

N° 4701

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 novembre 2021.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES, EN NOUVELLE LECTURE, SUR LE PROJET DE LOI, MODIFIÉ PAR LE SÉNAT, *de financement de la sécurité sociale pour 2022*,

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

Voir les numéros :

<i>Assemblée nationale</i> : 1 ^{ère} lecture :	4523, 4568, 4572 et T.A. 683 .
Commission mixte paritaire :	4687
Nouvelle lecture :	4685
<i>Sénat</i> : 1 ^{ère} lecture :	118, 122, 130 et T.A. 34 (2021-2022).
Commission mixte paritaire :	154 et 155 (2021-2022).

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	9
COMMENTAIRE DES ARTICLES	13
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021	13
<i>Article 3</i> : Affiliation du personnel vaccinant et règles de cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire.....	13
<i>Article 4 bis (nouveau)</i> : Doublement de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie pour 2021.....	14
<i>Article 4 ter (nouveau)</i> : Compensation du transfert de l'Agence nationale de santé publique à la branche maladie	15
<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	17
<i>Article 7</i> : Rectification des tableaux d'équilibre pour 2021.....	21
<i>Article 8</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM.....	23
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022	25
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	25
Chapitre I ^{er} – Poursuivre les actions de simplification et d'équité du prélèvement.....	25
<i>Article 10</i> : Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale.....	25
<i>Article 11</i> : Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne.....	27
<i>Article 11 bis A (nouveau)</i> : Exonération de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale des revenus du patrimoine des non-résidents.....	29
<i>Article 11 bis B (nouveau)</i> : Contribution sur les revenus des capitaux pour financer la branche autonomie	30

<i>Article 11 bis</i> : Transmission des taux de contribution sociale généralisée par le Centre national de transmission des données fiscales aux organismes de prévoyance complémentaire.....	31
<i>Article 12 bis A (nouveau)</i> : Extension des garanties complémentaires au risque de perte d'autonomie chez un proche.....	32
<i>Article 12 bis B (nouveau)</i> : Encadrement du remboursement différencié dans le cadre du contrat solidaire et responsable.....	34
<i>Article 12 bis C (nouveau)</i> : Pérennisation du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi	37
<i>Article 12 bis D (nouveau)</i> : Extension d'exonérations de cotisations patronales sur les aides à domicile aux établissements publics de coopération intercommunale	40
<i>Article 12 bis E (nouveau)</i> : Instauration de zones franches médicales dans les territoires déficitaires en offre médicale.....	41
<i>Article 12 quater (nouveau)</i> : Notification aux professionnels de santé de la possibilité de se faire assister en cas de procédure de recouvrement d'indu	42
<i>Article 12 quinquies (nouveau)</i> : Encadrement de la procédure d'obtention d'une attestation de vigilance	43
Chapitre II – Améliorer les droits sociaux des travailleurs indépendants	44
<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 13 bis A (nouveau)</i> : Option de calcul des cotisations des exploitants agricoles sur l'année en cours	45
<i>Article 13 ter</i> : Remboursement du « trop-perçu » de cotisations aux artistes-auteurs	46
<i>Article 13 quater</i> : Remboursement des cotisations versées en excès par les artistes-auteurs ..	47
<i>Article 14</i> : Réforme du régime social du conjoint collaborateur.....	49
<i>Article 14 bis</i> : Limitation dans le temps du bénéfice du statut de conjoint collaborateur dans le secteur agricole.....	52
Chapitre IV – Harmoniser les règles relatives aux contributions pharmaceutiques ...	53
<i>Article 16</i> : Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé	53
<i>Article 16 bis A (nouveau)</i> : Exonération de l'ensemble des médicaments dérivés du sang de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.....	56
<i>Article 16 bis</i> : Amende en cas de récidive du non-respect de ses obligations de service public par le grossiste-répartiteur.....	57
<i>Article 16 ter</i> : Moyens et missions des comités de protection des personnes	60
<i>Article 16 quater (nouveau)</i> : Création d'une taxe sur la publicité en faveur des jeux d'argent et de hasard dont le produit est affecté à l'assurance maladie	62
<i>Article 16 quinquies (nouveau)</i> : Extension au tabac à chauffer de la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés.....	64

TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	66
<i>Article 17</i> : Transferts financiers entre branche de la sécurité sociale	66
<i>Articles 19 et 20</i> : Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires, du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022	68
<i>Article 23</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	69
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022	73
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	73
Chapitre I ^{er} – Poursuivre la transformation du système de santé	73
<i>Article 24</i> : Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun	73
<i>Article 25</i> : Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé	75
<i>Article 27</i> : Évolution des activités des hôpitaux des armées	77
<i>Article 27 bis (nouveau)</i> : Prise en compte de la lutte contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité	78
<i>Article 27 ter (nouveau)</i> : Date de publication des indicateurs relatifs au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile	79
<i>Article 28</i> : Isolement et contention	80
Chapitre II – Renforcer la politique de soutien à la perte d'autonomie	81
<i>Article 29</i> : Revalorisations salariales dans le secteur médico-social	81
<i>Article 29 bis (nouveau)</i> : Extension des revalorisations du Ségur de la santé aux soignants travaillant dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées financés par les départements	83
<i>Article 30</i> : Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie	85
<i>Article 30 bis A (nouveau)</i> : Suppression du plafond de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des dépenses induites pour les départements par l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile	87
<i>Article 30 bis B (nouveau)</i> : Rapport sur le financement des soins infirmiers et la collaboration entre infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile	88
<i>Article 30 bis</i> : Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile	89
<i>Article 31</i> : Nouvelles missions pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	90
<i>Article 31 bis A (nouveau)</i> : Elargir l'accès aux pôles d'activité et de soins adaptés des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	91
<i>Article 32 bis</i> : Extension des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'audit et à l'évaluation	92
<i>Article 32 quater</i> : Obligation d'accréditation pour les organismes procédant à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux	93

