



N° 4568

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

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

RAPPORT

FAIT

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

PAR M. THOMAS MESNIER

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

MME CAROLINE JANVIER

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

MME MONIQUE LIMON

Rapporteuse pour la famille, Députée

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour l'assurance vieillesse, Député

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles, Député

TOME I

AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

SOMMAIRE

TOME I : AVANT-PROPOS ET SYNTHÈSE

Pages

AVANT-PROPOS DE M. THOMAS MESNIER, RAPPORTEUR GÉNÉRAL, RAPPORTEUR POUR L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL, LES RECETTES ET LA SANTÉ	7
AVANT-PROPOS DE MME CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE POUR L'AUTONOMIE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL	17
AVANT-PROPOS DE LA MME MONIQUE LIMON, RAPPORTEURE POUR LA FAMILLE	21
AVANT-PROPOS DE M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE, RAPPORTEUR POUR L'ASSURANCE VIEILLESSE	27
AVANT-PROPOS DE M. PAUL CHRISTOPHE, RAPPORTEUR POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES	29
SYNTHÈSE	37
I. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES DISPOSITIONS DU TEXTE	37
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2020.....	37
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2020 (annexe A).....	37
<i>Article 3</i> : Affiliation, au titre de cette activité, d'une partie du personnel de santé mobilisé sur la vaccination contre la covid-19 et dérogations aux règles du cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire	38
<i>Article 4</i> : Allègement de la contribution « vente en gros » des spécialités pharmaceutiques	38
<i>Article 5</i> : Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021	39
<i>Article 6</i> : Transferts financiers entre branches en 2021	40
<i>Article 7</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021	40

<i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM 2021	40
<i>Article 9</i> : Rectification de la dotation au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé.....	41
<i>Article 10</i> : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale.....	41
<i>Article 11</i> : Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne.....	42
<i>Article 12</i> : Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire	43
<i>Article 13</i> : Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu.....	44
<i>Article 14</i> : Réforme du régime social du conjoint collaborateur.....	44
<i>Article 15</i> : Modification du droit de communication pour optimiser les investigations.....	45
<i>Article 16</i> : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé	46
<i>Article 17</i> : Transferts financiers pour 2022.....	46
<i>Article 18</i> : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5	47
<i>Articles 19</i> : et 20 Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022	47
<i>Article 21</i> : Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse	48
<i>Article 22</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt.....	48
<i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B).....	48
<i>Article 24</i> : Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun.....	49
<i>Article 25</i> : Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé	49
<i>Article 26</i> : Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-OQN et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1 ^{er} janvier 2022	49
<i>Article 27</i> : Évolution des activités des hôpitaux des armées.....	50
<i>Article 28</i> : Isolement et contention.....	50
<i>Article 29</i> : Revalorisations salariales dans le secteur médico-social	51
<i>Article 30</i> : Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie	52
<i>Article 31</i> : Extension des missions des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	53
<i>Article 32</i> : Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie	53
<i>Article 33</i> : Rénover la régulation des dépenses de produits de santé	54

<i>Article 34</i> : Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d’inscription de certains dispositifs médicaux.....	55
<i>Article 35</i> : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières	55
<i>Article 36</i> : Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé.....	56
<i>Article 37</i> : Possibilité, pour les pharmaciens d’officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence.....	56
<i>Article 38</i> : Prise en compte d’un critère de sécurité d’approvisionnement dans la tarification des produits de santé.....	57
<i>Article 39</i> : Mise en conformité avec l’obligation de sérialisation pour les pharmacies d’officine	57
<i>Article 40</i> : Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct.....	57
<i>Article 41</i> : Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes	58
<i>Article 42</i> : Généralisation d’expérimentations en santé.....	58
<i>Article 43</i> : Prolongation de l’expérimentation haltes soins addictions.....	58
<i>Article 44</i> : Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées majeures jusqu’à 25 ans	59
<i>Article 45</i> : Simplification de l’accès à la complémentaire santé solidaire.....	59
<i>Article 46</i> : Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l’assurance maladie en cas de risque sanitaire grave	60
<i>Article 47</i> : Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire	60
<i>Article 48</i> : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles.....	61
<i>Article 49</i> : Généralisation du recours à l’intermédiation financière des pensions alimentaires.....	61
<i>Article 50</i> : Amélioration de l’indemnisation des victimes professionnelles de pesticides ..	62
<i>Article 51</i> : Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives	62
<i>Article 52</i> : Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte	63
<i>Article 53</i> : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés.....	63
<i>Article 54</i> : Dotations au Fonds pour la modernisation et l’investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l’Office national d’indemnisation des accidents médicaux	63
<i>Article 55</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	64
<i>Article 56</i> : Objectif national de dépenses d’assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022	64

<i>Article 57</i> : Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité	65
<i>Article 58</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles	65
<i>Article 59</i> : Objectifs de dépenses de la branche vieillesse	65
<i>Article 60</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille	66
<i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie	66
<i>Article 62</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)	66
II. PRINCIPAUX AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION	67

AVANT-PROPOS DE M. THOMAS MESNIER, RAPPORTEUR GÉNÉRAL, RAPPORTEUR POUR L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL, LES RECETTES ET LA SANTÉ

Ce rapport sur le projet de loi de financement pour la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022 se situe à la charnière de deux temporalités intéressantes :

– c'est évidemment le dernier de cette XV^e législature, et plus encore que ses prédécesseurs, il est nécessaire de le resituer dans l'action continue et déterminée qui a été menée pendant cinq années au service de la sécurité sociale et de ses assurés ;

– c'est aussi un quart de siècle de projets de loi de financement examinés par le Parlement depuis la création de cette catégorie, catégorie qui n'a rien perdu de sa nécessité, ni de ses particularités.

Les débats en commission ont d'ailleurs été l'occasion d'échanger à de nombreuses reprises sur le bilan de ces cinq années, comme sur le cadre de discussion des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS).

C'est dans ce cadre d'analyse que les commentaires du rapporteur général et de ses collègues rapporteurs thématiques doivent être lus, en plus de l'éclairage « habituel » qu'ils apportent une fois de plus et une dernière fois, pour cette législature, sur le projet de loi soumis par le Gouvernement à la représentation nationale.

- *Cinq années de gestion responsable et pragmatique des comptes sociaux*

Lois « d'équilibre », les LFSS successives depuis l'automne 2017 ont porté une ambition toujours aussi simple à exprimer mais toujours aussi difficile à mettre en œuvre : le rétablissement des comptes sociaux pour s'assurer que les prestations servies sont financées et qu'elles ne reposent pas à l'excès sur des générations futures qui auront leur propre protection sociale à payer.

Loin des caricatures, la gestion des comptes de la sécurité sociale de ces dernières années n'a cédé ni à l'excès de contrainte auquel avaient succombé certains exercices précédents, ni à la surenchère qui ruine la crédibilité des politiques sociales.

Les résultats de cette politique équilibrée et donc exigeante ont d'ailleurs été au rendez-vous, jusqu'à ce que cette stratégie soit percutée par la crise.

En 2018, cela a été insuffisamment souligné, le régime général est ainsi revenu à des excédents (+ 0,5 milliard d'euros), contrariés par les déficits du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) et d'autres régimes de base. Au total, le solde

« exhaustif » du point de vue du champ des LFSS combinant régimes de base et le FSV était très proche d'un équilibre en 2018 (– 1,4 milliard d'euros, soit 0,3 % des recettes) comme en 2019 (– 1,7 milliard d'euros, soit 0,3 % des recettes).

Malgré des prévisions actualisées, la trajectoire prévue par la LFSS 2020 prévoyait un quasi-équilibre du régime général et du FSV à horizon 2023 (– 0,6 milliard d'euros, soit 0,1 % des recettes).

La crise a profondément renversé ces perspectives sérieuses et plausibles de rétablissement.

De même qu'il aurait été irresponsable de laisser filer les déficits sociaux sans horizon raisonnable de retour à l'équilibre en période « normale », il aurait été tout aussi irresponsable de ne pas apporter une réponse à la hauteur de la crise sanitaire et économique qui frappait la France et le reste du monde à partir du printemps 2020.

Le rapporteur général a déjà eu l'occasion de le dire et de l'écrire de nombreuses fois lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2021 : la sécurité sociale, notre sécurité sociale, a été au rendez-vous tant en recettes, en reportant le paiement de milliards d'euros de cotisations et de contributions dès les premiers jours de la crise puis en déployant des mesures de soutien considérables, qu'en dépenses, la branche maladie ayant joué un rôle considérable de financeur de la quasi-totalité de la réponse sanitaire.

Cette réactivité, absolument indispensable, ainsi que la forte sensibilité des recettes à cette conjoncture ont conduit à un déficit « historique » en 2020 (– 34,8 milliards d'euros sur le champ des régimes obligatoires et du FSV), constaté de manière définitive dans le projet de loi (**article 1^{er}**).

Le « vertige » que peuvent donner de tels chiffres ne doit cependant pas faire oublier le contrefactuel de cette situation : le rapporteur général est convaincu qu'en répondant moins vite et moins fort aux besoins des Français face à l'épidémie et des entreprises face à ses conséquences économiques, la situation n'aurait pu être que bien pire. Les « bonnes nouvelles » accumulées depuis le dernier exercice, liées à un « redécollage » au-delà des espérances de notre économie, ne peuvent que le conforter dans cette analyse.

Les tableaux d'équilibre pour 2021 et 2022 (**articles 7, 19 et 20**) laissent ainsi augurer d'un rétablissement significatif des comptes et dessinent une « sortie de crise » sur un plan financier.

Il reste toutefois que l'écart à la trajectoire prévue avant-crise demeure très fort, comme le rappelle l'annexe B du projet de loi (**article 23**). Si plus de la moitié de la résorption du déficit peut être atteint dans les années qui viennent, il resterait à horizon 2024-2025 une quinzaine de milliards d'euros manquant dans les caisses de la sécurité sociale.

Au-delà de la nécessaire discussion que de telles perspectives peuvent et doivent susciter en commission comme en séance publique, il ne serait pas déraisonnable qu'elles occupent une place importante dans les échéances nationales à venir. Le mode de financement de notre sécurité sociale, la gestion différenciée de la dette sociale par rapport à la dette globale ou encore l'efficacité des politiques de sécurité sociale sont en effet profondément interrogés par cette situation durablement dégradée.

- *Cinq années au service de la transformation des politiques de sécurité sociale*

Le Gouvernement et la majorité ont réformé, à l'aide des lois de financement de la sécurité sociale, de la première à la dernière minute de cette législature.

Dès la loi de financement pour 2018 ⁽¹⁾, deux réformes fondamentales ont profondément modifié le financement de la sécurité sociale. Le soutien au pouvoir d'achat des actifs par une baisse des cotisations sociales supérieure à la hausse de la CSG a produit des effets considérables, prolongés par d'autres mesures prises dans le même mouvement ou par la suite (suppression de la taxe d'habitation, baisse de l'impôt sur le revenu pour les bas revenus, augmentation sans précédent de la prime d'activité). De récentes études conduites par l'Observatoire français des conjonctures économiques ont montré l'importance de ces cinq années 2017-2022 dans la croissance du pouvoir d'achat des Français : 330 euros par an en moyenne par unité de consommation, soit un niveau qui n'avait pas été atteint depuis les années 2000.

Les lois de financement pour 2018 et 2019 ⁽²⁾ ont par ailleurs porté un soutien renforcé aux allègements de cotisations sur les bas et moyens salaires, en élargissant le champ de la réduction générale de cotisations sur les salaires allant jusqu'à 1,6 SMIC et en transformant le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) en une réduction de 6 points des cotisations maladie, plus lisible et prévisible que le crédit d'impôt. Fortement débattues alors, comme encore aujourd'hui, ces deux mesures ont en réalité accompagné et soutenu la transfiguration de nos paramètres économiques : pour 1 % de croissance de la richesse nationale supplémentaire, notre marché du travail crée beaucoup plus d'emplois que par le passé. C'est ce qui explique, avec les réformes ambitieuses menées en parallèle sur le droit du travail et la formation professionnelle, la réduction continue du chômage dans la période d'avant-crise comme celle qui a rapidement « absorbé » les effets de la crise ces derniers mois. Rappelons que le taux de chômage constaté par l'INSEE au deuxième trimestre 2017 était de 9,5 % quand il pourrait être de 7,6 % au deuxième trimestre 2022.

Si ces deux politiques n'étaient pas *stricto sensu* des politiques de sécurité sociale, celle-ci en a porté sa juste part, sans avoir à remettre en cause son

(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.

financement. Elles ont en effet été compensées par des ressources fiscales dynamiques à hauteur de ce qui avait été supprimé. Si cette évolution est parfois critiquée sur certains bancs au nom du caractère « assurantiel » de la sécurité sociale, le rapporteur général observe que cette fiscalisation reste moindre que celle qui résulterait de l'adoption de l'ensemble des amendements alourdissant la fiscalité affectée à la sécurité sociale proposés sur ces mêmes bancs.

La loi de financement pour 2018 et les suivantes ont également creusé le sillon d'une simplification en faveur des employeurs mais aussi et surtout des travailleurs indépendants. L'intégration de l'ex-Régime social des indépendants (RSI) au sein du régime général, soit l'absorption du deuxième régime de sécurité sociale par le premier, a conduit à améliorer sensiblement la qualité de service, tout en prenant le temps de la réforme. Elle constitue l'exemple d'une transformation réussie, saluée d'ailleurs à ce titre par les travaux du Printemps social de l'évaluation 2020, conduits par des rapporteurs d'opposition.

Ce sillon est toujours poursuivi avec le projet de loi qui poursuit un travail de « longue haleine » engagé par la loi de financement pour 2020 ⁽¹⁾ en vue de l'unification du recouvrement social, ce dont témoigne le transfert du recouvrement des cotisations de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) (**article 10**).

