, et de l'autre, le fait que certains pères ne prennent pas le congé de vingt-huit jours intégralement. Le coût lié à l'allongement du congé comprend aussi les moindres cotisations, l'allocation de congé n'étant pas soumise aux cotisations sociales.

IMPACT DE L'ÉVOLUTION DU CONGÉ DE PATERNITÉ SUR LES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

(en millions d'euros)

Année	Coût de la part obligatoire	Coût de l'extension	Coût total
2021	16	245	261
2022	32	490	522
2023	56	490	546

Source : commission des affaires sociales à partir des données fournies par le Gouvernement.

L'année 2021 n'est pas une année pleine puisque la mesure entrerait en vigueur au 1^{er} juillet 2021. On estime que le taux de recours maximal à la période facultative, en raison notamment de la dimension obligatoire d'une part de ce congé, ne serait atteint qu'en 2023.

● L'année 2021 serait également l'occasion de transférer à la branche « famille » la gestion des points d'accueil écoute jeune (PAEJ), à hauteur de

(1) Annexe 4 du PLFSS 2021.

9 millions d’euros ⁽¹⁾. Auparavant assumée par l’État, cette nouvelle charge est compensée au sein de la fraction globale de TVA, augmentée à hauteur de 27,89 % par le PLF 2021. La gestion de ces centres par la branche famille est en cohérence avec l’action sociale menée par ailleurs par la CNAF pour l’insertion et jeunes et la prévention des violences intrafamiliales.

● La branche famille du régime général poursuivrait, selon l’annexe B du présent projet de loi, une trajectoire excédentaire jusqu’en 2024, date à laquelle le solde serait positif de 3,4 milliards d’euros. Cette trajectoire excédentaire, décrite *infra*, pourrait justifier, pour votre rapporteure, une réforme du congé parental, dans le sens :

– d’un congé plus court, mais mieux rémunéré, à l’instar de ce que pratiquent de nombreux États membres de l’Union européenne, qui ont fait l’objet d’une étude spécifique par la Cour des comptes dans le cadre de son rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽²⁾ ;

– d’un congé qui, dès lors, fasse l’objet d’une plus grande appropriation par les parents concernés, et notamment les pères, pour la période à laquelle les enfants n’ont pas nécessairement encore vocation à intégrer les modes de garde plus institutionnels que sont les séjours chez les assistantes maternelles et au sein des crèches.

TRAJECTOIRE PLURIANNUELLE DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE

(en milliards d’euros)

Année	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Évolution des dépenses en absolu	49,90	50,40	49,30	49,70	50,20	50,80
Évolution des dépenses en pourcentage		1,00 %	- 2,18 %	0,81 %	1,01 %	1,20 %

Source : commission des affaires sociales, à partir des données à l’annexe B du PLFSS pour 2021.

Cette trajectoire de croissance modérée des dépenses correspond aux prévisions effectuées dans les exercices précédents, témoignant de la relative stagnation structurelle du niveau de dépenses de la branche. En comparaison de l’inflation prévue par le Gouvernement, jugée « plausible mais un peu basse » par le Haut Conseil des finances publiques dans son avis sur les prévisions associées au PLF et au PLFSS 2021 ⁽³⁾, les dépenses demeureraient supérieures à l’inflation de 0,5 % en 2020, dans le contexte d’une inflation particulièrement basse. En 2021, sauf l’effet de périmètre relatif au transfert de l’AEEH, les dépenses de la branche augmenteraient à un rythme inférieur de 0,5 point par rapport à l’inflation, estimée à 0,7 %.

(1) Annexe 6 du PLFSS 2021.

(2) Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale (octobre 2020), chapitre VIII « L’action sociale de la branche famille : des dépenses importantes, un impact à améliorer ».

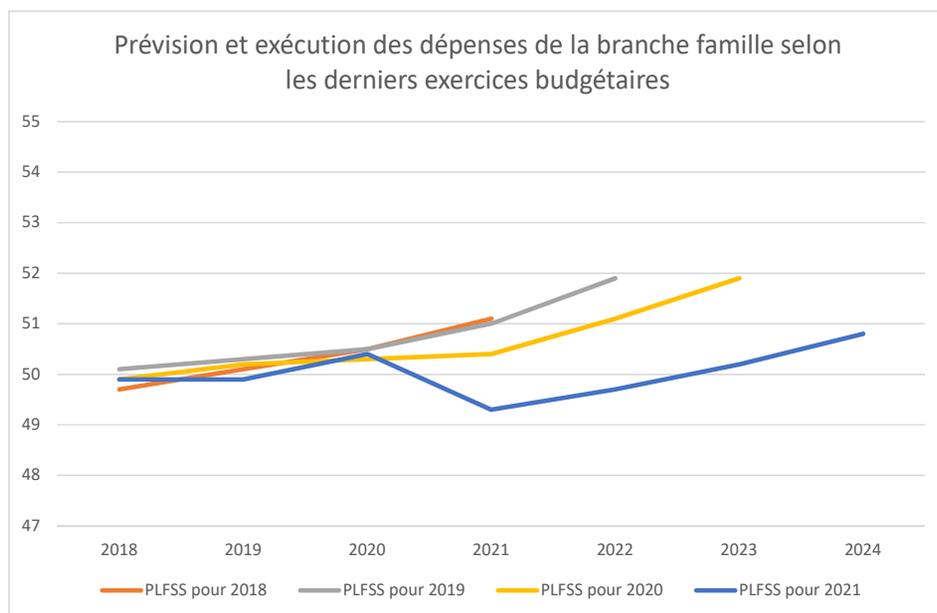
(3) Avis n° HCFP-2020-5 du 23 septembre 2020 relatif aux projets de lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour l’année 2021.