<i>Article 32</i> quinquies : Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap.....	94
<i>Article 32</i> sexies A (<i>nouveau</i>) : Garantir la liberté de choix des dispositifs médicaux d'aide à la mobilité dans le cadre du référencement sélectif	95
<i>Article 32</i> sexies : Revalorisation et extension de l'allocation journalière de proche aidant et de l'allocation journalière de présence parentale	96
<i>Article 32</i> octies : Rapport sur la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale.....	98
<i>Article 32</i> nonies : Rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie ..	99
Chapitre III – Rénover la régulation des dépenses de produits de santé.....	100
<i>Article 33</i> : Rénover la régulation des dépenses de produits de santé	100
<i>Article 34</i> : Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux.....	103
<i>Article 34</i> bis : Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux	105
<i>Article 35</i> : Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières	106
<i>Article 36</i> : Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé.....	108
<i>Article 36</i> bis : Rapport visant à présenter l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement	111
<i>Article 37</i> : Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence	112
<i>Article 38</i> : Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé.....	113
<i>Article 38</i> bis A (<i>nouveau</i>) : Encadrement des déclarations de prix faites au Comité économique des produits de santé.....	115
Chapitre IV – Renforcer l'accès aux soins et les actions de prévention en santé	116
<i>Article 40</i> : Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct	116
<i>Article 41</i> bis A (<i>nouveau</i>) : Conventionnement des médecins conditionné à un exercice, pendant six mois, en zone sous-dense	117
<i>Article 41</i> bis : Régulation des centres de santé	119
<i>Article 41</i> ter : Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires de centres de santé.....	121
<i>Article 41</i> quinquies : Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes	124
<i>Article 41</i> sexies : Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes	126
<i>Article 41</i> septies : Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale ».....	128
<i>Article 41</i> octies : Expérimentation de la primo-prescription par les infirmiers exerçant en pratique avancée pour des prescriptions médicales obligatoires	129
<i>Article 42</i> : Généralisation d'expérimentations en santé.....	130

<i>Article 42 bis A (nouveau)</i> : Extension de dérogations facilitant la dispensation de traitements chroniques par les pharmaciens	132
<i>Article 42 bis B (nouveau)</i> : Financement forfaitaire de la radiothérapie	133
<i>Article 42 bis</i> : Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations d'accompagnement psychologique	134
<i>Article 42 ter A (nouveau)</i> : Précision relative au parcours post-cancer	137
<i>Article 42 quater</i> : Expérimentation d'un financement du transport bariatrique	138
<i>Article 42 quinquies</i> : Rapport évaluant la mise en œuvre de soins après le traitement d'un cancer	140
<i>Article 43</i> : Prolongation de l'expérimentation halte soins addictions	141
<i>Article 43 bis (nouveau)</i> : Extension du périmètre d'intervention du fonds de lutte contre les addictions.....	142
<i>Article 44</i> : Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées jusqu'à 25 ans.....	143
<i>Article 44 ter</i> : Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes.....	144
<i>Article 44 quater</i> : Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme	146
<i>Article 45</i> : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire	147
<i>Article 45 bis A (nouveau)</i> : Extension de l'âge de rattachement des étudiants ayants-droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle	150
<i>Article 45 bis</i> : Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100% santé.....	151
<i>Article 45 ter</i> : Information systématique des bénéficiaires du revenu de solidarité active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé	152
<i>Article 45 quater</i> : Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger ..	153
Chapitre V – Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale	155
<i>Article 46</i> : Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave	155
<i>Article 46 bis</i> : Possibilité pour l'Agence nationale de santé publique de céder des biens à titre gratuit	157
<i>Article 46 ter</i> : Information des patients et transmission de données personnelles aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale	158
<i>Article 47</i> : Modernisation de la délivrance des prestations en espèces pour tenir compte des enseignements de la crise sanitaire	161
<i>Article 48</i> : Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles	163
<i>Article 48 bis</i> : Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État	165
<i>Article 49</i> : Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires.....	166

<i>Article 49 ter</i> : Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire.....	168
<i>Article 50</i> : Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides	169
<i>Article 50 bis</i> : Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes	170
<i>Article 50 ter</i> : Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs des plateformes	172
<i>Article 52 bis</i> : Aide sociale aux artistes-auteurs	173
<i>Article 53</i> : Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux	174
TITRE II – DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE	176
<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.....	176
<i>Article 54 bis</i> : Rapport sur le Fonds d'intervention régional	177
<i>Article 56 bis</i> : Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2022	178
<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	180
<i>Article 58 bis (nouveau)</i> : Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse	182
<i>Article 61</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie	184
<i>Article 62</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)	185
COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION	187
ANNEXE : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	239

AVANT-PROPOS

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture le 26 octobre 2021. Alors que le projet initial comptait soixante-dix articles, le texte transmis au Sénat en comptait cent dix-sept, cinquante-cinq articles additionnels ayant été adoptés.

Le Sénat a adopté trente-huit articles du projet de loi dans les mêmes termes que l'Assemblée nationale et a ajouté trente articles additionnels. Il a par ailleurs supprimé dix-huit articles, et en a modifié cinquante-sept autres.

Le tableau suivant détaille les articles adoptés conformes par le Sénat ⁽¹⁾.

ARTICLES ADOPTÉS CONFORMES PAR LE SÉNAT

Numéros articles	Intitulés articles
PREMIÈRE PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2020	
1^{er}	Approbation des tableaux d'équilibre 2020
2	Approbation du rapport annexé sur les excédents ou les déficits de l'exercice 2020 et le tableau patrimonial (annexe A)
DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021	
3 bis	Extension du dispositif exceptionnel d'accompagnement économique des médecins conventionnés
4	Allègement de la taxe sur la vente en gros des spécialités pharmaceutiques
5 bis	Entrée en vigueur des mesures de financement des dispositifs d'équipes mobiles pluridisciplinaires au 1 ^{er} septembre 2021
6	Transferts financiers ente branches de sécurité sociale en 2021
9	Rectification de la dotation FMESPP (FMIS)
TROISIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER POUR L'EXERCICE 2022	
TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	
11 ter	Prolongation des dispositions relatives aux indemnités complémentaires aux indemnités légales d'activité partielle
12	Harmonisation du régime fiscal et social des contributions des employeurs publics à la protection sociale complémentaire

⁽¹⁾ Ces articles ne sont plus en discussion et ne sont donc pas commentés dans le cadre du présent rapport. On pourra toutefois, au-delà du tableau qui les énumère, retrouver davantage d'informations sur leur contenu dans le rapport de première lecture de la commission des affaires sociales du Sénat, disponible ici : <https://www.senat.fr/rap/l21-130-2/l21-130-21.pdf>.