Le devoir de simplification se fait pour tous les cotisants, qu'il s'agisse des particuliers qui ont recours aux services à la personne et bénéficieront à ce titre du versement contemporain des aides sociales et fiscales auxquelles ils sont éligibles (**article 11**) ou des travailleurs indépendants avec la facilitation de régimes de déclaration plus proches du revenu réellement perçu (**article 13**).

Ce souci de transformation est encore plus visible dans un domaine auquel le rapporteur général attache une importance primordiale et qui a occupé une part déterminante des débats au sein de notre commission : celui de la santé.

Les lois de financement successives sur le volet financier, en même temps que la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé (« OTSS ») ⁽²⁾ sur des volets institutionnel et organisationnel, ont porté des changements fondamentaux pour notre système de santé, qui souffrait à la fois d'un manque de financement, d'une inertie des organisations pas toujours les plus efficaces et d'un mode de financement excessivement centré sur la tarification à l'activité (T2A).

C'est ainsi que la trajectoire a été fixée dès le début de la législature par la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 ⁽³⁾ ainsi que par la loi de

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

(2) Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

(3) Loi n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022.

financement pour 2018 avec un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 2,3 % sur l'ensemble de la période, alors que les ONDAM 2015-2017 avaient été fixés respectivement à 2,0 %, 1,8 % puis 2,2 %, des niveaux que chacun s'accorde à considérer comme trop faibles aujourd'hui. Cette trajectoire a été par la suite révisée à deux reprises : en 2019 avec le plan d'urgence pour l'hôpital, qui a relevé l'ONDAM 2019 à + 2,5 %, puis en 2020 à 2,45 % avant que la crise sanitaire ne se déclenche. Dans le même temps, la pratique du « gel » d'une partie du sous-objectif consacrée aux établissements de santé a été arrêtée pour compenser l'augmentation du sous-objectif consacré aux soins de ville et les crédits ont systématiquement et totalement été « dégelés » en fin de période.

Ces marges dégagées « avant-crise » ont été rejointes et dépassées par les conséquences d'un accord hors norme, tant par l'effort immense de concertation de tous les acteurs qu'il a nécessité que par ses conclusions. Le « Ségur de la santé » a conduit à une revalorisation sans précédent des rémunérations des personnels soignants et non-soignants à l'hôpital comme en établissements médico-sociaux à hauteur de 9 milliards d'euros, mais aussi à une politique d'investissement tout aussi massive de 19 milliards d'euros, reposant sur 6 milliards d'euros de crédits liés au plan de relance et 13 milliards d'euros de reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

De tels chiffres engageant, tant vis-à-vis des bénéficiaires de ces mesures que de la Nation qui sera amenée à moyen terme à les assumer financièrement de manière plus directe. C'est pourquoi la « surenchère », voire l'« hyper-surenchère », auxquelles il peut être si facile de se livrer sur différents types d'estrades, est profondément irrecevable au regard de ces montants inédits, et le rapporteur général a eu quelques occasions lors des débats en commission d'en souligner la faiblesse et l'indécence.

Sur le plan des organisations, la loi de financement pour 2018 a mis en place un cadre particulièrement ambitieux sur les expérimentations (dit « article 51 ») qui devrait voir arriver les premières généralisations en cette fin de législature. Le recours à la télémédecine a été encouragé, à l'instar des téléconsultations ou de la télésurveillance, dont le projet de loi prévoit désormais la prise en charge dans le droit commun (**article 24**).

Sur le plan des modes de financement des établissements, de nombreuses réformes ont été engagées depuis 2017 (urgences, financement à la qualité, dotation populationnelle, hôpitaux de proximité, psychiatrie) en vue notamment de lutter contre les excès du « tout T2A » mais aussi contre le « carcan » des dotations globales. Si le calendrier de ces réformes ambitieuses a dû être ré-agencé au regard de l'urgence de la crise dans les lois de financement pour 2021 comme pour 2022 (**article 25**), certaines deviendront effectives dès le 1^{er} janvier 2022.

La dynamique de transformation engagée depuis le début de la législature est particulièrement visible dans un secteur essentiel à la santé de tous, celui des produits

de santé. La loi de financement pour 2021 ⁽¹⁾ a permis une refonte totale de l'ancien système dérogatoire d'accès et de prise en charge des médicaments faisant l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Cette réforme vise à faciliter l'accès rapide des patients aux innovations tout en assurant la soutenabilité financière du dispositif. Le projet de loi poursuit dans cette lancée, en créant l'accès direct pour les médicaments (**article 36**) et la prise en charge anticipée pour les dispositifs médicaux numériques (**article 33**).

Ce sont donc des changements très profonds qui sont à l'œuvre et devront être poursuivis au service d'une sécurité sociale plus efficace pour l'ensemble des acteurs, et en tout premier lieu, les assurés.

- *Cinq années au service d'une meilleure protection des plus fragiles*

Au sein de cette ambition réformatrice pour la sécurité sociale, les plus fragiles ont occupé une place toute particulière, en matière de santé, d'autonomie comme de retraite.

Afin d'améliorer l'accès aux soins, la loi de financement pour 2019 a permis à tous les assurés d'accéder à un panier de soins et d'équipements sans reste à charge dans trois domaines : l'optique, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires, trois secteurs traditionnellement caractérisés par des restes à charge après intervention de l'assurance maladie complémentaire particulièrement élevés. Les lois de financement pour 2021 comme pour 2022 permettront d'avancer sur le tiers payant sur ce panier de soins.

Afin de mieux couvrir les frais de santé de tous, la loi de financement pour 2019 a permis de fusionner la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en un nouveau dispositif : la complémentaire santé solidaire (CSS). Le présent projet de loi vient encore renforcer le caractère protecteur de ce dispositif en prévoyant son attribution systématique aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (**article 45**).

Enfin, alors que la représentation nationale s'était déjà engagée dans les projets de loi de financement précédents en faveur de l'amélioration de l'indemnisation du congé maternité pour les chefs d'exploitation agricoles, le présent projet de loi améliore encore le fonctionnement des indemnités journalières maladie et maternité pour les indépendants comme pour les non-salariés agricoles (**articles 47 et 48**).

S'agissant de l'autonomie, le rapporteur général renvoie aux rapports précédents ainsi qu'aux commentaires de la rapporteure thématique. Il constate simplement que peu de majorités peuvent se vanter d'avoir travaillé en même temps sur :

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

– l’architecture et la gouvernance, avec la création, d’origine parlementaire, d’une cinquième branche au sein de la sécurité sociale par la loi du 7 août 2020 relative à la dette sociale mais aussi et surtout avec la loi de financement pour 2021, qui lui a donné sa structure et ses recettes ;

– la valorisation et l’attractivité des métiers, avec l’extension des accords du Ségur au secteur médico-social à la suite de la mission Laforcade (**article 29**) ;

– le « virage domiciliaire » avec un soutien important apporté au secteur : après les 200 millions d’euros de revalorisations salariales votés l’an dernier, **l’article 30** réforme la tarification des services à domicile avec notamment la mise en place d’un tarif plancher pour l’aide et l’accompagnement qui permettra de réduire les disparités inter-départementales et de mieux structurer le secteur ;

– le renforcement des moyens des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) avec la création de 10 000 équivalents temps plein sur cinq ans, une présence accrue des médecins coordonnateurs et des infirmiers d’astreinte alors que dans le même temps certains EHPAD évolueront pour devenir des centres de ressources destinés à mieux accompagner des personnes en perte d’autonomie continuant à vivre chez elles (**article 31**).

Cette majorité a par ailleurs porté une mesure d’une portée considérable dans le champ de l’assurance vieillesse : la revalorisation de 800 à 900 euros du « minimum vieillesse » (loi de financement pour 2018) en même temps d’ailleurs que l’État finançait la revalorisation de l’allocation aux adultes handicapés (AAH) dans les mêmes proportions.

Côté famille, enfin, la majorité s’est engagée fortement aux côtés des familles monoparentales en revalorisant dès la loi de financement pour 2018 le complément du mode de garde de 30 % pour ces familles, mais aussi en développant dès la loi de financement pour 2020 un nouveau système d’intermédiation financière des pensions alimentaires, dont le présent texte prévoit qu’il soit désormais la norme afin de prévenir tous les impayés de pensions alimentaires, dont les premières victimes demeurent les mères célibataires (**article 49**).

La majorité s’est également engagée en faveur d’une meilleure reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Ainsi, afin de mieux indemniser les victimes de pesticides, un fonds a été créé par la loi de financement pour 2020 et est désormais pleinement opérationnel. 380 demandes de reconnaissance de maladies professionnelles liées aux pesticides ont été déposées entre le 1^{er} janvier 2020 et le 22 juin 2021, contre environ 70 par an avant la création du fonds. L’**article 50** du projet de loi vise à conforter cette dynamique et à faciliter encore davantage la reconnaissance des maladies professionnelles liées aux pesticides, notamment pour les salariés agricoles en outre-mer.

Ce faisant, la sécurité sociale transformée par cinq lois ou projet de loi de financement aura continué d'œuvrer à ce qu'elle a de meilleur, c'est-à-dire diminuer dans le contexte social et économique qui est le sien « *l'incertitude du lendemain* ».

- *Cinq années utiles pour les lois de financement et leur appropriation par le Parlement*

Ce bilan, nécessairement partiel, oublierait toutefois une de ses composantes les plus importantes s'il ne rappelait ce que ces cinq années ont apporté à l'exercice « LFSS ».

Les heures de débats au sein d'une commission des affaires sociales plus investie que jamais dans son « rituel budgétaire » témoignent naturellement de sa place incontournable dans les travaux parlementaires.

Le rapporteur général retient aussi plus qualitativement la sincérité de chacun des commissaires dans son attachement aux principes fondateurs de la sécurité sociale, même si celui-ci ne s'exprime pas toujours dans les mêmes orientations politiques et techniques.

Cet investissement est d'autant plus méritoire que, malgré vingt-cinq ans de pratique, l'exercice demeure profondément insatisfaisant, notamment au regard de ses contraintes calendaires sans équivalent.

La force et la sincérité de cet attachement et de cet investissement ont justifié deux initiatives de cette XV^e législature qui méritent d'être soulignées :

– la création et l'approfondissement d'un « Printemps social de l'évaluation » permettant aux commissaires, et plus particulièrement aux rapporteurs de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), de confronter les objectifs de mesures votées en LFSS à la réalité de leur application sur le terrain ; ce nouveau « moment » en fin de premier semestre ouvre des perspectives sur ce que pourrait être à l'avenir un débat plus nourri et plus « sanctuarisé » autour de l'évaluation et du contrôle de l'application des lois de financement ;

– l'initiative portée par le rapporteur général à travers un texte organique et un texte ordinaire pour revoir le cadre des lois de financement ; outre des changements importants du contenu des lois de financement et de ses annexes informatives, le nouveau schéma proposé pourrait radicalement modifier les conditions de travail des parlementaires : ces derniers disposeraient en effet au printemps d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS) nourrie d'annexes qualitatives sur les politiques de sécurité sociale et enrichissant ainsi potentiellement les travaux actuels du Printemps social de l'évaluation ; ils bénéficieraient surtout d'une date de dépôt du projet de loi de financement et de ses annexes anticipée au 1^{er} octobre, sur le modèle du projet de loi de finances, ouvrant

la voie à un délai d'examen supplémentaire pouvant aller jusqu'à dix jours pour garantir le respect de la qualité et de la sincérité des débats parlementaires.

Le rapporteur général espère ainsi que ces initiatives, fondées sur cinq années d'expérience et de pratique, serviront à ceux qui auront la chance – il en faut... mais elle se provoque – et l'honneur – c'en est véritablement un – d'examiner les prochains projets de loi de financement de la sécurité sociale.

AVANT-PROPOS DE MME CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE POUR L'AUTONOMIE ET LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL

Un an après la création de la cinquième branche de la sécurité sociale, le PLFSS 2022 entend renforcer les politiques de soutien à l'autonomie. Il fixe un objectif de dépenses ambitieux, en progression de 6 % par rapport à 2021, qui atteint 34,2 milliards d'euros. Cet objectif s'inscrit dans le cadre plus large de l'effort national de soutien à l'autonomie (ENSA), qui inclut les dépenses de l'État, des collectivités territoriales et d'autres organismes, qui s'est élevé à 77 milliards d'euros en 2020.

Le volet autonomie du PLFSS 2022 s'articule autour de trois axes.

- Le premier porte sur l'extension du « Ségur de la santé » au secteur médico-social, qui représente un effort financier de plus 500 millions d'euros par an.

L'article 29 traduit dans le marbre de la loi les accords signés avec les partenaires sociaux le 11 février et le 28 mai 2021 à l'issue des travaux de la mission conduite par Michel Laforcade. Il élargit rétroactivement le bénéfice du complément de traitement indiciaire (CTI) – 183 euros nets mensuels – mis en place par l'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à plusieurs catégories de personnels. Les 18 500 agents, titulaires et contractuels, de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) publics sont, depuis le 1^{er} juin dernier, logés à la même enseigne que les personnels de ces mêmes établissements de santé et EHPAD.

Les soignants, auxquels s'ajoutent les aides médico-psychologiques, les accompagnants éducatifs et sociaux et les auxiliaires de vie, des établissements et services médico-sociaux publics autonomes et associatifs financés par l'assurance maladie, bénéficieront eux aussi de ces revalorisations. Ces hausses, qui concerneront 90 000 personnes travaillant notamment dans des structures prenant en charge des personnes en situation de handicap, entreront en vigueur de manière différée, à partir du 1^{er} octobre 2021 pour le secteur public et à partir du 1^{er} janvier 2022 pour le secteur privé non lucratif.