PRÉVISION ET EXÉCUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE FAMILLE SELON LES DERNIERS EXERCICES BUDGÉTAIRES

(en milliards d'euros)

	PLFSS pour...	2018	2019	2020	2021
<i>Année de prévision/d'exécution des dépenses</i>					
2018		49,7	50,1	49,9	49,9
2019		50,1	50,3	50,2	49,9
2020		50,5	50,5	50,3	50,4
2021		51,1	51	50,4	49,3
2022			51,9	51,1	49,7
2023				51,9	50,2
2024					50,8

Source : commission des affaires sociales.



Source : commission des affaires sociales.

Sauf la chute identifiée par le présent projet de loi, tenant au transfert de l'AAEH, la trajectoire « en pente ascendante douce » connaît une remarquable constance en matière de prévisions comme en exécution sur les quatre derniers exercices.

S'agissant de l'exercice 2022, la montée en charge du congé de paternité, qui entraînera une augmentation de 260 millions d'euros par rapport à l'exercice 2021 s'ajoute à un tendanciel estimé sur l'ensemble de la trajectoire post-2020 à une augmentation de 400 millions pour 2022, 500 millions pour 2023 et 600 millions d'euros pour 2024. Cette évolution devrait toutefois être retraitée des 200 millions d'euros qui pourraient être transférés de la branche famille à la branche autonomie au titre de la prise en charge de la « prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité ».

*

* *

Article 50

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Adopté par la commission sans modification

L'article 50 fixe un objectif de dépenses pour la nouvelle branche de la sécurité sociale consacrée au soutien à l'autonomie. Les dépenses de la branche autonomie devraient s'élever à 31,2 milliards d'euros en 2021.

L'article 5 de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie a créé une cinquième branche de la sécurité sociale dédiée à l'autonomie, gérée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Pour sa première année, le périmètre de la branche inclura :

– les dépenses actuelles de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

– l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), jusqu'à présent versée par la branche famille.

I. DES DÉPENSES DYNAMIQUES...

A. UN SURCROÎT DE DÉPENSES EN 2020 LIÉ À LA CRISE SANITAIRE

● En 2019, les dépenses correspondant au champ de la branche autonomie représentaient 26,9 milliards d'euros dont 25,9 milliards d'euros au titre des dépenses de la CNSA, le reste correspondant aux dépenses de la branche famille pour l'AEEH. La CNSA a enregistré un solde positif de 0,1 milliard d'euros grâce à des recettes légèrement plus dynamiques que les dépenses.

Les dépenses de la CNSA (+ 1,8 %) ont été tirées par les dépenses de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social (+ 2,6 %) qui représente la très grande majorité des dépenses de la CNSA (22,3 milliards d'euros). Ce dynamisme s'explique en particulier par la poursuite de la convergence tarifaire dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). *A contrario*, les concours aux départements (3,0 milliards d'euros) ont accusé un recul de 4,4 %.

Les produits de la CNSA ont crû de 1,9 % en 2019 grâce à l'augmentation de la dotation de l'assurance-maladie de 2,6 % dans le cadre de l'ONDAM.

● En 2020, les dépenses entrant dans le périmètre de la branche autonomie devraient s'élever à 29,8 milliards d'euros, soit une hausse de + 10,7 % par rapport de 2019.

Ce montant couvre les dépenses prévisionnelles de la CNSA, qui s'établissent tendanciellement à 28,4 milliards d'euros ⁽¹⁾ auxquelles s'ajoutent les revalorisations salariales annoncées dans le cadre du Ségur de la santé (275 millions d'euros) et la prévision de dépenses au titre de l'AEEH, qui est stable (1,1 million d'euros).

Les dépenses prévisionnelles au titre du financement des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESMS) atteindraient 25,1 milliards d'euros en 2020 (+ 12 %), dont 12,7 milliards d'euros pour les ESMS accueillant des personnes âgées – dont les 275 millions d'euros au titre des revalorisations du « Ségur » – et 12,4 milliards pour les ESMS accueillant des personnes handicapées. Cette hausse s'explique par la prise en compte des mesures engagées dans le cadre de la crise sanitaire et les revalorisations salariales annoncées dans le cadre du Ségur de la santé. De ce fait, l'OGD médico-social a été relevé de 1,5 milliard d'euros : 1,2 milliard d'euros au titre de l'OGD personnes âgées et 0,3 milliard d'euros au titre de l'OGD personnes handicapées.

**MESURES EXCEPTIONNELLES LIÉES À LA CRISE SANITAIRE EN 2020
(OBJECTIF GLOBAL DE DÉPENSES MÉDICO-SOCIAL)**

(en millions d'euros)

Mesures liées à la crise sanitaire	Montants
Prime versée aux salariés des ESMS	750
<i>Pour personnes âgées</i>	506
<i>Pour personnes handicapées</i>	244
Compensation des surcoûts des EHPAD et des SSIAD	675
Compensation des surcoûts ESMS personnes handicapées	20
Solutions de recours pour l'accompagnement des personnes handicapées	85
Sous-total	1 530
Revalorisations salariales (Ségur de la santé)	275
TOTAL	1 805

Source : commission des affaires sociales, d'après l'annexe 10 du PLFSS 2021.

Par ailleurs, diverses mesures de soutien au secteur de l'autonomie contribuent en 2020 à cette dynamique dans une moindre mesure, dont :

– 80 millions d'euros – dont 50 millions votés en LFSS 2020 – en faveur des salariés des SAAD qui bénéficieront d'ici la fin de l'année d'une prime Covid ;

(1) Voir la fiche 4.7 du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2020 (tome 1).

– 80 millions d’euros en soutien à la formation et à la professionnalisation des salariés à domicile ;

– 42 millions d’euros budgétés pour l’allocation journalière de proche aidant (AJPA), créée par la LFSS 2020 et ouverte depuis le 1^{er} octobre 2020.

En revanche, d’autres postes de dépenses demeurent stables en 2020, en particulier les concours APA et PCH versés par la CNSA aux conseils départementaux (2,8 milliards d’euros).