Numéros articles	Intitulés articles
12 bis	Suppression de la « surcotisation » sur la part salariale des cotisations payées par les sapeurs-pompiers professionnels
12 ter	Prolongation des dispositions relatives à l'imputation du montant d'aide au paiement sur les cotisations et contributions sociales pour les employeurs de TPE et PME
13 bis	Suppression de la majoration appliquée par les caisses de MSA sur le dispositif prévu à l'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime
13 quinquies	Application de la déclaration sociale nominative à Mayotte
15	Modification du droit de communication bancaire pour optimiser les investigations
TITRE II CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	
18	Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe V
21	Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites et du Fonds de solidarité vieillesse
22	Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes
QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2022	
TITRE I – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	
26	Ajustement du financement de la réforme des urgences
31 bis	Expérimentation d'une plateforme d'appui gériatrique aux établissements et services sanitaires et médico-sociaux ainsi qu'aux professionnels de santé libéraux apportant des soins ou un accompagnement aux personnes âgées
32	Création d'un système d'information national pour la gestion de l'allocation personnalisée à l'autonomie (APA)
32 ter	Mise en œuvre du remboursement entre institutions prévu par le droit européen pour les sommes versées au titre de l'APA et de la PCH
32 septies	Prolongation de l'expérimentation visant à relayer le proche aidant d'une personne en perte d'autonomie par l'intervention continue d'un professionnel unique
38 bis	Expérimentation de la prise en charge de substituts nicotiques délivrés par les pharmaciens sans ordonnance
39	Mise en conformité avec l'obligation de sérialisation pour les pharmacies d'officine
41	Modalités de prescription des masseurs-kinésithérapeutes
41 quater	Report de la finalisation du référentiel des bonnes pratiques professionnelles et de l'obligation de certification des entreprises (article 80 de la LFSS 2021)
42 ter	Généralisation d'expérimentations en santé et dispositions dérogatoires relatives aux produits de santé
44 bis	Création d'un entretien post-natal précoce obligatoire
47 bis	Prise en compte des spécificités des revenus affiliés pour les artistes-auteurs
49 bis	Instauration du droit à l'information des allocataires des prestations familiales
49 quater	Report de l'entrée en vigueur du tiers-payant pour les parents bénéficiant du complément de mode de garde
51	Sécurisation des droits à retraite de base des travailleurs indépendants non agricoles affectés par les fermetures administratives
52	Rachat de trimestres de retraite de base pour les travailleurs indépendants

Numéros articles	Intitulés articles
TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	
55	Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès
56	ONDAM et sous-ONDAM
58	Objectif de dépense de la branche accidents du travail – maladies professionnelles
59	Objectif de dépense de la branche vieillesse
60	Objectif de dépense de la branche famille

Source : commission des affaires sociales.

Après l'échec de la commission mixte paritaire, réunie le 16 novembre dernier, il revient à l'Assemblée nationale d'examiner, en nouvelle lecture, les cent neuf articles restant en discussion.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3

Affiliation du personnel vaccinant et règles de cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

- L'article 3 prévoit :

– d'une part, l'affiliation au régime général du personnel vaccinant qui n'était pas déjà affilié à un régime de non-salariés ;

– d'autre part, la possibilité de cumuler intégralement revenus d'activité et pension de retraite pour les professionnels de santé ayant repris une activité entre octobre 2020 et décembre 2021.

- L'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant trois amendements rédactionnels ou de précision du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté deux amendements de précision à l'initiative de sa rapporteure générale avec avis favorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 4 bis (nouveau)

Doublement de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie pour 2021

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Cet article résulte d'un amendement de la rapporteure générale, adopté par la commission des affaires sociales, puis en séance publique avec avis défavorable du Gouvernement.

Comme l'année passée, le Sénat propose ainsi de doubler la contribution des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) pour l'année 2021. Une contribution exceptionnelle sur les organismes complémentaires avait en effet été instituée en 2021 au titre du remboursement de la part prise par l'assurance maladie face à la crise sanitaire.

Cette contribution, fixée à un taux de 2,6 % pour l'année 2020 et à un taux de 1,3 % pour l'année 2021, devait générer un produit de 1,5 milliard d'euros, sur les deux exercices. Ces taux avaient été choisis de façon à anticiper le rattrapage des soins dans les domaines couverts par les organismes complémentaires (dentaire, optique, audiologie) mais aussi de telle sorte que les organismes n'aient pas à augmenter les primes de leurs cotisants pour faire face à cette contribution exceptionnelle.

Cette position équilibrée a abouti à un produit de 971 millions d'euros au titre de l'année 2020 ⁽¹⁾, tandis que la prévision demeure de 500 millions d'euros pour l'année 2021.

Le doublement de la contribution pour 2021 proposée par le présent article aurait pour effet d'augmenter cette contribution à hauteur de 500 millions d'euros supplémentaires.

2. La position de la commission

● Ainsi qu'il a pu l'indiquer en séance publique, le rapporteur général n'est pas favorable à cet effort supplémentaire qui ne prend pas en compte la dynamique actuelle de rattrapage des soins.

(1) Bilan des relations financières entre l'État et la protection sociale, annexe au projet de loi de finances pour 2022.

Il estime en outre qu'une telle augmentation de la contribution exceptionnelle bouleverserait l'équilibre trouvé au sein de la loi de financement pour 2021 et se traduirait naturellement par une augmentation des primes pesant sur plusieurs millions de Français, affiliés à ces organismes complémentaires.

Pour des raisons de facilité d'accès aux prestations remboursées par les OCAM comme pour des raisons de maintien des équilibres d'un secteur économique qui doit faire actuellement face à de nombreux défis, le rapporteur général propose la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général et de M. Dominique Da Silva (groupe La République en Marche).

*
* *

Article 4 ter (nouveau)

Compensation du transfert de l'Agence nationale de santé publique à la branche maladie

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Adopté au Sénat à l'initiative de la rapporteure générale, cet article additionnel prévoit dans des dispositions non codifiées la « *compensation à la branche maladie* » du « *coût réel* » du transfert de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) au titre de l'année 2021.

Pour mémoire, l'article 45 de la LFSS 2020 ⁽¹⁾ avait transféré le financement de cette agence de la mission *Santé* du budget de l'État à la branche maladie du régime général.

2. La position de la commission

● S'il est difficilement contestable que le transfert de cette agence a constitué un surcoût par rapport aux prévisions pour la branche maladie du régime général, la solution proposée par le Sénat ne peut être retenue.