Des travaux se poursuivront au cours de ces prochaines semaines pour améliorer la situation des personnels accompagnants comme les éducateurs du secteur associatif. Une négociation doit être engagée entre les représentants des personnels et des employeurs pour faire évoluer les grilles salariales et permettre la fusion des conventions collectives existantes. Cette harmonisation se traduira par des augmentations de salaire, nécessaires pour renforcer l'attractivité des métiers. L'État

apportera une contribution financière à ces revalorisations dès lors que les négociations entre les partenaires sociaux auront abouti.

- Le deuxième axe du PLFSS vise à accélérer le « virage domiciliaire » plébiscité par les Français et amorcé l'an dernier avec les 200 millions d'euros annuels consacrés aux revalorisations salariales des aides à domicile qui peuvent atteindre 15 % dans certains cas.

L'article 30 propose de réformer la tarification et l'organisation des services à domicile intervenant auprès des personnes âgées ou en situation de handicap. Le 1^{er} janvier 2022 entrera en vigueur un tarif plancher national qui sera fixé par arrêté ministériel à 22 euros pour chaque heure d'aide et d'accompagnement à domicile. Cette mesure, très attendue par le secteur, sera financée par un versement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) aux départements et devra permettre de faire converger les tarifs départementaux.

Cette mesure doit être complétée par la mise en place d'un financement complémentaire de 3 euros alloué aux services assurant des missions de service public - intervention en milieu rural, auprès de personnes très dépendantes ou sur des plages horaires élargies, notamment les week-ends. La rapporteure est également favorable à ce que cette « dotation qualité » puisse intégrer des critères en lien avec la qualité de vie au travail afin d'inciter les employeurs à améliorer les conditions d'exercice des aides à domicile et à favoriser les temps d'échange et de formation.

Ce même article 30 réforme, à partir du 1^{er} janvier 2023, la tarification des prestations de soins à domicile afin de prendre davantage en compte les besoins en soins des personnes accompagnées et leur degré de perte d'autonomie. Il prévoit en outre une dotation spécifique pour le financement par les agences régionales de santé des actions de coordination entre les prestations d'aide et de soins. Cette dotation constituera un levier pour développer la polyvalence des services à domicile qui devront proposer à la fois des prestations d'aide et de soins à l'horizon 2025.

L'accompagnement des personnes en situation de dépendance pourra être renforcé par les interventions à domicile des personnels des EHPAD qui se verront confier des missions de « centre de ressources territorial » (**article 31**). Ce modèle, déjà expérimenté en Nouvelle-Aquitaine et en Occitanie, essaimera progressivement dans chaque département.

Ces établissements devront proposer, en concertation avec d'autres professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, des actions complémentaires dans les murs des EHPAD telles que la mise à disposition de plateaux techniques pour les professionnels extérieurs ou bien encore l'organisation de formations. Ces missions s'étendront en dehors des établissements par l'accompagnement de personnes âgées, en articulation avec les services à domicile, afin de construire un parcours de santé cohérent et fluide.

La priorité donnée au développement de l'offre domiciliaire ne se fera pas pour autant au détriment des établissements. Les moyens humains des EHPAD seront revus à la hausse avec la création sur cinq années de 10 000 équivalents temps plein, le renforcement de la présence des médecins coordonnateurs et des astreintes d'infirmiers.

- Le troisième et dernier axe du volet autonomie consiste dans l'amélioration du pilotage des politiques d'autonomie et plus particulièrement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

L'article 32 envisage d'améliorer la gestion de l'APA par le déploiement à l'horizon 2025 d'un système d'information unique au niveau national. Cet outil, qui aura vocation à remplacer les systèmes d'information propres à chaque département, sera gratuitement mis à la disposition des conseils départementaux par la CNSA dans l'objectif de renforcer l'égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire.

Ainsi, bien qu'il n'ait pas la même portée symbolique qu'une loi dédiée à l'autonomie, le dernier PLFSS de la législature comporte une palette de mesures qui seront structurantes pour le secteur médico-social dans les années à venir. Il participe en cela à écrire les premières pages de l'histoire de la cinquième branche de la sécurité sociale.

AVANT-PROPOS DE LA MME MONIQUE LIMON, RAPPORTEURE POUR LA FAMILLE

• Alors que la France sort progressivement de la crise sanitaire et que l'action du Gouvernement a permis d'en limiter l'impact sur les familles, la rapporteure souhaite que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale soit l'occasion de faire le bilan de la politique familiale et de ses perspectives.

Il incombe à la branche famille trois objectifs historiques, qui correspondent aux aspirations exprimées par les Français aujourd'hui encore.

• Premier né après la Seconde Guerre mondiale, l'objectif de soutien à la natalité constituait l'une des bases du « pacte social » du Conseil national de la Résistance. À ce titre, l'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoyait que la sécurité sociale était destinée « à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent »⁽¹⁾.

Si cet objectif se mêle aux autres aujourd'hui, il n'en demeure pas moins l'une des garanties fondamentales de notre protection sociale. Ainsi que l'a rappelé le haut-commissaire au plan dans son rapport du 16 mai dernier, « la question de la démographie pose la question même de l'avenir des peuples »⁽²⁾. L'évolution récente de notre natalité, même si la fécondité française demeure la première au sein de l'Union européenne⁽³⁾, ne laisse pas de préoccuper. Alors que 740 000 bébés sont nés en France en 2020, dans des conditions évidemment très particulières, cela fait six ans que le nombre de naissances baisse dans notre pays. Cette évolution est évidemment liée à celle de la population féminine en âge de procréer ; celle-ci est en diminution, puisque les femmes âgées entre 20 et 40 ans, qui concentrent 95 % des naissances, n'étaient que 8,4 millions en 2020 contre 8,8 millions en 2009⁽⁴⁾. Mais la politique familiale française ne saurait abandonner ce premier objectif, au risque de remettre en cause la solidarité intergénérationnelle sur laquelle reposent le fonctionnement et l'équilibre de notre système de retraite par répartition.

• La politique familiale poursuit également un objectif de redistribution et de justice sociale afin de soutenir les familles les plus précaires. C'est dans ce cadre que, dès les années 1970 et 1980, des prestations comme l'allocation de soutien familial (ASF) visaient à prendre en charge les situations particulières comme les

⁽¹⁾ Ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale.

⁽²⁾ Rapport du haut-commissaire au plan, « Démographie : la clé pour préserver notre modèle social », 16 mai 2021.

⁽³⁾ En 2019, la France était le pays le plus fécond de l'Union européenne avec un taux de 1,86 enfant par femme, contre une moyenne de 1,56 dans l'Union européenne.

⁽⁴⁾ Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « Famille », annexé au PLFSS 2022.

familles monoparentales. Ces dernières, qui représentent désormais un quart des familles, sont plus exposées au risque de pauvreté – en 2019, 20,2 % des enfants vivent en dessous du seuil de pauvreté, contre 38,3 % des enfants de familles monoparentales. La politique familiale s’attache à diminuer le taux comme l’intensité de pauvreté des familles et donc des enfants, et les prestations familiales, pour une famille avec deux enfants, participent à 34 % de l’ensemble des dispositifs redistributifs.

- Le troisième objectif, le plus récent, vise à permettre aux familles de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Le développement de l’offre formelle d’accueil des enfants, qu’il s’agisse de l’accueil collectif ou individuel assuré par les établissements d’accueil du jeune enfant (EAJE) et les assistants maternels, permet de proposer aujourd’hui 59,8 places pour 100 enfants.

La convention d’objectifs et de gestion signée entre l’État et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), pour la période 2018-2022, prévoyait l’ouverture de 30 000 places de crèches, nettes de la fermeture des places pendant la même période. Les échanges que la rapporteure a menés au cours de la préparation du présent projet de loi, notamment avec les représentants de la caisse, ont permis de confirmer que cet objectif ne pourrait être tenu. Ce qu’il faut bien considérer comme un échec tient autant à des facteurs conjoncturels – la crise sanitaire et l’investissement de la branche famille dans le soutien à toutes les familles pendant le confinement, mais aussi pour faire face à ses conséquences économiques – qu’à des facteurs structurels : malgré les soutiens financiers apportés par la CNAF, les collectivités territoriales, qui disposent de la compétence de soutien à la politique de la petite enfance ⁽¹⁾, sont souvent dans l’incapacité de créer de nouvelles places.

- Cette situation appelle, pour la rapporteure, une nécessaire réflexion plus large sur l’exercice actuel des compétences au sein de la politique de la petite enfance, afin de progresser dans le sens d’un service public de la petite enfance. Seule une ambition de cet ordre peut permettre d’augmenter encore sensiblement le taux d’activité des femmes et garantir aux familles une liberté réelle de choix dans le mode de garde de leurs enfants.

I. LA POLITIQUE FAMILIALE DÉVELOPPÉE AU SEIN DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA LÉGISLATURE QUI S’ACHÈVE A POURSUIVI CES TROIS OBJECTIFS

A. LE SOUTIEN AUX FAMILLES MONOPARENTALES

Véritable « fil rouge » de la politique familiale de cette majorité, la lutte contre les conséquences encore néfastes de la monoparentalité subie s’est traduite par plusieurs instruments.

⁽¹⁾ En application de l’article L. 214-2 du code de l’action sociale et des familles, les communes peuvent notamment établir un schéma pluriannuel de développement des services aux familles.

- En premier lieu, les familles monoparentales ont bénéficié d'une augmentation du complément de mode de garde de 30 %, à compter du 1^{er} octobre 2018. Cette prestation, qui s'applique à la plupart des modes de garde formels, est évidemment cruciale pour les parents – le plus souvent les mères – qui sont à la tête de familles monoparentales. Le montant maximal dont peuvent bénéficier les familles monoparentales s'élève donc aujourd'hui à 611,90 euros par mois pour un enfant âgé de moins de 3 ans et 305,95 euros par mois pour un enfant âgé de 3 à 6 ans. Cette augmentation est également applicable aux personnes bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

- En second lieu, le Gouvernement s'est engagé, notamment à la suite du Grand débat national, à réduire et supprimer autant que possible les impayés de pensions alimentaires. Alors qu'aujourd'hui encore, 30 % des débiteurs de pensions familiales ne remplissent pas, ou remplissent uniquement partiellement, leurs obligations, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾ a mis en place l'intermédiation financière des pensions alimentaires (IFPA), à la demande de l'un des parents, pour l'ensemble des cas, depuis le 1^{er} janvier 2021. Le présent projet de loi permet d'aller encore plus loin, puisque le principe deviendra l'intermédiation dès lors que la pension a été fixée devant un juge, un professionnel du droit ou le directeur d'un organisme débiteur de prestations familiales, et le versement direct, l'exception.

B. LE SOUTIEN À LA NATALITÉ

- L'ensemble des prestations familiales garantit naturellement une compensation de la charge d'enfants pour toutes les familles, mais la majorité et le Gouvernement se sont également engagés à améliorer concrètement le sort de l'ensemble des familles. Il en va ainsi de l'anticipation du versement de la prime de naissance, également portée de longue date par le député Gilles Lurton. La prime de naissance, versée désormais au septième mois de grossesse, accompagne les familles dans les achats nécessaires à l'accueil de l'enfant, plutôt que de les compenser *a posteriori*.

L'allongement et l'obligation partielle de prendre le congé de paternité, adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ⁽²⁾, contribuent naturellement à encourager la natalité en accompagnant les familles au moment de la naissance.

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

⁽²⁾ Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

C. LA CONCILIATION ENTRE LA VIE PERSONNELLE ET LA VIE PROFESSIONNELLE

L’allongement du congé de paternité, dont la durée cumulée avec celle du congé de naissance peut atteindre vingt-huit jours, contribue également à faciliter la conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle, pour les pères comme pour les mères.

L’obligation de prendre une période minimale de congé de sept jours protège en effet les pères contre les éventuelles pressions professionnelles qui expliquaient encore trop souvent l’absence de prise de congé de paternité, notamment chez les travailleurs en situation précaire.

Ce renforcement du congé de paternité doit également bénéficier aux mères, pour leur santé, au premier chef – le phénomène de dépression dite « post-partum », qui concernerait 13 % des mères, est souvent lié à l’isolement des mères après la naissance – mais aussi pour leurs perspectives professionnelles. Le partage des tâches domestiques, tout comme le développement d’une culture égalitaire en matière de congés parentaux, ne peuvent que contribuer à faciliter l’accès des femmes, qu’elles aient déjà des enfants ou qu’elles n’en aient pas, au marché du travail.

II. UNE PERSPECTIVE : LA RÉFORME AMBITIEUSE DU CONGÉ PARENTAL

A. LE DISPOSITIF ACTUEL N’A PAS TROUVÉ SON PUBLIC

- Suite à la naissance ou à l’adoption d’un enfant, les parents peuvent suspendre leur activité professionnelle afin de s’occuper de ce dernier, grâce au congé parental d’éducation ⁽¹⁾. Ils peuvent alors bénéficier d’une aide financière, la prestation d’accueil du jeune enfant (Paje), qui elle-même comprend différentes prestations.

- L’indemnisation du congé parental a connu de nombreuses réformes ces dernières années. La dernière réforme majeure en date fut la transformation du complément de libre choix d’activité (CLCA) en prestation partagée d’éducation de l’enfant (PreParE) en 2014 ⁽²⁾, qui constitue aujourd’hui la principale prestation de la Paje. Cette réforme poursuivait deux objectifs principaux :

- un meilleur partage de la prestation entre les deux membres du couple quand celui-ci est composé d’un homme et d’une femme, avec pour objectif un taux de recours des pères de 25 % ;

- une facilitation du retour à l’emploi des mères.

La réforme prévoyait alors :

⁽¹⁾ Article L. 1225-47 du code du travail.