B. DES DÉPENSES SOUTENUES EN 2021 HORS SÉCUR DE LA SANTÉ

En 2021, selon le rapport présenté à la Commission des comptes en septembre 2020, les dépenses de la CNSA devraient s’établir en tendancier à 27,9 milliards d’euros (– 1,6 %), avant prise en compte du Ségur de la santé et des nouvelles mesures du PLFSS 2021. Le déficit de la CNSA atteindrait 60 millions d’euros.

- Les dépenses diminueraient de 1,6 % en l’absence de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire (1,5 milliard d’euros en 2020). En revanche, d’autres postes dépenses connaîtraient une croissance soutenue : les concours APA/PCH aux départements (+ 8,9 %), qui atteindraient 3 milliards d’euros, les dépenses relatives à l’allocation journalière de proche aidant ou l’AEEH (+ 100 millions d’euros chacune).

- Avant affectation de nouvelles recettes en PLFSS 2021, les ressources de la CNSA, qui sont fondées sur des prélèvements sociaux, rebondiraient de 8,1 % grâce à la reprise l’activité économique attendue.

II. ... EN FORTE HAUSSE EN 2021 COMPTE TENU DU SÉCUR DE LA SANTÉ

- L’article 50 fixe un objectif de dépenses de la branche autonomie pour l’année 2021 à hauteur de 31,2 milliards d’euros.

- L’augmentation des dépenses entrant dans le périmètre de la branche par rapport à 2020 (29,8 milliards d’euros) s’explique par :

- les mesures du Ségur de la santé à hauteur de 2 milliards d’euros : 1,7 milliard d’euros imputables à des dépenses relevant de l’ONDAM médico-social, dont 1,4 milliard d’euros de revalorisations salariales au titre de 2021, et 300 millions d’euros relatifs aux aides à l’investissement hors ONDAM ;

- le transfert de l’AEEH (1,2 milliard d’euros en 2021) depuis la branche famille dont l’évolution est très dynamique (+ 9,1 %).

IMPACT DES MESURES NOUVELLES SUR LES COMPTES DE LA CNSA

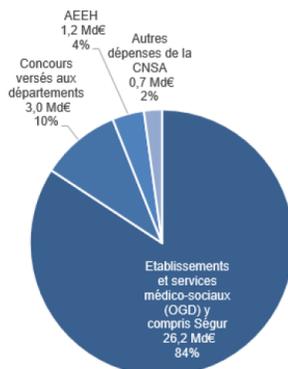
(en milliards d'euros)

Mesures nouvelles ⁽¹⁾	Dépenses
Commission des comptes - septembre 2020	27,9
Mesures nouvelles 2021	3,3
Mesures du Ségur de la santé – ONDAM médico-social	1,7 ⁽²⁾
Mesures du Ségur de la santé – hors ONDAM médico-social	0,3
Transfert de l'AEEH	1,2
LFSS pour 2021	31,2

Source : tableau d'équilibre financier de l'annexe 4 du PLFSS 2021.

En 2021, les dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux – OGD médico-social – représenteraient, en tenant compte des mesures du Ségur de la santé, 84 % des dépenses de la branche autonomie.

RÉPARTITION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE EN 2021



Source : PLFSS 2021, annexe 4.

Le tableau ci-après détaille l'évolution des dépenses de la branche autonomie en 2021 telles que présentées par la nouvelle annexe 10 du PLFSS.

(1) Pour la description de ces mesures, on pourra utilement se reporter aux commentaires des articles afférents.

(2) Ce montant recouvre, par un effet de base, les revalorisations salariales du Ségur de la santé au titre de 2020 (275 millions d'euros) qui n'ont pas été intégrées dans l'estimation tendancielle pour 2021 présentée à la Commission des comptes.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE ENTRE 2020 ET 2021

(en milliards d'euros)

	2020	2021	Évolution
TOTAL	29,8	31,2	4,7 %
Prestations sociales	3,8	4,2	10,5 %
APA	2,1	2,3	9,5 %
PCH	0,5	0,6	20 %
Congé proche aidant	0,0	0,1	–
AEEH	1,1	1,2	9,1 %
Financement des ESMS (OGD)	25,1	25,9	3,2 %
Personnes âgées	12,7	13,4	5,5 %
Personnes handicapées	12,4	12,4	0 %
Autres	0,9	1,1	22 %
MDPH	0,2	0,2	0 %
Subventions d'investissement	0,1	0,4	300 %
Subventions fonctionnement/Dépenses d'animation, de prévention et d'études	0,2	0,2	0 %
Subventions aux fonds et organismes (dont FIR)	0,3	0,3	0 %
Charges de gestion courante	0,0	0,0	–

Source : commission des affaires sociales d'après l'annexe 10 du PLFSS 2021.

● En 2021, le solde de la branche autonomie serait à l'équilibre, conformément aux annonces du ministre des solidarités et de la santé. L'augmentation des dépenses de la branche serait compensée par l'affectation de nouvelles ressources à la CNSA ⁽¹⁾. En remplacement de la contribution de l'assurance maladie à la CNSA au titre des dépenses de l'ONDAM médico-social, il est prévu d'affecter à la nouvelle branche des recettes de CSG, aussi bien assises sur les revenus d'activité que les revenus de remplacement ou de capital. Toutes assiettes confondues, les recettes de CSG atteindraient 28 milliards d'euros. Le tableau ci-dessous présente le détail des recettes de la CNSA en 2021.

(1) On pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 18 sur cette question.

RECETTES DE LA CNSA POUR 2021

(en milliards d'euros)

Recettes	Montants
CSA	2
CASA	0,8
CSG (total)	28
<i>CSG activité (en partie nouveau)</i>	18,9 ⁽¹⁾
<i>CSG revenus remplacement (nouveau)</i>	6,5
<i>CSG capital (nouveau)</i>	2,6
Dotation Ségur investissement (nouveau)	0,4
TOTAL	31,2

Source : commission des affaires sociales d'après l'annexe 4 du PLFSS 2021.