Tout d'abord, ainsi que le rappelle le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, c'est le transfert même de l'agence qui est au cœur du désaccord entre les deux chambres. De ce point de vue, le rapporteur général souligne la cohérence de confier au même « financeur » des politiques de prévention mais aussi

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

de réparation dont chacun s'accorde à considérer qu'elles doivent être de mieux en mieux articulées. Sauf à préférer un transfert de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie vers l'État, ce qui ne serait ni possible ni souhaitable, cette cohérence du pilotage doit nécessairement être assurée par le biais de la branche maladie avec le transfert de l'ANSP mais aussi de bien d'autres agences depuis plusieurs années, sous différentes majorités.

Au-delà de cette question de principe, le rapporteur général ne partage pas le diagnostic plus « conjoncturel » du Sénat sur plusieurs points :

– le rehaussement – considérable il est vrai – de la dotation de l'ANSP dès le début de la crise (156 millions d'euros initialement à 4,8 milliards d'euros en 2020) par arrêté doit être doublement contextualisé :

- au regard de l'urgence dans laquelle les décisions ont été prises, et de la souplesse qu'a pu donner une telle procédure dans une période dans laquelle chaque jour comptait ;
- au regard de l'ensemble des autres dépenses de sécurité sociale qui ne sont pas davantage soumises à des plafonds en cours d'année ; le raisonnement du Sénat par assimilation au cadre des lois de finances reviendrait à nier ce qui préside à l'existence de lois de financement de la sécurité sociale, c'est-à-dire leur caractère évaluatif ;

– contrairement à ce qu'affirme le Sénat, le rôle « contrefactuel » de la sécurité sociale même en l'absence de transfert de l'ANSP n'aurait vraisemblablement pas pu se cantonner à laisser l'État porter l'entièreté des coûts liés aux tests et à la vaccination ; aussi, tracer une ligne « nette » entre ce qui relèverait par nature de l'État ou de la sécurité sociale en cette matière et par temps de crise se révèle excessivement théorique ;

– la compensation de ce transfert devrait tenir compte de l'ensemble des dépenses liées à la crise engagées respectivement par l'État et la sécurité sociale ; or, ce bilan exhaustif et définitif serait aujourd'hui prématuré ; un exercice de réflexion reste en effet à mener sur le traitement de la dette publique issue de la crise – dette qui aurait financé ces coûts supplémentaires dans les deux cas compte tenu des déficits dans les deux « sphères » ;

– rien n'indique que ces surcoûts auraient un caractère pérenne seul à même de justifier un ajustement de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale pour assurer une compensation ; au contraire, l'annexe 8 du projet de loi fait état d'un budget « hors covid » à 158 millions d'euros en 2021, stable par rapport à ce que prévoyait la LFSS 2020 ; si cette situation devait changer de manière significative, la question de la neutralisation dans les relations financières entre l'État et la sécurité sociale se poserait naturellement en des termes différents.

Enfin, même s'il est très clair qu'il visait à contourner les contraintes de l'article 40 de la Constitution mais aussi de l'article 36 de la loi organique relative aux lois de finances ⁽¹⁾, le dispositif retenu par le Sénat est inopérant faute de précision sur les modalités de la compensation demandée.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 5

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

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Dans sa version initiale, le présent article visait 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

(1) Loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

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.

● L'Assemblée nationale a adopté en séance publique un amendement de la commission des affaires sociales, ainsi qu'un amendement identique de MM. Thibault Bazin et Jean-Pierre Door, avec un avis favorable du Gouvernement et un avis défavorable, à titre personnel, du rapporteur général. Cet amendement avait lui-même été adopté par la commission à l'initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille et de ses collègues du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec avis défavorable du rapporteur. Il prévoit que le Gouvernement adresse au Parlement un rapport annuel d'information sur les établissements bénéficiaires de la dotation pour « investissements structurants ». Ce rapport doit notamment en dresser la liste et informer le Parlement sur le montant versé à ces établissements ;

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, outre un amendement rédactionnel du rapporteur général, un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, qui rapproche l'échéance de signature des contrats pour fixer le montant de la dotation destinée à concourir au financement d'investissements structurants, de 2030 à 2028. L'échéance de versement est toutefois maintenue à 2030, mais, compte tenu du commencement de la seconde phase d'instruction en 2026, une date butoir en 2028 pour la signature est apparue plus cohérente pour le Gouvernement comme pour la commission.

2. Les modifications apportées par le Sénat

● Le Sénat a supprimé cet article, par le biais d'amendements identiques de la rapporteure générale, de Mme Laurence Cohen et ses collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste ainsi que de Mme Véronique Guillotin.

Les raisons de cette suppression relèvent principalement, selon leurs auteurs, de ce que l'article :

– transformerait la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) en « fonds d'investissement » chargé de financer des projets futurs et structurants, ce qui constituerait un dévoiement des missions originelles de la caisse ;

– n'aurait pas d'impact sur les comptes de la sécurité sociale et n'aurait donc pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale ;

– constituerait un outil de restructuration des hôpitaux, destiné à leur faire engager des économies sur leurs dépenses de fonctionnement.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général estime que ces arguments « classiques » du Sénat sur le sujet ne sont pas recevables pour autant.

* S’agissant des missions de la CADES, en premier lieu, la dotation, telle que définie dans le présent article, entre toujours dans le champ de l’ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale modifiée par la loi « dette sociale et autonomie »⁽¹⁾, puis par la loi de financement pour 2021⁽²⁾. L’article 4 de cette ordonnance précise ainsi que « *la couverture de dotations* » de la branche maladie, qui ne peut excéder 13 milliards d’euros, se fait « *au titre du désendettement pour favoriser les investissements dans les établissements de santé assurant le service public hospitalier* ». Or, les dimensions « désendettement » et « facilitation de l’investissement » ont été respectées dans les dispositions réglementaires d’application de l’article 50 de la loi de financement précitée.

Ainsi, le décret d’application du 30 juin 2021⁽³⁾ précise que :

– le montant des dotations est notamment défini en fonction des « *besoins de financements structurels permettant, une fois déduit le service de la dette, de restaurer les capacités de financement des investissements nécessaires pour garantir la continuité des soins* » ;

– les dotations allouées « *permettent, en cohérence avec les orientations stratégiques de l’établissement, une maîtrise de l’endettement en évitant un recours excessif à la dette* » ;

– en cohérence, un « *engagement systématique de l’établissement sur une trajectoire d’endettement cible est inclus dans le contrat* ».