⁽²⁾ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l’égalité réelle entre les femmes et les hommes.

– pour le premier enfant, la fixation de la durée maximale de versement à six mois par parent ;

– à partir du deuxième enfant, une réduction de la durée d'indemnisation maximale pour un même parent à deux ans, afin d'encourager le recours au congé par l'autre parent pour bénéficier d'une troisième année.

● Force est de constater que les résultats de la réforme sont particulièrement décevants au regard de ces deux objectifs.

Du côté du partage de la prestation entre les parents, seuls 5 % des bénéficiaires de la PreParE étaient des hommes en décembre 2018, bien en deçà de l'objectif de 25 %. Les couples n'ont eu recours conjointement à la prestation qu'à hauteur de 1 %, alors que c'était le cœur même de la réforme.

Concernant le retour à l'emploi des mères, les effets sont nuancés. Si l'on constate globalement un effet positif de la réforme sur leur revenu d'activité (+ 14 % trois ans après la naissance de l'enfant) et leur insertion professionnelle, celles-ci connaissent également une hausse du taux de chômage (+ 40 % entre 2014 et 2018, pour atteindre 14 %, bien au-dessus de celui de la population active).

En revanche, l'économie en dépenses de la branche famille est plus importante que prévue (+ 600 millions d'euros par an), et ce en raison de la baisse drastique du nombre de bénéficiaires de la prestation (– 43 % entre 2014 et 2018, pour atteindre 272 000 bénéficiaires en décembre 2018).

B. VERS UN CONGÉ COURT, ÉGALITAIRE ET MIEUX RÉMUNÉRÉ

● La rapporteure est convaincue que ces différents éléments militent pour une réforme ambitieuse du congé parental, plus court, égalitaire et mieux rémunéré, à l'instar de ce qui se pratique dans de nombreux autres pays européens. Suivant les recommandations de l'Organisation de coopération et de développement économiques ⁽¹⁾, cette réforme se construirait autour des paramètres suivants :

– une durée du congé plus courte et partagée entre les deux parents. L'inspection générale des affaires sociales a proposé en 2019 ⁽²⁾ un congé d'une durée maximale de huit mois sous conditions de partage. Le rapport Damon-Heydemann ⁽³⁾, remis au mois de septembre 2021, suggère quant à lui un congé de six mois par parent, soit une durée totale d'un an ;

⁽¹⁾ OCDE (2016). OECD Family Database. Use of childbirth-related leave by mothers and fathers.

⁽²⁾ IGAS, Rapport de la Mission d'évaluation du congé parental d'éducation et de la prestation partagée d'éducation (PreParE), avril 2019.

⁽³⁾ « Renforcer le modèle français de conciliation entre vie des enfants, vie des parents et vie des entreprises », Julien Damon et Christel Heydemann, septembre 2021.

– une rémunération plus élevée, proportionnelle aux revenus précédant le congé. Cette proportionnalité serait gage d’attractivité et d’un partage renforcé du congé entre les mères et les pères ;

– une certaine flexibilité dans le recours au dispositif, par exemple en ménageant des possibilités de temps partiel, ou encore en permettant de fractionner le congé jusqu’aux 3 ans de l’enfant, en veillant toutefois à concentrer l’indemnisation sur la première année.

En Allemagne, où une réforme similaire a été menée, le taux de recours de ce congé paternité par les pères a ainsi été multiplié par dix, passant de 3,3 % en 2006 à 35 % en 2015.

C’est un système similaire qui avait été proposé par la commission « des 1 000 jours »⁽¹⁾ autour de Boris Cyrulnik, estimant que pour des questions d’égalité comme de bien-être de la mère et de l’enfant, il conviendrait de « *mettre en place un congé parental de 36 semaines partageable entre les parents, avec un niveau d’indemnisation d’un montant minimum de 75 % du revenu perçu* ».

● La rapporteure estime que cette réforme du congé parental, qui se focalise sur la première année de vie de l’enfant, doit s’accompagner d’une réflexion sur les modes de garde au-delà de cette première année. Le rapport Damon-Heydemann précité suggère ainsi d’accroître l’offre de garde et d’envisager la création d’un droit à un mode d’accueil pour les parents qui travaillent ou qui recherchent un emploi, comme c’est le cas en Allemagne. D’autres pistes de réflexion pourront être envisagées, comme le maintien d’un lien entre le salarié et l’entreprise en congé parental lorsqu’il le souhaite, ou le référencement des bonnes pratiques d’entrée et de sortie du congé au sein des entreprises, avec comme boussole l’objectif constant de permettre une meilleure conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, au cœur des préoccupations de nos concitoyens.

⁽¹⁾ Rapport de la commission des 1000 premiers jours, « Les 1000 premiers jours. Là où tout commence. », septembre 2020.

AVANT-PROPOS DE M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE, RAPPORTEUR POUR L'ASSURANCE VIEILLESSE

Si le PLFSS 2022 est axé comme les éditions précédentes sur l'examen de plusieurs mesures s'inscrivant dans le champ de l'assurance maladie, il n'en demeure pas moins que la branche vieillesse y occupe une place non négligeable. L'objectif de dépenses de cette branche nous rappelle le poids majeur du système de retraite dans notre protection sociale. Pour 2022, cet objectif, tous régimes obligatoires de base confondus, s'élève à 257 milliards d'euros, soit 45 % des dépenses de sécurité sociale, dont 144 milliards d'euros au titre du régime général.

Le solde de la branche, qui a été très affecté par la crise sanitaire, devrait rester déficitaire malgré une légère amélioration (-2,7 milliards d'euros). Les dépenses de la branche continueront de progresser à un rythme soutenu, de l'ordre de 3 %, sous l'effet de l'accélération de l'inflation liée à la reprise de l'activité économique.

En dépit de la dégradation du solde de la branche à moyen terme, le Gouvernement a décidé comme l'an dernier de préserver le pouvoir d'achat des retraités en maintenant l'indexation des retraites de base sur l'inflation. Dans un contexte d'envolée des prix des matières premières et de l'énergie, cette évolution des pensions de retraite de base est bienvenue. On notera à cet égard que, s'agissant des retraites versées par l'Agirc-Arrco, les partenaires sociaux ont récemment fait un choix différent afin de préserver les réserves du régime de retraite complémentaire : à compter du 1^{er} novembre, les pensions versées par l'Agirc-Arrco seront revalorisées à hauteur de 1 % alors que l'inflation devrait être de l'ordre de 1,5 %.

Le volet retraite du PLFSS contient cette année plusieurs mesures faisant l'objet d'articles spécifiques.

Le rapporteur salue en particulier les engagements du Gouvernement en faveur des travailleurs indépendants. Les droits à la retraite des indépendants, qui ont été pénalisés par les fermetures administratives dans le contexte de la crise sanitaire, seront sécurisés grâce à un mécanisme leur permettant de valider autant de trimestres de retraite qu'au cours des dernières années avant la crise (**article 51**). Il s'agit des travailleurs exerçant une activité dans les secteurs du tourisme, de l'hôtellerie, de la restauration, de la culture ou encore de l'événementiel et du sport. La prise en charge de ce dispositif sera assurée, comme pour les trimestres acquis par les salariés dans le cadre de l'activité partielle, par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

En outre, les professions qui n'étaient pas reconnues pendant plusieurs années, comme les ostéopathes, les chiropracteurs ou les naturopathes, et qui n'ont

pu s'ouvrir de droits à la retraite auront la possibilité de racheter des trimestres de retraite pour partir plus tôt à taux plein (**article 52**). Un mécanisme de rachat de trimestres de retraite sera également ouvert aux travailleurs indépendants ayant exercé à Mayotte et dont les cotisations n'ont pas pu être recouvrées depuis 2012.

Le rapporteur se félicite de l'assouplissement du dispositif du cumul emploi-retraite, qui permettra à l'ensemble des professionnels de santé retraités qui se sont mobilisés pendant la crise de pouvoir cumuler entièrement et de manière rétroactive leur pension et leurs revenus d'activité (**article 3**).

Enfin, à la suite d'une décision du Conseil constitutionnel, le dispositif de la retraite progressive sera ouvert, à compter du 1^{er} janvier 2022, aux salariés employés dans le cadre d'une convention de forfait ainsi qu'aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés dont les mandataires sociaux (**article 53**).

Ainsi ce PLFSS 2022 apporte un nouveau lot de mesures qui amélioreront la situation des retraités. Il s'inscrit dans le sillon d'autres réformes engagées sous cette législature pour relever le niveau de vie des personnes âgées. Après l'augmentation en deux temps du minimum vieillesse, dont le plafond mensuel a été porté à plus de 900 euros, la pension de retraite minimale des exploitants agricoles sera portée de 75 % à 85 % du SMIC, soit 1 035 euros par mois, à partir du 1^{er} novembre prochain. À l'heure du bilan de la législature, il était important de rappeler ces mesures qui sont à mettre à l'actif de la majorité.

AVANT-PROPOS DE M. PAUL CHRISTOPHE, RAPPORTEUR POUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

La branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) est l'une des cinq branches de la sécurité sociale. Il s'agit du premier risque assuré historiquement, la première loi relative aux accidents du travail datant de 1898. Grâce à ses trois missions complémentaires, la branche porte un projet global de gestion des risques : prévenir et réduire les risques professionnels (prévention), reconnaître les sinistres et indemniser les victimes des conséquences des préjudices subis (réparation) et assurer l'équilibre financier de la branche (tarification).

Alors que, depuis 2013, la branche AT-MP du régime général était structurellement excédentaire, la crise sanitaire a largement affecté ses recettes, provoquant un déficit inédit à hauteur de 200 millions d'euros en 2020.

La branche AT-MP redeviendrait excédentaire en 2021 (600 millions d'euros) grâce à une hausse de ses produits qui ferait plus que compenser l'augmentation de ses dépenses. En 2022, le solde de la branche s'établirait à 1,4 milliard d'euros. Ses recettes seraient en hausse de 7,1 %, ce qui devrait lui donner les marges de manœuvre suffisantes pour mettre en œuvre des actions ambitieuses, et ce malgré la hausse du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des AT-MP ⁽¹⁾. Les dépenses de la branche devraient continuer de croître dans les années à venir mais à un rythme moins soutenu que les recettes, permettant à la branche de dégager un excédent de 2,5 milliards d'euros en 2025.

Le rapporteur insiste sur l'importance de la négociation, à venir, de la prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP, laquelle devra donner à la branche les moyens d'assurer au mieux ses missions.

I. LA BRANCHE AT-MP A JOUÉ UN RÔLE MAJEUR PENDANT LA CRISE SANITAIRE

La branche AT-MP a joué un rôle essentiel tant dans la reconnaissance et la réparation du covid-19 comme maladie professionnelle que dans la protection des salariés sur leurs lieux de travail.

⁽¹⁾ Voir le commentaire de l'article 57 du présent projet de loi.

A. UN RÔLE ESSENTIEL DANS LA RECONNAISSANCE DU COVID-19 COMME MALADIE PROFESSIONNELLE

Pour rappel, le décret du 14 novembre 2020 ⁽¹⁾ crée deux nouveaux tableaux de maladies professionnelles. Ces tableaux permettent aux soignants de bénéficier d'une présomption d'imputabilité pour la reconnaissance en tant que maladies professionnelles des pathologies qu'ils ont développées à la suite d'une infection au covid-19. Les personnes ne remplissant pas les conditions des tableaux (lorsque la maladie est apparue plus de quatorze jours après la fin de l'exposition professionnelle et/ou lorsque l'activité professionnelle exercée n'était pas une activité soignante) ainsi que les personnes dont la pathologie n'est pas désignée dans les tableaux (affections autres que respiratoires liées au covid-19) doivent, elles, recourir au système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles. Un comité régional unique (CRU) a été mis en place pour assurer l'homogénéité et la rapidité du traitement de ces dossiers.

Les dépenses liées à l'indemnisation des victimes professionnelles du covid-19 sont mutualisées auprès de l'ensemble des employeurs de la branche AT-MP. Concrètement, les dépenses sont imputées au « compte spécial » ⁽²⁾, financé par les majorations forfaitaires du taux de cotisation AT-MP (et non par le taux brut lié à la sinistralité propre de l'établissement ou, pour les plus petits d'entre eux, de leur secteur d'activité).

D'après les données transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale, les dépenses imputées au compte spécial s'élèvent aujourd'hui à 7,5 millions d'euros. Au 13 août 2021, près de 1 500 maladies professionnelles liées au covid-19 avaient été reconnues sur plus de 4 800 dossiers de demande complets déposés. Un quart de ces reconnaissances l'ont été *via* le système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le rapporteur se félicite de la relative montée en charge du dispositif de reconnaissance complémentaire hors tableaux. Il insiste désormais sur l'importance d'accélérer les travaux, menés par un groupe d'experts au sein du ministère de la santé et des solidarités, relatifs aux modalités de prise en charge du covid long.

B. UN RÔLE ESSENTIEL DANS LA PROTECTION DES SALARIÉS

Outre la prise en charge des dépenses liées à la reconnaissance du covid-19 comme maladie professionnelle, la branche AT-MP a joué un rôle majeur dans la protection des salariés pendant la crise sanitaire.

⁽¹⁾ Décret n° 2020-1131 du 14 septembre 2020 relatif à la reconnaissance des maladies professionnelles des pathologies liées à une infection au SARS-CoV2.

⁽²⁾ Sont également inscrites au « compte spécial » les maladies contractées dans le cadre d'une exposition pour le compte de plusieurs employeurs, sans qu'il soit possible de déterminer au sein de quelle entreprise la pathologie a été contractée.