● Le tableau de prévision pluriannuel de l'annexe B du PLFSS 2021 présente une tendance à un léger déficit en 2022 et en 2023 avant une amélioration nette du solde en 2024. Les dépenses de la branche progresseraient à un rythme de 3 % environ en 2022 et 2023 puis de 6,9 % en 2024 : la branche présenterait alors un excédent de 2,3 milliards d'euros en 2024, ce qui correspond au rendement annuel de la fraction supplémentaire de CSG qui sera affectée à la branche à compter de 2024 ⁽²⁾. Compte tenu de leur dynamisme, les recettes devraient croître à un rythme proche de celui des dépenses

PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE AUTONOMIE

(en milliards d'euros)

	2021	2022	2023	2024
Dépenses	31,2	32,1	33,1	36,4
<i>Évolution</i>	+ 4,7 %	+ 2,9 %	+ 3,1 %	+ 6,9 %
Solde	0	- 0,3	- 0,2	+ 2,3

Source : annexe B du PLFSS 2021.

Il convient de souligner que ces projections sont conventionnelles et ne prennent en compte ni l'effet démographique ni les mesures nouvelles qui pourraient être décidées dans la loi « Grand âge et autonomie ». Elles intègrent toutefois le financement de la PCH parentalité par la CNSA, à hauteur de 200 millions d'euros par an, à compter de 2022.

La rapporteure se félicite de la décision du Gouvernement de faire démarrer à l'équilibre les comptes de la nouvelle branche. Il sera toutefois nécessaire d'affecter rapidement des recettes supplémentaires à la branche autonomie pour répondre aux enjeux posés par le vieillissement de la population ainsi qu'aux

(1) Dont 16,6 milliards d'euros de nouvelles recettes en 2021.

(2) La loi n° 2020-992 du 7 août relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit d'affecter à la nouvelle branche de la sécurité sociale 0,15 point supplémentaire de CSG aujourd'hui consacré au remboursement de la dette sociale.

attentes du secteur médico-social qui a été en première ligne de la crise sanitaire. Il conviendra en particulier de donner davantage de moyens aux services à domicile afin d'amorcer un véritable virage domiciliaire.

L'effort national de soutien à l'autonomie

La nouvelle branche autonomie n'inclut pas l'ensemble des dépenses de soutien à l'autonomie, qui ont atteint 73 milliards d'euros en 2019. L'effort national de soutien à l'autonomie (ENSA) désigne l'ensemble des contributions en faveur des personnes en situation de dépendance – personnes âgées ou de personnes en situation de handicap – émanant de l'État, des branches de la sécurité sociale, des collectivités territoriales ou d'autres organismes.

Auparavant contributeur à hauteur de 6 % de l'ENSA, la CNSA, devenue caisse de la sécurité sociale, prendra désormais en charge 35,8 % des dépenses en faveur du soutien à l'autonomie.

Les prestations prises en compte dans l'ENSA n'entrant pas dans le périmètre de la branche autonomie sont :

- l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI), versées par l'État – il est prévu par le présent PLFSS que l'ASI passe dans le giron de la branche maladie en 2021 ;
- les pensions d'invalidité prises en charge par la branche maladie ;
- les rentes d'incapacité permanente financées par la branche AT-MP ;
- l'allocation de présence parentale, gérée par la branche famille ;
- l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) prise en charge par les conseils départementaux ;
- l'aide sociale à l'hébergement versée par les départements ;
- les programmes et actions pour l'inclusion scolaire et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, financés par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (AGEFIPH), le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) et l'État.

Ainsi, sur la base des dépenses de 2019, il est estimé qu'en 2021 l'État contribuerait à hauteur de 18,1 milliards d'euros à l'ENSA (25 %), les départements à hauteur de 12,1 milliards d'euros (16 %) et l'AGEFIPH et le FIPHFP à hauteur de 0,6 milliard (1 %).

Concernant les transferts au sein des caisses de la sécurité sociale, avant la création de la cinquième branche, la branche maladie assurait le financement de l'autonomie à hauteur de 18,7 milliards d'euros, contre 10,5 milliards prévus en 2021. La branche AT-MP contribuait à hauteur de 5,4 milliards, participation qui restera stable en 2021, et la branche famille, qui versait 1,2 milliard d'euros, ne contribuera plus qu'à hauteur de 0,1 milliard en 2021.

Source : PLFSS 2021, annexe 10.

*

* *

Article 51

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires en 2021**

Adopté par la commission sans modification

L'article 51 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l'espèce, depuis 2009, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Les dépenses du FSV devraient s'élever à 19,2 milliards d'euros en 2021, en diminution de 500 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2020 aux termes de l'article 7 du présent projet de loi.

**I. L'EFFORT BUDGÉTAIRE FOURNI CES DERNIÈRES ANNÉES PAR LE
FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE COMPROMIS PAR LA CRISE
SANITAIRE**

A. LA POURSUITE DE LA RÉDUCTION DES DÉPENSES DU FSV EN 2019...

● Créé par la loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale ⁽¹⁾, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est un établissement public à caractère administratif dont la mission est d'assurer le refinancement des régimes de retraite au titre de dispositifs relevant de la solidarité nationale.

En déficit chronique depuis 2010 dans un contexte économique dégradé, ses comptes ont amorcé leur redressement sous le double effet de la redéfinition de son champ d'intervention et de l'amélioration de la conjoncture.

● La dégradation prolongée des comptes du FSV à compter de 2010 résulte directement de la nature de sa mission, consistant à financer l'ensemble des avantages vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale.

(1) Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.

Les principales dépenses du Fonds de solidarité vieillesse

Le Fonds de solidarité vieillesse est en charge simultanément du financement de cotisations et de prestations relatives à l'assurance vieillesse.