L’engagement des établissements de santé dans une trajectoire de désendettement tout comme la contribution à des investissements pour lesquels ils n’auront pas à recourir à l’emprunt participent clairement à la lutte contre les déficits des hôpitaux qui se traduisent régulièrement, *in fine*, par une charge supplémentaire pour l’assurance maladie.

* S’agissant, en deuxième lieu, de l’impact financier du présent article sur les comptes de la sécurité sociale, le rapporteur général ne partage pas non plus l’avis du Sénat selon lequel cet article n’aurait aucun impact sur les comptes de l’assurance maladie. S’il est vrai que le calendrier de versement des dotations de la Cades à l’Acos est disjoint du versement des dotations par la branche maladie aux établissements de santé, celui-ci est nécessairement modifié par le présent article.

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

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

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

Alors que l'ensemble de la dotation de 13 milliards d'euros aurait dû être comptabilisé en une fois avant l'échéance du 31 décembre 2021 dans le cadre du droit existant, 6,5 milliards d'euros pourront finalement être comptabilisés en plusieurs fois sur la période 2021-2028.

Des articles d'une portée financière « moindre », ayant pour conséquences des seuls mouvements de trésorerie internes aux régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) ont déjà été adoptés sans que le Conseil constitutionnel ne remette en cause leur place en loi de financement ⁽¹⁾. Le seul fait qu'il y ait un décalage de l'imputation comptable et donc dans la trésorerie de l'assurance maladie est donc de nature à justifier la place de cet article au sein des lois de financement.

De ce point de vue, la référence faite, dans le commentaire du Sénat concernant le présent article, à la proposition de loi organique du rapporteur général ⁽²⁾, actuellement en cours d'examen, n'est pas opérante. La question ne porte pas ici sur le périmètre du champ des lois de financement, mais sur l'impact financier qu'emporte la modification du calendrier d'établissement des contrats.

* S'agissant du dernier argument enfin, le rapporteur général réitère ce qu'il a dit au cours des débats à l'Assemblée nationale concernant le présent article : les dotations versées aux établissements de santé ne seront en rien conditionnées à des « plans de restructuration ». Ainsi que le détaillent ici encore les dispositions réglementaires d'application, les contrats qui fixeront les modalités de versement des dotations comprendront uniquement des dispositions relatives à :

– la transformation de l'offre de soins du service public hospitalier sur le territoire ;

– la restauration d'un niveau d'investissement courant minimum au bénéfice du service public hospitalier ;

– l'amélioration de la capacité de financement des investissements nécessaires au service public hospitalier ;

– la garantie de la qualité et de la sécurité des soins.

C'est pour l'ensemble de ces raisons que le rapporteur général souhaite rétablir cet article dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale, à l'exception du **II** de l'article, issu de l'amendement du groupe du Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés adopté avec avis défavorable du rapporteur.

(1) On peut notamment penser à l'article 38 de la loi de financement pour 2013, qui prévoyait uniquement la possibilité pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de consentir à la Caisse autonome de la sécurité sociale dans les mines une avance, contre rémunération, d'un montant maximal de 250 millions d'euros.

(2) Proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, déposée le 4 mai 2021 (n° 4111 rectifié).

● La commission a rétabli le présent article par un amendement du rapporteur général, sous-amendé par un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec avis défavorable du rapporteur général.

*

* *

Article 7

Rectification des tableaux d'équilibre pour 2021

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté sans les modifier les tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021 présentés dans le projet de loi initial. Le solde rectifié des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) voté en première lecture était de – 34,8 milliards d'euros.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l'initiative du Gouvernement et avec avis favorable de la commission, le Sénat a adopté un amendement réécrivant l'essentiel de l'article 7, afin de tenir compte de plusieurs éléments nouveaux :

– un nouveau cadrage macro-économique qui réévalue de 0,25 point la croissance du produit intérieur brut (PIB) et d'un point la croissance de la masse salariale du secteur privé ; cette « bonne nouvelle » économique engendrerait 2 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour le régime général ⁽¹⁾ ;

– les dépenses au niveau de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont revues à la hausse de 1,7 milliard d'euros ⁽²⁾ ;

(1) Ce résultat est tout à fait conforme aux hypothèses présentées par la direction de la sécurité sociale dans le cadre du rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale en juin ou en septembre.

(2) Pour plus de précisions sur ce relèvement de l'ONDAM, on pourra utilement se reporter au commentaire de l'article 8.

– la hausse de 0,7 milliard d’euros de la fraction de TVA qui sera affectée par la deuxième loi de finances rectificative ⁽¹⁾, pour tenir compte de la vente de vaccins achetés par Santé publique France à des pays tiers, vente que la sécurité sociale n’a pas vocation à supporter financièrement dès lors que les vaccins que servent pas à ses assurés.

Au total, la situation du régime général et du FSV s’est améliorée de 1,1 milliard d’euros par rapport aux tableaux adoptés par l’Assemblée nationale en première lecture.

La comparaison des deux tableaux d’équilibre sur l’ensemble des régimes obligatoires de base permet d’avoir quelques indications supplémentaires.

COMPARAISON DES TABLEAUX D’ÉQUILIBRE 2021 DE L’ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

(en milliards d’euros)

	Prévisions rectifiées 2021 (texte adopté par l’Assemblée nationale)			Prévisions rectifiées 2021 (texte adopté par le Sénat)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	246,4	250,4	- 4	247,2	250,4	- 3,3
Maladie	202,2	232,2	- 30	203,9	233,6	- 29,7
Famille	50,5	49,4	1,2	50,8	49,4	1,4
Autonomie	31,8	32,2	- 0,4	32,0	32,4	- 0,5
AT-MP	14,6	13,9	0,7	14,7	13,9	0,8
Total*	531,3	563,8	- 32,5	534,2	565,5	- 31,2
Total incluant le FSV	529,3	564,1	- 34,8	532,1	565,8	- 33,7

Source : textes du PLFSS 2022 adoptés respectivement par l’Assemblée nationale et le Sénat.

Les écarts de dépenses se concentrent sur les branches maladie (+ 1,4 milliard d’euros) et autonomie (+ 200 millions d’euros), en cohérence avec l’augmentation de l’ONDAM précitée ⁽²⁾.