Ainsi, 56 000 entreprises ont bénéficié de la subvention « Prévention Covid ». Pour rappel, cette subvention vise à accompagner les entreprises de moins de cinquante salariés dans l'acquisition de dispositifs barrières collectifs tels que des vitres en plexiglas ou des locaux supplémentaires temporaires ⁽¹⁾. Elle couvre 50 % du montant de l'investissement réalisé, dans la limite de 5 000 euros. Pour déployer cette subvention, un budget spécifique de 50 millions d'euros a été prévu au sein du budget global des aides financières à la prévention de la branche AT-MP. Au 1^{er} septembre 2021, environ 48 millions d'euros ont été décaissés, dont plus de 20 millions d'euros en 2021 ⁽²⁾.

Par ailleurs, la branche AT-MP a aménagé les conditions d'application des ristournes AT-MP, qui visent à diminuer les taux de cotisation en fonction des actions de prévention, de manière à prendre en compte l'impact du contexte sanitaire sur les entreprises. Ainsi, les entreprises qui n'avaient pas versé leurs cotisations sociales du fait de reports accordés pendant la période d'urgence sanitaire ont quand même pu bénéficier de ces ristournes.

Le rapporteur se félicite de la grande mobilisation de la branche AT-MP pour éviter autant que possible les contaminations sur les lieux de travail.

Il insiste, plus généralement, sur les efforts importants entrepris ces dernières années par les entreprises en matière de prévention. Une grande partie de ces efforts ne se traduira que dans quelques années en baisse du nombre d'AT-MP ou de leur gravité. Le rapporteur rappelle que le développement de la prévention de proximité bénéficiera à court terme des nouveaux outils mis en place par la loi du 2 août 2021 ⁽³⁾, notamment la visite de mi-carrière, le renforcement de l'appui des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) aux TPE-PME, le passeport prévention et la formalisation renforcée de l'évaluation des risques professionnels par l'employeur. Les actions concertées entre la branche AT-MP et les SPSTI seront l'une des conditions de réussite de cette réforme.

II. DES PISTES D'AMÉLIORATION PEUVENT ÊTRE ENVISAGÉES POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION, LA RECONNAISSANCE ET LA RÉPARATION DES AT-MP

Un grand nombre de propositions peuvent être faites pour améliorer tant la prévention que la reconnaissance ou la réparation des AT-MP. Le rapporteur a choisi de se concentrer sur trois d'entre elles.

Ces propositions visent à accélérer l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles, à lutter davantage contre le non-recours au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et à mieux indemniser les victimes du chlordécone.

⁽¹⁾ À noter que les masques ou le gel hydroalcoolique peuvent également être cofinancés par cette subvention, mais uniquement en complément de dispositifs barrières collectifs.

⁽²⁾ Données transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale.

⁽³⁾ Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

A. PUBLIER ET METTRE À JOUR PLUS RAPIDEMENT LES TABLEAUX DE MALADIE PROFESSIONNELLE

L'enjeu est soulevé dans le dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de la Cour des comptes ⁽¹⁾ : les tableaux de maladie professionnelle sont publiés trop tardivement et sont insuffisamment mis à jour.

Pour rappel, la création et la révision des tableaux de maladie professionnelle reposent sur un processus impliquant des discussions au sein de commissions spécifiques au régime général (la commission spécialisée n° 4 du conseil d'orientation des conditions de travail, dite CS4) et au régime agricole (la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture). Ces commissions sont notamment composées de représentants des organisations patronales et syndicales. Leur avis est nécessaire avant que le Gouvernement n'adopte un décret créant ou révisant un tableau de maladie professionnelle.

Les exemples de dysfonctionnements sont frappants. Le décret du 5 mai 2017 ⁽²⁾ réformant les tableaux relatifs aux affections péri-articulaires et au carcinome hépatocellulaire faisait suite à des avis de la CS4 publiés bien avant, à savoir en octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015. D'ailleurs, certains tableaux de maladie professionnelle ne sont toujours pas publiés, alors même qu'un consensus officiel existe depuis longtemps sur la nécessité de créer de tels tableaux. C'est le cas du cancer du rein lié à une exposition au trichloréthylène pour lequel l'avis de la CS4 date de juillet 2017. Parfois, l'examen censé prouver le lien entre une pathologie et une affection professionnelle, prévu par le tableau, devient obsolète faute d'actualisation dudit tableau.

Cette situation est préjudiciable à l'ensemble des personnes qui souhaiteraient voir reconnue une pathologie comme maladie professionnelle. Le rapporteur souscrit donc pleinement à la volonté de la Cour des comptes d'accélérer la publication et la mise à jour des tableaux. Comme le suggère la Cour, un toilettage des tableaux par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale – au lieu d'une modification par décret – pourrait permettre une révision aussi souvent que nécessaire des examens requis pour la reconnaissance d'une maladie professionnelle. Le rapporteur souligne également que les délais de publication des tableaux par l'administration pourraient utilement être encadrés par décret.

B. LUTTER D'AVANTAGE CONTRE LE NON-RECOURS AU FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le FIVA est un fonds qui fonctionne plutôt bien. En témoigne son dernier bilan d'activité ⁽³⁾. En 2020, plus de 17 000 nouvelles demandes ont été déposées au

⁽¹⁾ Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Cour des comptes, octobre 2021.

⁽²⁾ Décret n° 2017-812 du 5 mai 2017 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du code de la sécurité sociale.

⁽³⁾ Rapport d'activité 2020, FIVA.

FIVA et près de 15 000 décisions d'indemnisation ont été formulées par le fonds. Le taux de satisfaction globale des victimes et des ayants droit sur la qualité du service rendu par le FIVA est de 95,1 %. Il s'élève même à 99,5 % pour les victimes atteintes de pathologies graves. Les recours du FIVA contre les employeurs responsables sont remportés dans 86 % des cas, ce qui permet une indemnisation complémentaire des victimes ou ayants droit dans 62 % des cas. Pour rappel, en 2020, 13,5 % des dépenses de la branche AT-MP ont été consacrées à l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Malgré ces données chiffrées dont il faut se féliciter, le taux de non-recours aux aides du FIVA est encore trop important. Ce taux de non-recours serait, par exemple, d'environ 50 % pour les victimes de mésothéliome⁽¹⁾. Le FIVA a mis en place une expérimentation avec les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), visant à aller au contact des personnes reconnues en maladie professionnelle liée à l'amiante pour mieux les informer des possibilités d'indemnisation par le FIVA. Dans un récent rapport⁽²⁾, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale des finances (IGF) préconisent la généralisation de cette expérimentation. La direction de la sécurité sociale a confirmé au rapporteur que cette expérimentation avait bien vocation à être généralisée et qu'une réflexion globale était en cours pour adapter le cadre en vigueur au regard des exigences posées par le règlement général européen sur la protection des données. Le rapporteur insiste sur la nécessité de ne pas trop tarder dans la généralisation de l'expérimentation.

Le rapport précité de l'IGAS et de l'IGF formule d'autres recommandations pour améliorer encore davantage la performance du FIVA et l'indemnisation des victimes.

Il recommande notamment la fusion entre le FIVA et l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM). Cette proposition a, pour l'heure, été écartée par les conseils d'administration des deux organismes. Le rapporteur estime que telle était la meilleure décision à prendre, dans la mesure où les conditions n'étaient pas réunies pour permettre un réel rapprochement entre égaux.

Un certain nombre d'autres propositions du rapport figurent d'ores et déjà dans le dernier contrat d'objectifs et de performance entre l'État et le FIVA signé le 17 septembre 2020⁽³⁾, ce dont le rapporteur se félicite. Ce contrat prévoit notamment la dématérialisation des processus et des échanges avec les victimes, l'amélioration du dialogue de gestion avec les commissions de conciliation et d'indemnisation et le renforcement de l'activité de recouvrement. Toutes ces mesures ont vocation à accélérer et améliorer le processus d'indemnisation des victimes de l'amiante et donc, indirectement, à inciter les victimes à avoir recours au FIVA.

⁽¹⁾ « Consolider l'indemnisation publique dans le champ de la santé : enjeux et modalités du rapprochement entre le FIVA et l'ONIAM », *IGAS et IGF, février 2021*.

⁽²⁾ *Ibid.*

⁽³⁾ *Le contrat se trouve au lien suivant : <http://www.fiva.fr/documents/COP2020.pdf>*

C. MIEUX INDEMNISER LES VICTIMES DU CHLORDÉCONE

L'article 50 du présent projet de loi améliore considérablement l'indemnisation des salariés agricoles en outre-mer victimes de l'utilisation de pesticides, et notamment du chlordécone. Il permet en effet aux salariés agricoles en outre-mer – rattachés au régime général – de bénéficier des tableaux de maladie professionnelle du régime agricole, dont les tableaux liés à l'utilisation de pesticides.

Cette mesure s'inscrit dans la lignée du plan « Chlordécone IV », dont la mise en œuvre semble bien enclenchée (voir encadré ci-après).

État d'avancement du plan Chlordécone IV

Le plan comprend quatre grands axes à destination tant des assurés, que des médecins et des entreprises.

1° Le premier axe comporte trois actions en matière de santé au travail :

– « analyser des données de la cohorte des travailleurs » : une comparaison de l'incidence des cancers dans la cohorte suivie par rapport à l'incidence des cancers dans la population générale devrait être finalisée par Santé publique France et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) d'ici la fin d'année 2021 ;

– « renforcer les centres de consultations de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) » en Martinique, Guadeloupe et Guyane : une instruction à destination des agences régionales de santé (ARS) est en cours de signature par les directions générales de la santé, de l'offre de soins et du travail (DGS, DGOS et DGT) pour accompagner les ARS dans la mise en place de ces CRPPE ;

– « repérer les maladies professionnelles et promouvoir leur déclaration » : un courrier devrait être très prochainement envoyé à des médecins généralistes et spécialistes afin de les sensibiliser à la détection de l'origine professionnelle de pathologies liées aux pesticides.

2° Le deuxième axe vise à renforcer l'accompagnement des travailleurs dans leurs démarches de déclaration de maladie professionnelle. Un projet de partenariat avec des associations spécialisées dans l'accompagnement des victimes (Phytovictimes et France Assos Santé) a été présenté aux comités de pilotage locaux dans cette optique. Progressivement, les caisses générales de sécurité sociale seront chargées d'accompagner les victimes dans les situations les plus complexes.

Des modifications réglementaires sur le suivi post-professionnel, élargi aux exploitants agricoles, doivent également intervenir très prochainement et permettront une meilleure information des victimes sur l'existence de ce dispositif.

3° Le troisième axe vise à renforcer les mesures de prévention dans les entreprises et s'articule autour de deux actions :

– « mobiliser les services de l'inspection du travail et les services de santé au travail sur les enjeux de prévention de l'exposition des travailleurs au chlordécone » : une mobilisation sur la prévention des risques chimiques est prévue en novembre 2021 ;

– « mettre en œuvre des actions de biosurveillance » : ces actions ne sont pas définies à ce stade dans la mesure où elles sont liées au programme national de biosurveillance en cours de validation.

4° Concernant le dernier axe portant sur l'évaluation de la stratégie santé-travail, des discussions sont en cours avec l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) sur ce point.

Source : données transmises au rapporteur par la direction de la sécurité sociale.

Outre la mise en œuvre du plan Chlordécone IV, le rapporteur appelle de ses vœux la création d'un tableau de maladie professionnelle relatif au cancer de la prostate associé à une exposition aux pesticides, dont le chlordécone. Dans un récent

avis ⁽¹⁾, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) considère que les arguments scientifiques plaident en faveur de la création d'un tel tableau. Des discussions sont actuellement en cours au sein de la CS4 du conseil d'orientation des conditions de travail sur cette question.

⁽¹⁾ « Cancer de la prostate en lien avec les pesticides incluant le chlordécone », *Rapport d'expertise collective*, mars 2021.

SYNTHÈSE

I. PRÉSENTATION SYNTHÉTIQUE DES DISPOSITIONS DU TEXTE

Article 1^{er}

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

Adopté par la commission sans modification

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

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

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

*

* *

Article 2

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

Adopté par la commission sans modification

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

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

*

* *

Article 3

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

Adopté par la commission sans modification

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

Il prévoit :

– pour les médecins salariés ou agents publics qui participaient à la campagne en dehors de leur contrat de travail, une affiliation au régime général en tant que travailleur indépendant ; leurs cotisations seraient calculées sur la base d'un taux global ;

– pour les personnels qui n'étaient ni travailleurs indépendants ni médecins salariés ou agents publics, un abattement substantiel sur ces cotisations et contributions afin que ces prélèvements coïncident avec les cotisations des professionnels libéraux qui ont participé dans des conditions similaires à la campagne de vaccination.

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

*

* *

Article 4

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

Adopté par la commission sans modification

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

*

* *

Article 5

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

Adopté par la commission avec modifications

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

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

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

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

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

*

* *

Article 6

Transferts financiers entre branches en 2021

Adopté par la commission avec modifications

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

*
* *

Article 7

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2021

Adopté par la commission sans modification

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

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

*
* *

Article 8

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

Adopté par la commission sans modification

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

Article 9

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

Adopté par la commission sans modification

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

*

* *

Article 10

Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

Adopté par la commission sans modification

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

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

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

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

L'article prévoit également une adaptation des relations entre l'URSSAF Caisse nationale et ses attributaires. Les relations financières entre le réseau de recouvrement et les caisses gestionnaires des prestations se feront en effet, à compter

du 1^{er} janvier 2022, sur la base des cotisations dues et non pas des cotisations effectivement collectées par les URSSAF. Ce système, favorable à la trésorerie des attributaires, permettra également à ces derniers une meilleure anticipation de l'échéancier applicable à leurs ressources.