Côté cotisations, le FSV prend en charge le financement des cotisations ouvrant droit à la validation de trimestres d'assurance vieillesse au titre :

- du chômage (pour un montant prévisionnel de 12,6 milliards d'euros en 2020) ;
- des arrêts de travail (pour un montant prévisionnel de 2,1 milliards d'euros en 2020) ;
- des stages de la formation professionnelle (pour un montant prévisionnel de 191 millions d'euros en 2020) ;
- des périodes d'apprentissage (51 millions d'euros inscrits dans la LFSS 2019) ;
- du service national (pour un montant prévisionnel de 35 millions d'euros en 2020).

Côté prestations, le FSV assure le financement du minimum vieillesse (3,9 milliards d'euros prévus pour 2020).

En 2019, le FSV a poursuivi la réduction de ses dépenses entamée en 2018. Son déficit s'est réduit de 0,2 milliard d'euros pour atteindre 1,6 milliard. En effet, la diminution des charges observées en 2018 s'est poursuivie, de manière plus ténue, en 2019 et les produits sont restés stables.

S'agissant l'évolution des charges, elle est expliquée par un mouvement structurel et un mouvement conjoncturel :

– le FSV a bénéficié d'une réduction du montant de sa dernière contribution au financement du minimum contributif (0,8 milliard d'euros) permettant une réduction de ses dépenses de 4,1 points ;

– cette baisse a été contrebalancée par une augmentation des prestations prises en charge par le fonds en raison de la conjoncture économique. D'une part, la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse, échelonnée sur trois ans entre 2018 et 2020, a représenté une augmentation des charges de 0,4 milliard d'euros en 2019. D'autre part, du fait du ralentissement économique connu en 2019, les prises en charge de cotisations ont cru, qu'il s'agisse de cotisations chômage (+ 1,3 % en 2019), pour un coût de 0,2 milliard d'euros, ou des cotisations maladie, invalidité et AT-MP (+ 3,6 %),

Par ailleurs, la structure des recettes du FSV a été modifiée par la LFSS 2019. Ainsi, le FSV a rétrocédé la totalité des prélèvements hors CSG assis sur le capital de l'État représentant une perte de 5,4 milliards d'euros compensée par une hausse de la fraction de CSG remplacement qui lui est affectée. Les produits du FSV sont donc stabilisés à 17,2 milliards d'euros, soit au niveau de 2018.

B. ... INTERROMPUE EN 2020 EN RAISON DE LA CONJONCTURE

La LFSS 2019 prévoyait une poursuite de la diminution du déficit du FSV pour 2020, notamment du fait de la fin de la contribution du FSV au financement du minimum contributif, permettant de diminuer les dépenses de 5,2 points. Pourtant, du fait de la crise sanitaire et économique, le déficit du fonds doublerait en 2020, pour s'établir à - 3,2 milliards d'euros, après 1,6 milliard en 2019.

Cette dégradation résulte d'un double impact conjoncturel, venant renforcer les dépenses (+ 4,8 %) et restreindre les recettes (effet ciseaux).

- S'agissant des dépenses, la contraction de l'emploi en 2020 entraînerait une hausse des prises en charge des cotisations au titre du chômage du FSV de 1 milliard d'euros (+ 9 %), ainsi qu'une hausse des prises en charge de cotisations maladie, invalidité et AT-MP de 0,2 milliard d'euros (+ 11 %). De plus, les dépenses du FSV se sont accrues, à hauteur de 0,2 milliard d'euros, avec l'introduction en 2020 de la prise en charge des cotisations au titre des périodes d'activité partielle qui ouvrent des droits à la retraite. La revalorisation du minimum vieillesse engendrerait une hausse des dépenses de 0,2 milliard d'euros également.

- S'agissant des recettes, les produits du fonds, constitués depuis 2019 quasi-intégralement de CSG assise sur les revenus du capital et sur les revenus de remplacement, se contracteraient nettement (- 4,3 %). Alors que la fraction de CSG sur les revenus de remplacement affectée au fonds connaîtrait une hausse importante de son rendement (+ 5,6 %), cette forte diminution s'expliquerait par la chute des recettes de CSG assises sur les revenus du capital (- 8,1 %), qui pèsent davantage dans le budget du fonds.

II. UNE DIMINUTION DES DÉPENSES DU FSV ATTENDUE EN 2021

- L'article 51 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale, en application du 1° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

À l'identique des exercices précédents, depuis l'extinction du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) en 2009, seul le Fonds de solidarité vieillesse voit ses dépenses définies à cet article.

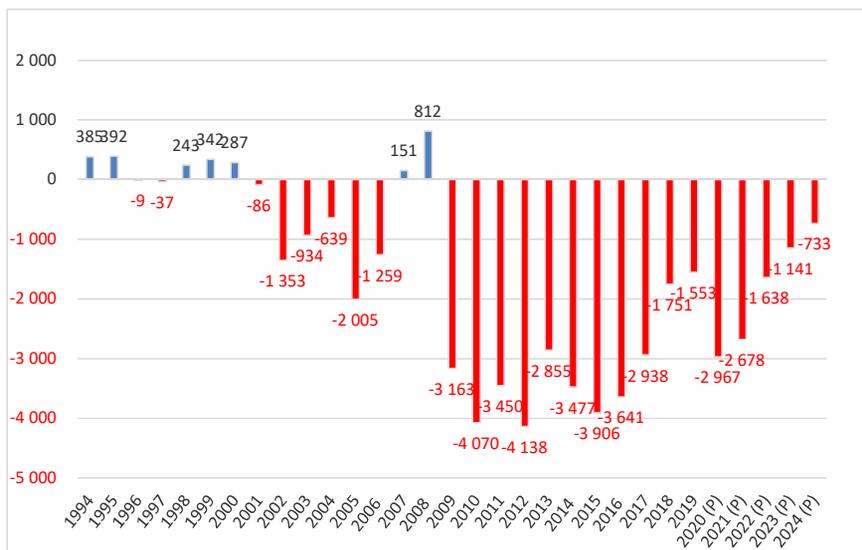
Les dépenses du FSV devraient s'élever à 19,2 milliards d'euros en 2021, en diminution de 500 millions d'euros par rapport à celles prévues pour 2020 aux termes de l'article 7 du présent projet de loi.