L’ensemble des recettes sont réévaluées à la hausse, avec une majoration plus significative pour la branche maladie (+ 1,7 milliard d’euros) qui correspond à une hausse « naturelle » des recettes sur la base macroéconomique à laquelle s’ajoute la réévaluation de la fraction de TVA qui lui est totalement affectée.

Au total, le solde de chacune des branches s’améliore de manière significative, tiré par le solde du régime général.

(1) Article 1^{er} du deuxième projet de loi de finances rectificative pour 2021 (n° 4629). L’amendement n’intègre pas la hausse de 765 millions d’euros du transfert liée au Ségur de la santé car celui-ci était déjà intégré dans les comptes de la sécurité sociale.

(2) L’écart au montant de 1,7 milliard d’euros proviendrait d’un effet d’arrondi.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général se félicite à la fois de la méthode consistant à ajuster « en temps réel » les tableaux d'équilibre soumis à l'approbation du Parlement et de l'amélioration de l'équilibre financier dont témoigne l'amendement du Gouvernement.

Il propose d'adopter cet article sans modification.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 8

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

Sur proposition du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un Ondam 2021 rectifié s'élevant à 237,1 milliards d'euros, soit une rectification de l'Ondam à hauteur de 11,7 milliards d'euros, et donc un écart de 5,2 % au montant voté en LFSS 2021.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement rectifiant à la hausse le montant de l'Ondam et de certains de ses sous-objectifs.

(en milliards d'euros)

	2021	2021 rectifié adopté par l'Assemblée nationale	2021 rectifié adopté par le Sénat
Dépenses de soins de ville	98,9	104,5	105,0
Dépenses relatives aux établissements de santé	92,9	94,8	95,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,6	14,0	14,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	12,5
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,8	4,1	4,3
Autres prises en charge	3,8	7,3	7,3
Total	225,4	237,1	238,8

Le Sénat a ainsi adopté un Ondam rectifié **relevé d'un montant de 1,7 milliard d'euros** par rapport au texte adopté par l'Assemblée nationale. L'Ondam ainsi fixé à **238,8 milliards d'euros** s'écarterait donc de 5,9 % du montant voté en LFSS 2021.

Cet écart par rapport au montant voté par l'Assemblée s'explique pour **1,1 milliard d'euros par la compensation des surcoûts liés à l'épidémie de covid-19 aux acteurs du système de santé** dont :

– 0,8 milliard d'euros à destination du sous-objectif « Établissements de santé » (surcoûts covid, tests de dépistage, campagne de vaccination) ;

– 0,2 milliard d'euros à destination du sous-objectif « Établissements et services pour personnes âgées » ;

– 0,1 milliard d'euros à destination du Fonds d'intervention régional.

Le relèvement de l'Ondam permettra également le financement dès novembre 2021 des **revalorisations salariales des personnels des établissements et services pour personnes handicapées** découlant des accords dit « Laforcade » et devant initialement entrer en vigueur en janvier 2022, pour un montant de **60 millions d'euros en 2021**.

Ils devront également permettre de tenir compte d'une **révision à la hausse de la dynamique des dépenses de soins de ville en 2021 à hauteur de 0,5 milliard d'euros** par rapport au montant intégré dans le texte adopté par l'Assemblée nationale, dont 0,1 milliard d'euros découlant de l'impact de l'épidémie de covid-19 sur les indemnités journalières.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

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

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

**CHAPITRE I^{ER}
POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'ÉQUITÉ DU PRÉLÈVEMENT**

Article 10

Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Le présent article vise à poursuivre l'unification du recouvrement des cotisations sociales autour du réseau de recouvrement du régime général, organisé par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

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

À ce titre, le présent article ajoute, dans le calendrier prévu, le transfert du recouvrement des cotisations actuellement collectées par la Caisse interprofessionnelle des professions libérales (CIPAV). Ces cotisations ouvrent des droits à l'assurance vieillesse de base, à l'assurance vieillesse complémentaire et à des prestations d'invalidité-décès pour vingt et une 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 des « 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.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté vingt et un amendements du rapporteur général, d'ordre rédactionnel.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- À l'initiative de le rapporteure générale, le Sénat a adopté un amendement, avec avis défavorable du Gouvernement, visant à appliquer les accords encadrant les modalités et garanties dont bénéficieront les salariés dans le cadre de leur transfert ainsi que, le cas échéant, le maintien de dispositions issues des statuts collectifs de la CIPAV jusqu'au 31 décembre 2025, sans possibilité d'appliquer les statuts des organismes d'accueil auparavant.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général estime que la fixation d'une date butoir unique pour l'expiration de ces accords serait de nature à compromettre le transfert des activités de recouvrement de la CIPAV vers les URSSAF. Ce transfert, prévu au 1^{er} janvier 2023, s'accompagne du transfert des contrats eux-mêmes à cette même date. Dans ces conditions, il convient de ne pas ralentir inutilement le processus d'application des statuts collectifs des organismes d'accueil aux salariés transférés et conserver la souplesse permettant de mettre fin aux accords, si cela s'avère utile, avant le 31 décembre 2025.

C'est pourquoi le rapporteur général propose le rétablissement de l'article dans sa rédaction adoptée par l'Assemblée nationale.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli l'article dans sa rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 11

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

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

Sort au Sénat : modifié.

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● 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 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 six à dix-huit 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 seront déduits :

– 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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté vingt et un amendements du rapporteur général, d'ordre rédactionnel.

2. Les modifications apportées par le Sénat

● À l'initiative de la rapporteure générale, le Sénat a adopté, outre deux amendements rédactionnels, un amendement avec avis favorable du Gouvernement, visant à limiter aux seuls particuliers employeurs qui ont recours à l'emploi direct ou à des mandataires, le bénéfice du dispositif du « CESU + », ce dispositif n'ayant pas vocation à s'appliquer aux prestataires.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de maintenir la rédaction du Sénat.
- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 11 bis A (nouveau)

Exonération de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale des revenus du patrimoine des non-résidents

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Adopté à l'initiative de Mme Évelyne Renaud-Garabedjian et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains contre l'avis de la commission et du Gouvernement, cet article additionnel prévoit d'exonérer l'ensemble des non-résidents de l'assujettissement à la contribution sociale généralisée (CSG) et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) de leurs revenus du patrimoine en France.