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

*

* *

Article 11

Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à généraliser et à pérenniser l'expérimentation adoptée dans le cadre de l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾ pour verser les aides fiscales et sociales aux particuliers employeurs ou aux clients de prestataires dans le champ des services à la personne.

Les particuliers employeurs ou les clients d'organismes prestataires bénéficient en effet actuellement de nombreux soutiens sociaux et fiscaux, mais ils doivent consentir, pour certains d'entre eux, une avance de trésorerie. Les aides telles que l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH), toutes deux versées par les conseils départementaux, sont versées le mois suivant le versement des dépenses éligibles. En ce qui concerne le crédit d'impôt pour l'ensemble des services à la personne, et malgré la mise en place d'un acompte sur le crédit d'impôt avec le prélèvement à la source, celui-ci peut être versé 6 à 18 mois après le versement de la rémunération des salariés à domicile.

Le versement contemporain correspond donc à un besoin réel pour accompagner le développement des services à la personne, tout particulièrement dans le champ de l'autonomie.

Ce versement contemporain des aides, en application du présent article, pourra se faire par deux biais.

Le premier concerne les particuliers employeurs qui ont recours à l'emploi direct et au service « CESU + » mis en place par les URSSAF. Dans ce cadre, leur « reste à charge », soit le montant prélevé par l'organisme de recouvrement, correspondra à la rémunération brute du salarié à domicile, de laquelle sera déduite :

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

– le montant d’une aide spécifique, correspondant à 50 % des dépenses éligibles au crédit d’impôt, soit le montant même de ce crédit, sous réserve de l’évolution des ressources fiscales du contribuable ou de l’application d’un plafond déterminé par décret :

– le montant de l’APA ou de la PCH destinées à financer les dépenses d’aide humaine, le cas échéant.

Le second dispositif concerne les prestataires de services à la personne. Dans ce cadre, un nouveau dispositif dématérialisé, également mis en place par l’ACOSS, permettra de prendre en compte les mêmes aides que pour le particulier employeur, afin de réduire les sommes dues par les clients à leur seul reste à charge.

Le présent article adapte également les modalités de liquidation du crédit d’impôt pour y imputer le montant de l’aide spécifique perçue, afin de supprimer toute forme de « doublon » dans les aides.

Il prévoit enfin la suppression de la nécessité, en cas de recours par un employeur à des titres simplifiés comme le Titre emploi service entreprises (TESE) ou le Chèque emploi associatif (CEA), de l’appliquer à l’ensemble des salariés. Cette suppression est de nature à assouplir le recours à ces titres de paiement simplifiés et à en développer l’emploi.

*
* *

Article 12

Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à harmoniser le régime social et fiscal applicable à la protection sociale complémentaire financée par les employeurs publics sur celui qui est actuellement applicable aux employeurs privés.

En application de l’ordonnance du 17 février 2021 ⁽¹⁾, prise sur le fondement de l’article 40 de la loi du 6 août 2019 ⁽²⁾, les employeurs publics doivent participer à hauteur de 50 % au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents, selon un calendrier progressivement étendu à l’ensemble de la fonction publique d’ici le 1^{er} janvier 2026.

(1) Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.

(2) Loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

Dans la perspective d'encourager le recours à ces dispositifs, le présent article met en œuvre des avantages fiscaux et sociaux identiques à ceux qui sont déjà appliqués à une assiette comparable dans le privé, à savoir :

- une déduction d'impôt sur le revenu ;
- une exonération de l'ensemble des cotisations sociales :
- une exonération de forfait social pour les employeurs publics de moins de onze agents et l'application d'un taux réduit au-delà.

*

* *

Article 13

Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu

Adopté par la commission sans modification

L'article 13 vise à assouplir les obligations déclaratives des travailleurs non salariés de plusieurs manières :

- en prolongeant et en élargissant l'expérimentation qui permet la modulation en temps réel de leurs cotisations et contributions sociales ;
- en supprimant la majoration de retard en cas de revenu estimé inférieur au revenu définitif ;
- en créant un droit des travailleurs indépendants à obtenir une attestation de vigilance du réseau « recouvrement » avant la première échéance déclarative.

Il repousse par ailleurs de trois mois le délai de mise en œuvre des plans d'apurement dans le cadre de la crise.

*

* *

Article 14

Réforme du régime social du conjoint collaborateur

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à réformer le régime social et la durée du bénéfice du statut de conjoint collaborateur, dans le secteur des entreprises.

Comparable en bien des points au statut de conjoint collaborateur dans les exploitations agricoles, le statut de conjoint collaborateur a été créé en 2005 pour permettre aux époux – bien souvent des épouses – de déclarer leur activité et de cotiser, afin d’ouvrir des droits notamment pour les indemnités journalières et l’assurance vieillesse.

Les conjoints collaborateurs cotisent aujourd’hui sur une assiette réduite, ce qui permet certes de lutter contre le phénomène de non-déclaration, mais les conduit souvent à ne bénéficier que de petites pensions *in fine*.

Le présent article vise donc à encadrer et simplifier ce statut.

L’encadrement, d’abord : le statut, étendu aux concubins des chefs d’entreprise, sera limité à une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2022. Les conjoints collaborateurs qui en bénéficient déjà pourront donc cumuler cinq années supplémentaires, tandis que les personnes qui entrent dans ce statut ne pourront en bénéficier au total que cinq ans. Les assurés seront ensuite considérés comme des conjoints salariés, affiliés au régime général de la même manière que l’ensemble des salariés de l’entreprise.

L’article vise ensuite à simplifier les modalités de cotisation. Outre la réduction de cinq à trois des assiettes entre lesquelles les conjoints collaborateurs pourront choisir de cotiser, l’article instaure une base légale à un taux de cotisation global et adapté pour les conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs.

*
* *

Article 15

Modification du droit de communication pour optimiser les investigations

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à permettre aux agents des organismes de sécurité sociale exerçant le droit de communication d’imposer aux tiers sollicités la fourniture de documents et d’informations sous forme dématérialisée. Cette mesure permettrait d’améliorer l’efficacité de la lutte contre la fraude sociale en accélérant les vérifications réalisées par les agents.

Le gain financier qui pourrait être généré indirectement par cette mesure est estimé conventionnellement à 0,5 % des résultats de l’année précédente. Eu égard au montant de la fraude sociale détectée en 2020 (1,2 milliard d’euros), il pourrait atteindre 6 millions d’euros en 2022.

Article 16

Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 16 procède à des ajustements sur plusieurs contributions portant sur les produits de santé :

– il simplifie le plafonnement de la clause de sauvegarde en matière de dispositifs médicaux en le mettant en cohérence avec l'assiette de la contribution (dépendances remboursées et non remboursables) ;

– il étend l'assiette de cette même clause de sauvegarde « dispositifs médicaux » aux montants remboursés liés à une prise en charge transitoire ;

– il fixe, comme chaque année, les seuils de déclenchement des clauses de sauvegarde en matière de médicaments (« taux M ») et de dispositifs médicaux (« taux Z ») ; ces seuils sont respectivement fixés à 24,5 et 2,15 milliards d'euros, en cohérence avec les annonces du Président de la République au Conseil stratégique des industries de santé ;

– il clarifie le champ des médicaments remboursés pour lesquels les entreprises sont assujetties à la contribution sur les dépenses de promotion, en visant plus explicitement les médicaments en accès précoce mais aussi les médicaments bénéficiant de l'expérimentation de l'accès direct prévue par l'article 36 du projet de loi.

*

* *

Article 17

Transferts financiers pour 2022

Adopté par la commission sans modification

L'article 17 modifie pour 2022, comme chaque année, la clef de répartition des ressources fiscales de la sécurité sociale entre les branches.

Outre l'affectation de la fraction de la taxe sur la valeur ajoutée transférée à la branche maladie par le projet de loi de finances, ces mouvements tiennent compte de plusieurs phénomènes :

– comme en 2021, une fraction de taxe sur les salaires est transférée de la branche maladie à la branche autonomie pour 500 millions d'euros en vue de compenser sa contribution au financement de la gestion de la trésorerie centrale ;

– le transfert du financement du dispositif d'accueil des adultes français en situation de handicap de la branche maladie à la branche autonomie ;

– le transfert transitoire du financement des indemnités journalières dérogatoires pour garde d'enfants de la branche maladie à la branche famille ;

– le relèvement du complément différentiel de retraite complémentaire (CDRCO) au 1^{er} janvier 2022 pour certains anciens chefs d'exploitation à 85 % du SMIC exige une compensation entre le régime de base et le régime complémentaire des exploitants agricoles.

*

* *

Article 18

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 5

Adopté par la commission sans modification

En application du cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale, le présent article vise l'approbation du montant des exonérations compensées par l'État aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement, pour un montant de 5,4 milliards d'euros.

Ce montant est mentionné dans l'annexe 5 au présent projet de loi, retraçant l'ensemble des « niches sociales » en application également d'une obligation organique.

*

* *

Articles 19 et 20

Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022

Adopté par la commission sans modification

Les articles 19 et 20 portent approbation du tableau d'équilibre pour l'année à venir respectivement de l'ensemble des régimes obligatoires et du régime général. Ils font état d'un déficit de 22,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires, et de 21,6 milliards pour le régime général, en intégrant dans un cas comme dans l'autre le Fonds de solidarité vieillesse.

Article 21

Approbation de l'annexe C, de l'objectif d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et de mises en réserve au Fonds de solidarité vieillesse

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 permet l'approbation de l'annexe C, qui présente l'état des recettes pour chacune des branches, ainsi que de l'objectif d'amortissement de la dette sociale pour 2022, fixé à 18,3 milliards d'euros, et, enfin, des prévisions de recettes et de mises en réserves du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), nulles les unes comme les autres comme chaque année depuis 2011.

*

* *

Article 22

Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt

Adopté par la commission sans modification

L'article 22 habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2022 et fixe les plafonds de ces encours. Il réduit notamment le plafond pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (65 milliards d'euros contre 95 milliards en 2021) pour tenir compte de l'amélioration significative du déficit en 2022.

*

* *

Article 23

Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)

Adopté par la commission sans modification

L'article 23 fixe la trajectoire financière pour les quatre années à venir. Celle-ci se caractérise par d'importants déficits, qui diminueraient progressivement jusqu'en 2024, avant de rebondir en 2025 pour atteindre un « plateau » de 15,3 milliards d'euros pour les régimes obligatoires de base et le Fonds de solidarité vieillesse.

Article 24

Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à définir les modalités de prise en charge par l'assurance maladie de la télésurveillance dans le droit commun.

Il prévoit la prise en charge des activités de télésurveillance, définies comme étant des activités de surveillance médicale associées à l'utilisation d'un dispositif médical numérique, par le biais d'un forfait. Pour bénéficier de ce forfait, les activités de télésurveillance devront être préalablement évaluées par la Haute Autorité de santé et être inscrites sur une liste créée spécifiquement à cet effet.

Cet article prévoit également la transition entre les expérimentations ETAPES (expérimentations de télémédecine pour l'amélioration des parcours en santé) et la prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun. L'objectif est de ne pas provoquer de rupture de prise en charge de patients.

*

* *

Article 25

Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 25 modifie à la marge plusieurs réformes en cours relatives au financement des établissements de santé.

*

* *

Article 26

Réforme du financement des urgences : honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les structures d'urgence des établissements de santé ex-OQN et report de l'entrée en vigueur du forfait patient urgence au 1^{er} janvier 2022

Adopté par la commission avec modifications

L'article 26 apporte des adaptations à la réforme du financement des urgences issue des lois de financement de la sécurité sociale pour 2020 et 2021.

Ces adaptations concernent à la fois les modalités de rémunération des praticiens libéraux exerçant dans les urgences privées et le forfait de participation du patient aux urgences.

Il prolonge également les expérimentations portant sur les transports sanitaires urgents préhospitaliers.

*
* *

Article 27

Évolution des activités des hôpitaux des armées

Adopté par la commission sans modification

Le présent article étend un certain nombre de dispositifs, aujourd’hui réservés aux établissements de santé, aux hôpitaux des armées.

Il autorise ainsi les hôpitaux des armées à pratiquer certains actes ou à utiliser certains produits très innovants qui font l’objet d’un encadrement spécifique par la Haute Autorité de santé (à l’instar des cellules CAR-T), à mettre en place des hébergements non médicalisés et à pratiquer des greffes dites « exceptionnelles ».

*
* *

Article 28

Isolement et contention

Adopté par la commission sans modification

L’article 28 tire les conséquences de la censure du Conseil constitutionnel du 4 juin 2021 sur le contrôle des mesures d’isolement ou de contention dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. Il instaure ainsi un mécanisme de saisine obligatoire du juge.

*
* *

Article 29

Revalorisations salariales dans le secteur médico-social

Adopté par la commission sans modification

Le présent article transpose au niveau législatif une partie des accords signés avec les partenaires sociaux le 11 février et le 28 mai 2021 à l'issue des travaux de la mission conduite par Michel Laforcade. Ils élargissent le bénéfice du complément de traitement indiciaire (CTI) – 183 euros nets mensuels – mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 à plusieurs nouvelles catégories de professionnels :

– les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique hospitalière exerçant au sein des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) rattachés aux établissements publics de santé (EPS) ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des groupements de coopération sociale et médico-sociale ou de certains groupements d'intérêt public à vocation sanitaire, à compter du mois de juin 2021 ;

– les agents publics titulaires et contractuels de la fonction publique exerçant en tant que personnels soignants, aides médico-psychologiques (AMP), auxiliaires de vie sociale (AVS) et accompagnants éducatifs et sociaux (AES) des établissements et services médico-sociaux non rattachés à un établissement de santé ou à un EHPAD, financés pour tout ou partie par l'assurance maladie, à partir du mois d'octobre 2021. Il s'agit notamment des structures prenant en charge des personnes en situation de handicap.