- Le redressement des comptes du FSV devrait donc reprendre en 2021, grâce au rebond économique attendu. Il est prévu une diminution de 2,6 % des dépenses à la charge du fonds et une hausse de 1,6 % de ses recettes selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2020.

S'agissant des dépenses, les prises en charge de cotisations connaîtraient une diminution en raison du contrecoup de la crise sanitaire tandis que les charges du minimum vieillesse progresseraient à un rythme plus faible que lors des trois dernières années du fait du retour à un rythme de revalorisation en fonction de l'inflation.

SOLDES ANNUELS DU FSV DE 1994 À 2024

(en millions d'euros ; projections à compter de 2020)



Source : Fonds de solidarité vieillesse.

● Il convient par ailleurs de rappeler que l'article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie prévoit le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), en plusieurs étapes, de la dette cumulée du FSV à fin 2019, qui s'établissait à 9,9 milliards d'euros. Elle permettra également l'apurement des dettes futures résultant de la crise sanitaire pour la période 2020 à 2024.

Enfin, la modification de la structure des recettes du FSV opérée par l'article 18 du présent projet de loi sera neutre pour le fonds. Pour mémoire, celui-ci prévoit le transfert à la CNSA de 1,9 point de la CSG « capital » affectée au FSV : la part de la CSG « capital » affectée au FSV sera donc ramenée de 8,6 points à 6,7 points. En contrepartie, la fraction de CSG sur les retraites et les pensions d'invalidité attribuée au FSV sera portée à 2,92 points en 2021 contre 1,98 actuellement.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES

(par ordre chronologique)

- **Table ronde réunissant les organisations représentatives des médecins :**
 - **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF) (*)** – **Dr. Jean-Paul Ortiz**, président, **Dr. Luc Duquesnel**, président les Généralistes CSMF, et **Dr. Franck Devulder**, président les Spécialistes CSMF
 - **Fédération des médecins de France (FMF)** – **Dr. Corinne Le Sauder**, présidente
 - **Syndicat des médecins généralistes (MG France)** – **Dr. Jacques Battistoni**, président, et **Dr. Jean-Christophe Nogrette**, secrétaire général adjoint
 - **Syndicat des médecins libéraux (SML)** – **Dr. Philippe Vermesch**, président, **Dr. William Joubert**, secrétaire général, et **Dr. Sophie Bauer**, secrétaire générale
- **Fédération française des assurances (FFA) (*)** – **M. Pierre François**, vice-président de la commission des assurances de personnes, directeur général de Swiss Life Prévoyance et Santé, **M. Philippe Poiget**, délégué général, **Mme Véronique Cazals**, directrice santé, et **Mme Ludivine Azria**, conseillère parlementaire
- **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) (*)** – **M. Albert Lautman**, directeur général, et **Mme Séverine Salgado**, directrice santé
- **Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)** – **Mme Marie-Laure Dreyfuss**, déléguée générale, **Mme Évelyne Guillet**, directeur santé et modernisation des déclarations sociales, **Mme Magali Sierra**, chargée de mission santé, **M. Bertrand Boivin-Champeaux**, directeur prévoyance et retraite supplémentaire, et **Mme Miriana Clerc**, directeur des relations institutionnelles et de la communication
- **France Assos Santé (*)** – **M. Gérard Raymond**, président, **Mme Féreuze Aziza**, conseillère technique Assurance maladie, et **M. Yann Mazens**, conseiller technique Produits et technologies de la santé
- **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – **Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, **M. Jean-Philippe Vallat**, directeur des politiques et actions familiales et des études, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires

- **Santé publique France – Pr. Geneviève Chêne**, directrice générale, et **Mme Marie-Anne Jacquet**, directrice générale adjointe
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR) – Mme Sandrine Lemery**, présidente du conseil de surveillance, et **M. Yves Chevalier**, membre du directoire
- **Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) – M. Yann-Gaël Amghar**, directeur, et **Mme Estelle Denize**, secrétaire générale du conseil d’administration, directrice de la communication et des relations publiques
- **Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV) – M. Gérard Rivière**, président du conseil d’administration, et **M. Renaud Villard**, directeur
- **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) – M. Dominique Libault**, président
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) – M. Pascal Cormery**, président, **M. François-Emmanuel Blanc**, directeur général, **Mme Régine Laurence**, agent comptable, et **M. Christophe Simon**, chargé des relations parlementaires
- **Conseil de la famille – M. Michel Villac**, président du Conseil de la famille, vice-président du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge, et **Mme Laurence Rioux**, secrétaire générale du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge
- **Audition conjointe :**
 - **Comité de suivi des retraites (CSR) – M. Didier Blanchet**, président
 - **Conseil d’orientation des retraites (COR) – M. Pierre-Louis Bras**, président, et **M. Emmanuel Bretin**, secrétaire général
- **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH) – Mme Gwénaëlle Sébilo**, présidente de la commission organisation institutionnelle, et **M. Luc Gateau**, comité de gouvernance
- **Table ronde réunissant les fédérations d’établissements :**
 - **Fédération de l’hospitalisation privée (FHP) (*) – M. Lamine Gharbi**, président, **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, et **Mme Béatrice Noellec**, directrice des relations institutionnelles
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) (*) – Mme Zaynab Riet**, déléguée générale, **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle finances, et **M. Vincent Roques**, directeur de cabinet