Faisant suite à une décision de la Cour de justice de l'Union européenne ⁽¹⁾ fondée sur le principe d'unicité des régimes de sécurité sociale ⁽²⁾, l'article 26 de la LFSS 2019 ⁽³⁾ avait déjà procédé à une telle exonération pour les non-résidents relevant d'un régime obligatoire de sécurité sociale dans l'Union européenne, dans l'Espace économique européen (EEE - Norvège, Islande et Liechtenstein) ou en Suisse. Le droit de l'Union européenne tel qu'interprété par la Cour rendait inévitable la suppression de la fiscalisation au profit de la sécurité sociale des revenus d'assujettis qui bénéficiaient par ailleurs d'un autre régime de sécurité sociale « coordonné ».

L'amendement propose donc d'élargir cette exonération à l'ensemble des non-résidents qu'ils relèvent de régimes de sécurité sociale coordonnés dans le cadre européen ou non.

2. La position de la commission

● En cohérence avec sa position en première lecture à l'Assemblée nationale sur des amendements similaires mais aussi de l'année dernière, le rapporteur général propose la suppression de cet article. Outre le coût important d'une telle exonération, celle-ci n'a pas les mêmes justifications juridiques que celle à laquelle il a été procédé en 2019.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

(1) CJUE, 2015, De Ruyter.

(2) Principe d'unicité qui trouve son fondement dans l'article 11 du règlement n°883/2004 29 avril 2004, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté.

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

Article 11 bis B (nouveau)

Contribution sur les revenus des capitaux pour financer la branche autonomie

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Adopté à l'initiative du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain contre l'avis de la commission et du Gouvernement, cet article additionnel instaure une nouvelle ressource pour l'autonomie de 1 % sur les revenus distribués visés à l'article 109 du code général des impôts ainsi que sur les revenus de valeurs mobilières émises hors de France visés à l'article 120 du même code.

2. La position de la commission

• Cette nouvelle imposition ne convainc pas le rapporteur général pour plusieurs raisons :

– elle semble méconnaître l'importance des prélèvements sur le capital qui alimentent déjà la branche autonomie, au premier rang desquels la contribution sociale généralisée (CSG) ⁽¹⁾ ;

– elle alourdit la fiscalité du capital, alors que l'objectif affiché du Gouvernement et de la majorité est de ne pas augmenter les prélèvements obligatoires dans une phase de reprise économique ;

– elle frappe de manière indiscriminée toutes les formes de revenus du capital mobilier ; ce faisant, elle s'expose à un écueil malheureusement bien connu des Français : conçue discursivement pour faire contribuer les plus aisés, elle augmentera en réalité les impôts dus par un grand nombre de Français détenteurs d'actions ⁽²⁾ ;

– elle n'apparaît pas indispensable dès lors que les comptes de la branche autonomie sont très proches de l'équilibre et pourraient connaître des excédents significatifs à l'horizon 2024 ⁽³⁾ ; la dynamique propre aux recettes affectées à la branche en LFSS 2021 ⁽⁴⁾ ainsi que la fraction supplémentaire de CSG réaffectée du Fonds de solidarité vieillesse en 2024 couvrent ainsi la dynamique de dépenses de moyen terme, y compris en intégrant les mesures nouvelles ambitieuses annoncées par le Gouvernement.

(1) 1,93 point de CSG sur le capital est ainsi affecté au financement de la branche, soit près de 3 milliards d'euros en 2022.

(2) D'après une étude de l'institut Kantar citée par l'Autorité des marchés financiers en juin 2020, 6,9 % des Français disposaient en mars de cette même année d'actions en direct ou via des plans d'épargne en actions.

(3) 1,1 milliard d'euros en 2024 et 1,2 milliard d'euros en 2025, d'après l'annexe B du projet de loi.

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

Il propose par conséquent la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 11 bis

Transmission des taux de contribution sociale généralisée par le Centre national de transmission des données fiscales aux organismes de prévoyance complémentaire

Origine de l’article : amendement en première lecture à l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

Cet article additionnel résulte de l’adoption d’un amendement de la commission des finances sous-amendé par le Gouvernement, avec avis favorables de la commission des affaires sociales et du Gouvernement. Cet amendement était lui-même issu de l’adoption par la commission des finances d’un amendement de ses rapporteurs, Mme Cendra Motin et M. Michel Lauzzana.

Il élargit la liste des organismes auxquels les agents des administrations fiscales doivent communiquer des informations aux personnes privées chargées qui proposent des contrats de prévoyance complémentaire (assurances, instituts de prévoyance, mutuelles, régimes complémentaires d’assurance vieillesse), à compter du 1^{er} janvier 2025 ⁽¹⁾.

Ces différentes personnes assurent en effet le versement de prestations ou de capitaux lors de la réalisation de certains risques qui sont assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG). Le taux applicable varie alors en fonction du revenu fiscal de référence du foyer concerné, ce qui implique de connaître ce dernier. En l’absence de transmission automatisée, les organismes de prévoyance doivent solliciter ces informations auprès de leurs assurés.

La rédaction proposée permettrait, à moyen terme, de simplifier ce calcul à travers une transmission systématique de ces informations par l’administration fiscale. Le délai retenu correspond à un véritable changement d’échelle du périmètre de partage des informations puisque l’intégration de ces organismes de prévoyance

(1) D’application immédiate dans sa rédaction initiale, l’amendement a vu sa date d’entrée en vigueur repoussée par le sous-amendement du Gouvernement. S’agissant d’une disposition permanente relative aux recettes, il ne s’agit pas d’un cavalier.

complémentaire représenterait près de huit cents organismes destinataires de données fiscales contre vingt-cinq aujourd'hui.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté cet article, moyennant un amendement rédactionnel de la rapporteure générale.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article tel qu'adopté par le Sénat.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*
* *

Article 12 bis A (nouveau)

Extension des garanties complémentaires au risque de perte d'autonomie chez un proche

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de Mme Jocelyne Guidez et de ses collègues du groupe Union Centriste, avec un avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à intégrer le risque de la perte d'autonomie dans le champ des garanties collectives souscrites par les entreprises, par la voie de conventions, d'accords collectifs, par le biais d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité des intéressés ou encore par une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée par écrit et remise aux intéressés ⁽¹⁾.