Le coût de cette mesure est estimé à près de 70 millions d'euros en 2021 et à 140 millions d'euros en année pleine. En ajoutant le versement du CTI aux professions paramédicales des établissements du secteur privé non-lucratif pour personnes handicapées, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ne relevant pas de la branche de l'aide à domicile, etc. à compter de janvier 2022 – cette mesure ne nécessite pas de disposition législative –, l'extension des accords du Ségur au secteur médico-social représente un effort supplémentaire de plus de 500 millions d'euros par an.

*

* *

Article 30

Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie

Adopté par la commission avec modification

Le présent article propose de réformer la tarification et l'organisation des services à domicile intervenant auprès des personnes âgées ou en situation de handicap.

D'une part, il est prévu d'instaurer à compter du 1^{er} janvier 2022 un tarif plancher national, qui sera fixé par arrêté ministériel à 22 euros pour chaque heure d'aide et d'accompagnement à domicile, à la fois pour les services habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale et ceux non habilités. Le coût induit par la mesure pour les départements fera l'objet d'une compensation par la branche autonomie. L'article réforme, à partir du 1^{er} janvier 2023, la tarification des prestations de soins à domicile afin de prendre davantage en compte les besoins en soins des personnes accompagnées et leur degré de perte d'autonomie.

D'autre part, l'article généralise le modèle des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) qui fait l'objet d'une expérimentation jusqu'à la fin de l'année 2021. Il est prévu à cet effet de mettre en place un financement spécifique des agences régionales de santé (ARS) afin de développer les actions de coordination entre les prestations d'aide et de soins. Le financement de cette coordination pourra bénéficier aux services à domicile existants qui seront incités à se rapprocher.

Au plus tard le 30 juin 2025, tous les services à domicile prestataires devront se conformer à un cahier des charges, fixé par décret d'ici le 30 juin 2023, et proposer non seulement des prestations d'aide et d'accompagnement mais aussi des prestations de soins, le cas échéant *via* un tiers (autre service ou professionnel de santé) s'agissant de cette dernière activité. Afin de marquer cette évolution de l'offre domiciliaire, le présent article substitue à la terminologie actuelle (SAAD, SSIAD et SPASAD) celle de « services autonomie à domicile ».

Le coût des présentes mesures pour les finances publiques (sécurité sociale et État) devrait passer de 270 millions d'euros en 2022 à 400 millions d'euros en 2025, dont 260 millions d'euros chaque année au titre du tarif plancher pour l'aide et l'accompagnement à domicile.

*

* *

Article 31

Extension des missions des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

Adopté par la commission avec modification

Tirant les enseignements de plusieurs expérimentations ou initiatives locales, le présent article propose d’inscrire dans le marbre de la loi une nouvelle mission facultative des établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), celle de « centre de ressources territorial ». Les EHPAD pourront ainsi proposer de nouvelles actions visant à :

– appuyer les professionnels du territoire intervenant auprès des personnes âgées en leur proposant des formations, un appui administratif et logistique, une expertise gériatrique, des ressources spécialisées ou de plateaux techniques, etc. ;

– offrir, en collaboration avec les services à domicile, un accompagnement à domicile renforcé au bénéfice des personnes âgées en perte d’autonomie et de leurs aidants.

Le coût de la présente mesure est évalué à 20 millions d’euros en 2022 et progresserait pour atteindre 78 millions d’euros en 2025.

*

* *

Article 32

Création d’un système d’information national pour la gestion de l’allocation personnalisée d’autonomie

Adopté par la commission avec modification

Le présent article prévoit la création d’un système d’information unique au niveau national pour la gestion de l’allocation personnalisée d’autonomie (APA) à domicile, qui aura vocation à remplacer les outils informatiques propres à chaque département à l’horizon 2025. Il sera mis à la disposition des conseils départementaux en 2024 à titre gratuit par la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) dans l’objectif de renforcer l’égalité de traitement entre les personnes âgées partout sur le territoire. Ce système d’information permettra un déploiement simultané des évolutions législatives et réglementaires relatives à l’APA dans les outils de gestion de l’ensemble des départements, une harmonisation des processus de gestion et l’organisation de remontées de données régulières à la CNSA, ce qui contribuera à améliorer le pilotage de l’APA au niveau national.

Les coûts liés au développement et au déploiement de ce système d'information sont estimés à 45 millions d'euros sur la période 2022-2024. Les dépenses de maintenance sont évaluées entre 5 et 10 millions d'euros par an à partir de 2025.

*
* *

Article 33

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Adopté par la commission avec modification

Le présent article contient un certain nombre de dispositions, relativement disparates, mais qui ont toutes pour objectif de rénover la régulation des dépenses de produits de santé.

Il crée un dispositif de prise en charge anticipée adapté aux innovations dans le champ du numérique en santé. Peuvent bénéficier de cette prise en charge dérogatoire pendant un an tant les dispositifs médicaux numériques à visée thérapeutique que les activités de télésurveillance (à savoir les activités médicales ainsi que les dispositifs médicaux numériques associés) qui ne sont pas encore inscrits sur une liste d'actes ou de produits admis au remboursement mais qui sont présumés innovants en termes de bénéfice clinique ou de progrès dans l'organisation des soins.

Cet article modifie également le « forfait innovation » pour offrir plus de visibilité aux industriels quant aux critères de fixation du montant de ce forfait et pour assurer l'accès des patients au dispositif médical innovant une fois la prise en charge dérogatoire terminée.

Cet article prévoit une prise en charge des médicaments innovants préparés ponctuellement, aussi appelés « MTI-PP », dont le coût de fabrication reposait jusqu'alors uniquement sur les établissements de santé.

Il tire les conséquences du transfert à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de la gestion de la liste des médicaments rétrocédables en supprimant le délai de soixante-quinze jours dans lequel le prix de ces médicaments devait être fixé, une fois qu'ils étaient inscrits sur la liste de rétrocession.

Il supprime le coefficient de minoration qui devait s'appliquer à partir du 1^{er} janvier 2022 aux remboursements effectués par l'assurance maladie aux établissements de santé pour leurs achats de certaines maladies onéreuses figurant sur une liste spécifique aux services de soins et de réanimation.

Enfin, il procède à certains ajustements, à la marge, de la réforme de l'accès précoce et de l'accès compassionnel introduite en LFSS 2021.

*

* *

Article 34

Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit deux types de dispositions :

– il vise, d'une part, à mieux encadrer la prise en charge, par l'assurance maladie, de certains médicaments dispensés en association de traitement qui n'ont pas d'autorisation de mise sur le marché ou d'autorisation d'accès précoce ou compassionnel dans l'indication prescrite. Il prévoit explicitement la prise en charge, au titre de la liste en sus, de ces indications tout en instaurant, en contrepartie, une contribution à la charge des exploitants ;

– il vise, d'autre part, à modifier les modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux. Il simplifie la procédure d'inscription sur la liste dite « intra-GHS » et prévoit une inscription par indication sur la liste en sus, comme tel est déjà le cas pour les médicaments.

*

* *

Article 35

Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières

Adopté par la commission sans modification

L'article 35 modifie les règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières, et permet ainsi aux établissements publics de santé de produire des médicaments en cas de rupture de stock ou pour faire face à une menace ou une crise sanitaire grave.

*

* *

Article 36

Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article vise à prévoir l'expérimentation, pendant quatre ans, d'un dispositif de prise en charge dérogatoire de certains médicaments utilisés en établissement de santé qui disposent d'une autorisation de mise sur le marché, dès lors que la HAS aura estimé leur niveau de service médical rendu (SMR) et leur niveau d'amélioration du service médical rendu (ASMR), sans attendre la négociation du prix avec le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Cet article prévoit une régulation financière fine du dispositif, laquelle s'appuiera notamment sur le versement de remises par les entreprises exploitant les médicaments bénéficiant de la prise en charge dérogatoire.

*

* *

Article 37

Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence

Adopté par la commission avec modifications

L'article rétablit la possibilité pour les pharmaciens d'officine de substituer des médicaments biosimilaires à des médicaments biologiques de référence, laquelle avait été ouverte par la LFSS 2014 avant d'être supprimée par la LFSS 2020.

Le dispositif diffère néanmoins de celui voté en LFSS 2014 en ce qu'il prévoit que seuls certains groupes biologiques seront concernés par la possibilité de substitution, et ce dans des conditions et des modalités précises, définies par arrêté pour chaque groupe biologique concerné.

*

* *

Article 38

Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit de manière claire et explicite que la tarification des médicaments et des dispositifs médicaux peut tenir compte de la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production.

*

* *

Article 39

Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine

Adopté par la commission sans modification

L'article 39 permet d'imposer une pénalité financière aux pharmaciens d'officine ne respectant pas l'obligation européenne de sérialisation.

*

* *

Article 40

Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct

Adopté par la commission avec modification

Le présent article autorise les orthoptistes à réaliser un certain nombre d'actes sans prescription médicale et sans être placés sous la responsabilité d'un médecin. Ces actes recouvrent :

– la réalisation d'un bilan visuel et la prescription de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire, dans des conditions qui seront précisées par un décret en Conseil d'État ;

– les dépistages de l'amblyopie et des troubles de la réfraction chez l'enfant, dans des conditions qui seront précisées par un décret.

*

* *

Article 41

Renvoi aux négociations conventionnelles des modalités de prise en charge des renouvellements de prescriptions effectuées par les masseurs-kinésithérapeutes

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit que les négociations conventionnelles fixent les modalités de prise en charge, par l'assurance maladie, des actes qui résultent des renouvellements de prescriptions médicales de moins d'un an effectués par les masseurs-kinésithérapeutes.

*

* *

Article 42

Généralisation d'expérimentations en santé

Adopté par la commission sans modification

L'article 42 ancre dans le droit commun deux expérimentations en cours :

– l'expérimentation « Mission : retrouve ton cap » visant à prévenir l'obésité des enfants ;

– l'expérimentation « Au Labo Sans Ordo » afin d'améliorer le dépistage du VIH.

*

* *

Article 43

Prolongation de l'expérimentation haltes soins addictions

Adopté par la commission sans modification

L'article 43 prolonge et modifie l'expérimentation relative aux salles de consommation à moindre risque, rebaptisées « haltes soins addictions ».

*

* *

Article 44

Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées majeures jusqu'à 25 ans

Adopté par la commission avec modification

Le présent article propose la prise en charge en tiers payant de l'ensemble des frais liés à la contraception pour les femmes de moins de 26 ans – consultations de prescription ou de suivi, prescription d'un contraceptif, actes de biologie, de pose ou de retrait d'un contraceptif –, alors que cette gratuité était jusqu'alors réservée aux mineures.

*

* *

Article 45

Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

Adopté par la commission sans modification

L'article 45 introduit plusieurs mesures relatives au recours à la complémentaire santé solidaire, et visant plus généralement à améliorer l'accès aux soins.

En ce qui concerne la complémentaire santé solidaire :

– il prévoit l'attribution automatique de la complémentaire santé solidaire aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf option contraire de leur part, et la facilitation de son attribution pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ;

– il autorise l'interruption en cours d'année d'un contrat de complémentaire santé solidaire ;

– il simplifie les circuits de financement de la complémentaire santé solidaire ;

– il précise les règles relatives aux contentieux liés à ce dispositif.

Deux autres mesures sont également proposées :

– la simplification de la prise en charge des frais de santé des enfants nés en détention et restant auprès de leurs mères écrouées ;

– la possibilité pour les caisses du régime agricole de faire bénéficier à leurs assurés en situation de grande précarité d’une remise sur leurs indus.

*

* *

Article 46

Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l’assurance maladie en cas de risque sanitaire grave

Adopté par la commission sans modification

Le présent article adapte et prolonge le dispositif dit de « prise en charge exceptionnelle » permettant au Gouvernement de mettre en place, par décret, des règles de prise en charge renforcée, dérogoires aux règles de droit commun, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel.

Il permet à l’ensemble des agents employés par des employeurs publics et parapublics de bénéficier des dérogations prévues par décret en matière de versement des prestations en espèces.

Il prolonge jusqu’à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2022 les mesures dérogoires prises par décret en 2021 sur le fondement du dispositif de prise en charge exceptionnelle.

Dans le cas où des modifications substantielles des mesures dérogoires prises en 2021 venaient à être nécessaires, cet article habilite le Gouvernement à les prendre par voie d’ordonnance.

*

* *

Article 47

Modernisation de la délivrance des prestations en espèces des travailleurs indépendants afin de tenir compte des enseignements de la crise sanitaire

Adopté par la commission sans modification

L’article 47 contient plusieurs mesures relatives aux prestations en espèces dont peuvent bénéficier les travailleurs indépendants.

*

* *

Article 48

Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles

Adopté par la commission sans modification

L'article 48 contient plusieurs mesures relatives au régime agricole.

La première série de mesures transpose au régime agricole l'article 28 de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, qui donne une base légale aux « essais encadrés » et au « contrat de rééducation professionnelle ».

La seconde série de mesures vise à aligner le régime des non-salariés agricoles sur le droit commun des travailleurs indépendants ou des salariés agricoles en matière d'indemnités journalières, plus favorable.

*

* *

Article 49

Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit la mise en place d'un dispositif d'intermédiation financière d'application immédiate, sauf opposition des parents, pour le versement des pensions alimentaires.

Dans la lignée de l'article 72 de la LFSS 2020, le dispositif proposé ici vise à prévenir les impayés de pensions alimentaires, en prévoyant, dès la conclusion d'un titre exécutoire fixant le montant et les modalités de versement de la pension alimentaire, la mise en place d'une intermédiation assurée par l'organisme débiteur des prestations familiales (ODPF), à savoir les caisses d'allocation familiales (CAF) et de mutualité sociale agricole (MSA).