– **Fédération des établissements hospitaliers et d’assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (*)** – **M. Antoine Perrin**, directeur général, et **M. Guillaume Chesnel**, directeur de l’offre de soins et de la coordination des parcours de santé

➤ **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** – **M. Frédéric Favié**, président du conseil d’administration

➤ **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Philippe Bouyoux**, président, **M. Jean-Patrick Sales**, vice-président de la section du médicament, et **Mme Catherine Rumeau-Pichon**, vice-présidente de la section des dispositifs médicaux et des prestations

➤ **Caisse nationale d’assurance maladie (CNAM)** – **M. Fabrice Gombert**, président du conseil d’administration, **M. Thomas Fatome**, directeur général, et **Mme Véronika Levendof**, directrice juridique

➤ *Table ronde réunissant les organisations représentatives des employeurs :*

– **Mouvement des entreprises de France (MEDEF) (*)** – **M. Christophe Beaux**, directeur général, **M. Sébastien Velez**, directeur de la protection sociale, **Mme Émilie Martinez**, directrice de mission protection sociale, et **M. Adrien Chouguiat**, directeur de mission Affaires publiques

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) (*)** – **M. Éric Chevée**, vice-président aux affaires sociales, **M. Florian Faure**, directeur des affaires sociales et de la formation, et **Mme Sandrine Bourgogne**, secrétaire générale adjointe

– **Union des entreprises de proximité (U2P) (*)** – **M. Laurent Munerot**, président, **M. Pierre Burban**, secrétaire général, et **Mme Thérèse Note**, relations parlementaires

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)** – **Mme Isabelle Sancerni**, présidente du conseil d’administration, et **M. Vincent Mazauric**, directeur général

➤ **Les entreprises du médicament (LEEM) (*)** – **M. Frédéric Collet**, président, **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Éric Baseilhac**, directeur Accès, économie et export, et **M. Laurent Gainza**, directeur des affaires publiques

➤ *Table ronde réunissant les organisations syndicales de salariés :*

– **Confédération générale du travail (CGT)** – **M. Pierre-Yves Chanu**, conseiller confédéral, et **M. Christophe Prudhomme**, membre de la direction fédérale de la fédération CGT de la santé et de l’action sociale

– **Confédération française démocratique du travail (CFDT), section sécurité sociale-retraite-prévoyance** – **Mme Jocelyne Cabanal**, secrétaire nationale, et **M. Philippe Le Clézio**, secrétaire confédéral

– **Confédération générale du travail – Force ouvrière (FO), secteur protection sociale** – **M. Serge Legagnoa**, secrétaire confédéral en charge du secteur Protection sociale collective, **M. Guillaume Commenge**, assistant confédéral en charge de la branche maladie, et **Mme Annabelle Loison**, assistante confédérale en charge de la branche famille

– **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **Mme Christine Lecerf**, première adjointe confédérale, en charge l’assurance maladie et du financement de la protection sociale, et **M. Raffaël Margherita**, chef de file, délégation CFTC au conseil d’administration de l’ACOSS

– **Confédération française de l’encadrement-Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **M. Hubert Gorron**, secteur protection sociale, délégué national Maladie, et **Mme Anne Bernard**, cheffe de service protection sociale

- **Caisse d’amortissement de la dette sociale (CADES)** – **M. Jean-Louis Rey**, président du conseil d’administration
- **Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA)** – **Mme Virginie Magnant**, directrice, **M. Stéphane Corbin**, directeur adjoint, et **M. Gaël Hilleret**, directeur des établissements et services médico-sociaux
- **Syndicat national de l’industrie des technologies médicales (SNITEM)** – **Mme Lucile Blaise**, administratrice, vice-présidente Europe de l’ouest de la société ResMed, **M. Éric Le Roy**, directeur général, et **M. François-Régis Moulines**, directeur des affaires gouvernementales
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **Mme Virginie Lasserre**, directrice générale
- **Commission des accidents du travail et maladies professionnelles (CATMP)** – **Mme Laetitia Assali**, présidente, et **MM. Ronald Schouller et Christian Expert**, vice-présidents
- **Conseil de l’âge** – **M. Bertrand Fragonard**, président, président du Haut Conseil de la famille, de l’enfance et de l’âge, et **Mme Vanessa Wisnia-Weill**, secrétaire générale adjointe
- **Ministère de l’économie, des finances et de la relance – Direction du budget** – **Mme Amélie Verdier**, directrice, et **Mme Marie Chanchole**, sous-directrice
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction générale de l’offre de soins (DGOS)** – **Mme Katia Julienne**, directrice générale
- **Ministère des solidarités et de la santé – Direction de la sécurité sociale (DSS)** – **M. Franck Von Lennep**, directeur

**AUDITIONS MENÉES PAR MME MONIQUE LIMON,
RAPPORTEURE POUR LA FAMILLE**

- **Fédération française des entreprises de crèche (FFEC) (*)** – Mme Elsa Hervy, déléguée générale, et Mme Thérèse Majnoni d’Intignano, vice-présidente
- **Syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI)** – Dr. Pierre Suesser, président, médecin de PMI en Seine-Saint-Denis, et Mme Élisabeth Jude-Lafitte, médecin de PMI dans le Nord

() Ces représentants d’intérêts ont procédé à leur inscription sur le registre de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s’engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l’Assemblée nationale.*

**ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI**

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
4	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-1
4	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
4	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	25
9	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	86
12	Code de la sécurité sociale	L. 241-3
13	loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	13
14	Code de la sécurité sociale	L. 131-6-4
14	Code de la sécurité sociale	L. 311-3
14	Code de la sécurité sociale	L. 611-1
15	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-13-2
15	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	19
15	Code de la sécurité sociale	L. 752-1
15	Code de la sécurité sociale	L. 613-2
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-2
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-3
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-4
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5-1 <i>[nouveau]</i>
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-6
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7-1
16	Code général des collectivités territoriales	L. 3543-1
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-7-3
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-8 <i>[abrogé]</i>
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-9 <i>[abrogé]</i>
16	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-10 <i>[abrogé]</i>
16	Code de la sécurité sociale	L. 314-3
16	Code de la sécurité sociale	L. 114-5
16	Code de la sécurité sociale	L. 114-8
16	Code de la sécurité sociale	L. 137-40 et L. 137-41 <i>[nouveaux]</i>
16	Code de la sécurité sociale	L. 168-11
16	Code de la sécurité sociale	L. 200-3
16	Code de la sécurité sociale	L. 225-1
16	Code de la sécurité sociale	L. 227-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
16	Code de la sécurité sociale	L. 227-3
16	Code de la sécurité sociale	L. 541-5 <i>[nouveau]</i>
17	Code de la sécurité sociale	L. 138-13
18	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
26	Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	40
28	Code de la sécurité sociale	L. 160-13
28	Code de la sécurité sociale	L. 160-14
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-8-2
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-9-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-10
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-11-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-9
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-6-1 <i>[abrogé]</i>
28	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-16
28	Code de la sécurité sociale	L. 174-15
28	Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	35
28	Loi n° 2011-1906 du 24 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012	66
28	Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	57
28	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	64
30	Code de la santé publique	Chapitre III <i>ter</i> du titre II du livre III de la sixième partie (articles L. 6323-4 à L. 6323-4-6) <i>[rétabli]</i>
30	Code de la santé publique	L. 1111-7
30	Code de la santé publique	L. 1435-3
30	Code de la santé publique	L. 6323-5
30	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-7
31	Code de la santé publique	L. 6111-1-6 <i>[nouveau]</i>
31	Code de la sécurité sociale	L. 162-31-1
35	Code du travail	L. 1225-35
35	Code du travail	L. 1225-35-1 <i>[nouveau]</i>
35	Code du travail	L. 1225-40
35	Code du travail	L. 3142-1
35	Code du travail	L. 3142-4
35	Code de la sécurité sociale	L. 161-6
35	Code de la sécurité sociale	L. 331-8
35	Code de la sécurité sociale	L. 623-1

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
35	Code rural et de la pêche maritime	L. 732-12-1
36	Code de la sécurité sociale	L. 16-10-1
36	Code du travail	L. 1226-1-1
37	Code de la sécurité sociale	L. 815-26
37	Code de la sécurité sociale	L. 815-29
37	Code de la sécurité sociale	L. 821-1-2
37	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-2
38	Code de la santé publique	L. 5121-1
38	Code de la santé publique	L. 5121-12
38	Code de la santé publique	L. 5121-12-1
38	Code de la santé publique	L. 5121-12-2
38	Code de la santé publique	L. 5121-14-3
38	Code de la santé publique	L. 5121-18
38	Code de la santé publique	L. 5121-20
38	Code de la santé publique	L. 5123-2
38	Code de la santé publique	L. 5124-13
38	Code de la santé publique	L. 5126-6
38	Code de la santé publique	L. 5421-8
38	Code de la santé publique	L. 5422-3
38	Code de la santé publique	L. 5422-18
38	Code de la santé publique	L. 5432-1
38	Code de la santé publique	L. 5521-6
38	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 138-10
38	Code de la sécurité sociale	L. 138-11
38	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-1, L. 162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-2
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-3
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-2-1
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-17-4
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-18
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-22-7-3
38	Code de la sécurité sociale	L. 182-2
38	Code de la sécurité sociale	L. 315-2
38	Code général des impôts	281 <i>octies</i>
39	Code de la sécurité sociale	L. 161-37
39	Code de la sécurité sociale	L. 165-6
39	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-14-1
40	Code de la sécurité sociale	L. 861-7
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-1
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-2

Projet de loi	Dispositions modifiées	
Article	Codes et lois	Numéro d'article
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-7
40	Code de la sécurité sociale	L. 862-8
41	Code de la santé publique	L. 4031-4
42	Code de la santé publique	L. 3222-5-1
42	Code de la santé publique	L. 3111-12
42	Code de la santé publique	L. 3211-12-1
42	Code de la santé publique	L. 3211-12-2
42	Code de la santé publique	L. 3211-12-4

ANNEXE N° 3 :
LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI

– Mercredi 7 octobre 2020 à 14 heures 30 : audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9609953_5f7db319e4d02.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes--m-7-octobre-2020

– Mercredi 7 octobre 2020 à 16 heures 15 : audition de M. Olivier Véran, ministre des solidarités et de la santé, de M. Olivier Dussopt, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la relance, chargé des comptes publics, et Mme Brigitte Bourguignon, ministre déléguée auprès du ministre des solidarités et de la santé, chargée de l'autonomie, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9609953_5f7db319e4d02.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes--m-7-octobre-2020

– Mardi 13 octobre 2020 à 17 heures 15 : examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 1^{er} à après l'article 13)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9636946_5f85c4c6c041c.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021--13-octobre-2020

– Mardi 13 octobre 2020 à 21 heures 30 : examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (après l'article 13 (suite) à après l'article 16)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9642088_5f85feceb9ecb.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021-su-13-octobre-2020

– Mercredi 14 octobre 2020 à 9 heures 30 : examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 17 à après l’article 27)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9643856_5f86a726bcaeb.commission-des-affaires-sociales--suite-de-lexamen-des-articles-du-projet-de-loi-de-financement-de-14-octobre-2020

– Mercredi 14 octobre 2020 à 15 heures : examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (article 28 à après l’article 34)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9653381_5f86f43857ece.commission-des-affaires-sociales--examen-des-articles-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securit-14-octobre-2020

– Mercredi 14 octobre 2020 à 21 heures 30 : examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 (articles 35 à 51)

http://videos.assemblee-nationale.fr/video.9662522_5f874f8c4d5f3.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2021-su-14-octobre-2020