L'intermédiation ne peut être mise en œuvre en cas d'opposition des deux parents ou si ceux-ci manifestent, à tout moment, leur volonté d'y mettre fin.

L'article met également en place une nouvelle peine pour les actes destinés à faire échec volontairement à la mise en place de l'intermédiation.

*

* *

Article 50

Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

Adopté par la commission sans modification

L'article 50 vise à améliorer l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides. Pour ce faire, il étend le périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux antiparasitaires vétérinaires, lesquels présentent des effets sur la santé qui sont analogues à ceux des pesticides.

Il assouplit et prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 le dispositif de rattrapage prévu par la LFSS 2020, permettant aux assurés de déposer des demandes d'indemnisation dans des délais dérogatoires au droit commun.

Enfin, il prévoit que les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles présentées par les salariés du secteur agricole en outre-mer, lesquels dépendent du régime général, pourront désormais être instruites sur la base des tableaux du régime agricole, lorsque ces derniers sont plus appropriés aux travaux exercés.

*

* *

Article 51

Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à permettre aux travailleurs indépendants non agricoles (artisans, commerçants, professions libérales, micro-entrepreneurs, artistes-auteurs) affectés par les fermetures administratives depuis le début de la crise sanitaire de valider, en 2020 et en 2021, un nombre de trimestres équivalent à la moyenne des trimestres validés sur les années 2017, 2018 et 2019. Le coût de cette mesure est estimé à plus de 90 millions d'euros.

*

* *

Article 52

Rachat de trimestres de base pour certaines professions indépendantes non affiliées et les travailleurs indépendants à Mayotte

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à permettre à certains travailleurs indépendants qui n'ont pas pu ouvrir de droits à la retraite de racheter des trimestres de retraite de base. Il s'agit des travailleurs indépendants dont l'activité n'était pas reconnue (ostéopathes, chiropracteurs, naturopathes, etc.) ainsi que ceux exerçant ou ayant exercé à Mayotte depuis 2012. Le premier dispositif serait neutre pour les comptes de la branche vieillesse tandis que le rachat de trimestres par les travailleurs indépendants de Mayotte pourrait coûter entre 21,6 et 28,8 millions d'euros en fonction du nombre de trimestres rachetés par an.

*

* *

Article 53

Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait et à certains travailleurs non-salariés

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à ouvrir le dispositif de retraite progressive aux salariés bénéficiaires d'une convention de forfait ainsi qu'aux travailleurs non-salariés relevant des régimes de salariés, dont les mandataires sociaux.

*

* *

Article 54

Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe, pour 2022, la dotation des branches maladie et autonomie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,1 milliard d'euros et 90 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 168,3 millions d'euros et la dotation de l'assurance

maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 135 millions d'euros.

*

* *

Article 55

Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 229,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et à 228,1 milliards d'euros pour le régime général de la sécurité sociale.

*

* *

Article 56

Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et sous-ONDAM 2022

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 236,3 milliards d'euros pour 2022, en diminution de 0,6 % par rapport à 2021 (et en augmentation de 3,8 % hors crise sanitaire), et précise sa déclinaison en sous-objectifs.

*

* *

Article 57

Dotation au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, transfert au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les montants, pour l'année 2022, des contributions de la branche AT-MP du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité.

*

* *

Article 58

Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2022, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 14,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base et 12,7 milliards d'euros pour le seul régime général.

*

* *

Article 59

Objectifs de dépenses de la branche vieillesse

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2022, tel qu'il résulte des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 256,6 milliards d'euros en 2022, en hausse de 2 %. La

branche vieillesse du régime général voit son objectif de dépenses fixé à 147,8 milliards d’euros.

*
* *

Article 60

Objectifs de dépenses de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 49,7 milliards d’euros.

*
* *

Article 61

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe à 34,2 milliards d’euros l’objectif de dépenses de la nouvelle branche dédiée au soutien à l’autonomie, un chiffre en hausse de 6,2 % par rapport à 2021 pour permettre le financement de nouvelles mesures pour les établissements et services médico-sociaux.

*
* *

Article 62

**Prévision des charges des organismes concourant
au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)**

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l’espèce, depuis 2009, du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s’élever à 19,5 milliards d’euros en 2022, en baisse de 100 millions d’euros par rapport à l’objectif rectifié pour 2021 figurant dans le présent PLFSS.

II. PRINCIPAUX AMENDEMENTS ADOPTÉS PAR LA COMMISSION

La commission des affaires sociales a adopté trente-trois amendements au projet de loi, dont les principaux sont présentés ci-après.

• À l’initiative du rapporteur général, la commission a adopté :

– après l’article 13, deux amendements visant à faciliter les démarches déclaratives des artistes-auteurs auprès de l’URSSAF. Le premier amendement prévoit que, lorsque les revenus de l’artiste-auteur, qu’il cumule éventuellement avec d’autres revenus, dépassent le montant du plafond annuel de sécurité sociale, il peut être remboursé du « trop-perçu » par l’URSSAF dans un délai de quatre mois. Le second amendement prévoit que, à compter du 1^{er} janvier 2023, les artistes-auteurs puissent bénéficier de la délivrance automatique du précompte, afin qu’ils n’aient plus à le solliciter auprès du diffuseur en cas de besoin ;

– à l’article 26, un amendement permettant d’aligner la date d’entrée en vigueur des nouveaux cas d’exonération du forfait patient aux urgences prévus par cet article avec la date d’application effective de ce dernier ;

– à l’article 33, un amendement permettant de plafonner le prix d’achat d’une spécialité pharmaceutique qui a bénéficié d’une autorisation d’accès précoce, et ce pendant la période de continuité de traitement où cette spécialité ne fait plus l’objet d’une prise en charge. Cet amendement vise à garantir une continuité de traitement effective ;

– à l’article 36, un amendement modifiant le mécanisme de calcul des remises que les laboratoires doivent verser au Comité économique des produits de santé (CEPS) dans le cadre du nouveau dispositif de prise en charge des médicaments par l’assurance maladie directement après la publication de l’avis de la Haute Autorité de santé (HAS). Cet amendement prévoit de recourir, dans le cadre de l’accès direct, au même mécanisme de calcul de remises que pour l’accès précoce, à savoir l’application d’un barème progressif par tranche de chiffre d’affaires fixé par arrêté ;

– à l’article 36, un amendement plafonnant, pendant la période de continuité de traitement, le prix d’achat des spécialités pharmaceutiques pour lesquelles la prise en charge au titre de l’accès direct a pris fin sans que soit mis en place un remboursement de droit commun ;

– à l’article 40, un amendement encadrant la possibilité ouverte, par le projet de loi, d’une primo-prescription par les orthoptistes. L’amendement ne supprime pas l’accès direct aux orthoptistes mais précise que ces derniers ne pourront renouveler et adapter des prescriptions de verres correcteurs ou de lentilles de contact oculaire qu’à la condition qu’un bilan visuel ait été réalisé préalablement par un médecin ophtalmologiste selon des conditions fixées par décret. Cet amendement vise à éviter

des renouvellements itératifs de prescriptions sur une trop longue période sans que ne soit réalisé un bilan visuel par un ophtalmologiste ;

– après l'article 47, un amendement permettant que l'ouverture des droits des artistes-auteurs puisse prendre en compte la nature particulière et la forte variabilité de leurs revenus. En particulier, cet amendement permet au pouvoir réglementaire d'abaisser le seuil d'ouverture des droits à des indemnités journalières « maladie » et « maternité/paternité » aux artistes-auteurs qui ont des revenus supérieurs à 600 SMIC horaires, contre 900 SMIC horaires aujourd'hui ;

– après l'article 52, un amendement visant à orienter l'action sociale des caisses en charge des régimes d'artistes-auteurs, à savoir l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (AGESSA) et la Maison des artistes (MDA), vers l'aide au rachat des cotisations prescrites d'assurance vieillesse. Cet amendement vise à accompagner les artistes-auteurs qui n'ont pas pu cotiser pendant plusieurs années auprès de leurs caisses de verser *a posteriori* leur cotisation afin de bénéficier d'une revalorisation du montant de leurs pensions.

● À l'initiative du rapporteur général ainsi que de M. Fabien Matras et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, la commission a adopté, après l'article 12, un amendement visant à supprimer la « surcotisation » sur la part salariale des cotisations payées par les sapeurs-pompiers professionnels, afin d'augmenter le pouvoir d'achat de ces professionnels, souvent « en première ligne » dans la crise sanitaire, de 50 euros par mois.

● À l'initiative de la rapporteure pour la famille, la commission a adopté, après l'article 49, un amendement visant à créer un droit à l'information pour l'ensemble des allocataires de la branche famille. Ce droit à l'information se décline notamment par l'information des allocataires concernant l'ensemble de leurs droits dès lors qu'ils sollicitent l'organisme débiteur des prestations familiales, mais aussi une information renforcée des futurs parents, lorsqu'ils envoient une déclaration de grossesse aux organismes débiteurs des prestations familiales, quant aux congés auxquels ils peuvent prétendre et les conséquences de ces derniers sur la validation de leurs droits à l'assurance vieillesse.

● À l'initiative d'autres députés, avec l'avis favorable du rapporteur général ou des rapporteurs thématiques, la commission a adopté :

– à l'article 30, un amendement de Mme Monique Iborra et ses collègues du groupe La République en Marche prévoyant la remise d'un rapport au Parlement, avant le 1^{er} janvier 2024, dressant un bilan de la mise en place du tarif plancher national au titre des heures d'aide et d'accompagnement à domicile ;

– à l'article 31, deux amendements de Mme Monique Iborra et ses collègues du groupe La République en Marche. Ils précisent que le développement des EHPAD centres de ressources territoriaux doit se faire de manière équitable entre les

départements et que ces structures proposent des actions en lien avec d'autres professionnels du territoire « *en charge du parcours gériatrique des personnes âgées* » ;

– à l'article 37, deux amendements de Mme Annie Vidal et ses collègues du groupe La République en Marche portant sur la substitution de médicaments biosimilaires en officine. Le premier prévoit une information systématique du patient par le pharmacien lors de la délivrance du médicament biosimilaire. Le second précise que l'exclusion, par le prescripteur, de la possibilité de substitution en officine doit se faire pour des raisons tenant à la situation médicale du patient ;

– après l'article 41, un amendement de Mme Fadila Khattabi (groupe La République en Marche), présidente de la commission des affaires sociales, visant à lutter beaucoup plus efficacement contre les dérives observées dans certains centres de santé, notamment dentaires, et à mieux indemniser les personnes victimes de ces pratiques déviantes. Cet amendement met fin au conventionnement d'office des centres de santé, réserve le bénéfice de la subvention dite « Teulade » aux seuls centres conventionnés et prévoit l'application de tarifs d'autorité aux centres non conventionnés ou déconventionnés à la suite d'une sanction. Il renforce également les moyens de sanction à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé, en lui donnant la possibilité de prononcer, à l'encontre des centres déviants, une amende administrative d'un montant maximal de 150 000 euros assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour. Afin d'assurer une continuité de traitement pour les victimes de préjudices résultant des pratiques déviantes dénoncées, cet amendement prévoit que les recettes de ces sanctions seront affectées à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

– après l'article 41, un amendement de Mme Stéphanie Rist et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche visant à permettre, à titre expérimental, aux médecins généralistes d'accéder à titre gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale » au sein de leur espace numérique ;

– après l'article 41, un amendement de Mme Stéphanie Rist et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche permettant d'expérimenter pendant trois ans et dans six départements l'accès direct pour les patients aux soins de kinésithérapie lorsque le masseur-kinésithérapeute exerce dans une structure de soins coordonnés ;

– après l'article 41, un amendement de Mme Stéphanie Rist et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche permettant d'expérimenter pendant trois ans et dans six départements l'accès direct pour les patients aux soins pratiqués par les orthophonistes lorsque ces derniers exercent dans une structure de soins coordonnés ;

– après l'article 45, un amendement de Mme Agnès Firmin Le Bodo et plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble précisant les modalités d'application techniques du tiers-payant dans le champ du panier « 100 % Santé ».

● Après un avis de sagesse du rapporteur général ou des rapporteurs thématiques, la commission a adopté :

– à l'article 26, un amendement de Mme Jeanine Dubié (groupe Libertés et Territoires), M. Thibault Bazin (groupe Les Républicains) et Mme Michèle de Vaucouleurs (groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés) précisant les données devant faire l'objet d'une évaluation dans le cadre de l'expérimentation de nouveaux modes de financement du transport sanitaire urgent prévue à l'article 66 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

– à l'article 31, un amendement de Mme Annie Vidal et de plusieurs de ses collègues précisant que les EHPAD centres de ressources territoriaux améliorent la cohérence du parcours de santé et « *du parcours vaccinal* » des personnes âgées accompagnées ;

– à l'article 44, un amendement de M. Raphaël Gérard et ses collègues du groupe La République en Marche prévoyant la remise au Parlement d'un rapport sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine ;

– après l'article 44, un amendement de Mme Annie Chapelier et plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble prévoyant, à titre expérimental, que la première consultation dans le cadre d'une demande de stérilisation puisse se faire auprès d'une sage-femme.

● Contre l'avis du rapporteur ou des rapporteurs thématiques, la commission a adopté :

– à l'article 5, un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et ses collègues du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés visant à demander à ce que le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel relatif au versement de la dotation pour compenser les charges liées à des « investissements structurants », comprenant la liste des établissements bénéficiaires ;

– à l'article 32, un amendement de Mme Jeanine Dubié visant à intégrer la prestation de compensation du handicap (PCH) dans le système d'information qui sera mis à disposition des départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA) ;

– après l'article 42, un amendement de M. Thierry Michels et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche prévoyant une expérimentation relative au financement des transports bariatriques.