Il modifie en ce sens le code de la sécurité sociale, le code des assurances et la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

Le dispositif de l'article doit permettre, par le biais de ces garanties collectives, aux bénéficiaires de l'allocation journalière du proche aidant (AJPA), de jouir d'un complément, versé dans le cadre des garanties collectives par les

(1) Article L. 911-1 du code de la sécurité sociale.

organismes complémentaires, entre le montant mensuel de l'allocation et sa rémunération nette mensuelle, ainsi que les éventuels avantages collectifs dont bénéficie le salarié. Le dispositif est également étendu aux demandeurs d'emploi.

L'article prévoit en outre que les bénéficiaires de l'AJPA bénéficient d'une exclusion de l'assiette des cotisations sociales du montant des contributions qu'ils versent au titre de ces mêmes garanties collectives, à hauteur de 5 % du montant du plafond de la sécurité sociale, soit 171 euros par mois en 2021.

Le dispositif décrit ci-dessus est également appliqué aux bénéficiaires de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), destinée aux parents d'un enfant à charge de moins de 20 ans qui nécessite une présence fréquente auprès de lui et des soins contraignants, du fait d'un handicap ou d'une maladie.

2. La position de la commission

• Le rapporteur général partage l'attention des auteurs de cet article quant à la nécessité de renforcer le soutien aux proches aidants ainsi qu'aux parents d'enfants malades ou en situation de handicap.

C'est d'ailleurs tout l'objet du nouvel article 32 *sexies* du présent projet de loi, issu d'un amendement du Gouvernement adopté à l'Assemblée nationale, et qui prévoit que le montant de l'AJPA est revalorisé en référence au salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC).

Le même article facilite par ailleurs l'accès au congé de proche aidant en supprimant le critère de « particulière gravité » du handicap pour en bénéficier.

Le rapporteur général ne peut toutefois que proposer la suppression de l'article adopté par le Sénat, pour plusieurs raisons :

– en premier lieu, la majeure partie du dispositif constitue un « cavalier » au regard du champ des lois de financement. En effet, les dispositions relatives à la protection sociale complémentaire sont sans effet sur les comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) et ne sauraient trouver leur place au sein d'une loi de financement ⁽¹⁾. L'article prévoit certes une exonération de cotisations sociales en complément de son dispositif principal, mais le caractère mineur de cette partie au regard de l'économie de l'ensemble de l'article éveille le doute quant à sa constitutionnalité ;

– en second lieu, un certain nombre de compléments versés par des organismes complémentaires visent déjà le même objectif, sans toutefois garantir le maintien total de la rémunération. Ces dispositifs complémentaires prennent notamment en compte le temps de travail des bénéficiaires. Actuellement, les garanties collectives concernant l'incapacité de travail, notamment dans le cadre des

(1) Cf. par exemple Conseil constitutionnel, décision n° DC 2014-706 du 18 décembre 2014, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

arrêts maladie, équivalent à 90 % de la rémunération brute pendant les trente premiers jours d'arrêt, puis 67 % à partir du 31^e jour consécutif. Ce montant est comparable s'agissant de la garantie « incapacité de travail », sauf contrats spécifiques.

La généralisation d'un dispositif de complément à hauteur de la rémunération nette serait donc très dérogatoire au regard des dispositifs existants. Le dispositif ne s'inscrit pas par ailleurs dans le cadre de l'article L. 911-7 s'agissant de la couverture de ce nouveau risque, l'ensemble du financement reposant donc sur les organismes complémentaires d'assurance maladie.

L'ajout de ce dispositif au doublement de la contribution exceptionnelle prévu par le Sénat à l'article 4 *bis* contribuerait au déséquilibre du secteur, au détriment de leurs assurés.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 12 bis B (nouveau)

Encadrement du remboursement différencié dans le cadre du contrat solidaire et responsable

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Le présent article, issu d'un amendement de Mme Chantal Deseyne et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à conditionner l'accès des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) à un taux réduit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), à hauteur de 13,27 %, au respect d'un nouveau critère.

Ce nouveau critère obligerait les organismes à ne pas moduler, au-delà d'un seuil défini par décret, le niveau de prise en charge des actes et prestations médicaux en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à tout professionnel de santé ayant conclu une convention mentionnée à l'article L. 863-8 du code de la sécurité sociale. En pratique, cet amendement se propose par ce biais d'encadrer les « réseaux de soins », à savoir les conventions signées entre des OCAM et des professionnels de santé, au sein desquelles les parties s'engagent, pour les premières, à un niveau de garantie et, pour les seconds, à la nature des services rendus, des prestations ainsi qu'à leurs tarifs.

Les auteurs de cet amendement estiment en effet que l'accès à un taux réduit de TSA ne se justifie pas pour ces organismes, dès lors que l'existence de ces réseaux aboutirait à un niveau variable de remboursement et constituerait, *in fine*, un malus contraire aux critères des contrats responsables.

2. La position de la commission

● Le présent article est régulièrement débattu au sein des deux assemblées, et le rapporteur général a eu l'occasion d'affirmer une position constante à ce sujet.

Il ne serait naturellement pas acceptable que les réseaux de soins constituent une barrière à l'accès aux soins, notamment dans les territoires qui disposent d'un faible nombre de professionnels de santé. Ce n'est toutefois pas dans ce sens que concluent les dernières études consacrées à ce sujet.

Le rapport que l'Inspection générale des affaires sociales a consacré, en juin 2017, à ce sujet ⁽¹⁾ s'est ainsi penché sur l'impact des réseaux sur la qualité, les prix, les dépenses de santé et l'accès aux soins. Il a ainsi constaté que, « *du point de vue de l'accès aux soins, les réseaux ont un effet globalement favorable : on constate un écart important de reste à charge en faveur des assurés qui recourent aux réseaux ; notamment en optique (-50 % environ). Cet écart est dû, pour l'essentiel, aux différences de prix mais aussi à l'amélioration du remboursement complémentaire.* »

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), dans son panorama consacré aux complémentaires santé en 2019 ⁽²⁾, souligne par ailleurs que, en 2016, 45 millions d'assurés avaient accès à ces réseaux, qui comprennent eux-mêmes plusieurs milliers de professionnels de santé. Particulièrement denses dans les secteurs de l'optique et de l'audiologie, et dans une moindre mesure dans le secteur dentaire, ces réseaux concernent un grand nombre d'organismes. S'agissant des opticiens, par exemple, 51 % des OCAM étaient liés à un réseau de soins, ce taux s'élevant à 78 % pour les instituts de prévoyance et à 77 % pour les sociétés d'assurance, en 2016.

(1) Nicolas Durand, Dr Julien Emmanuelli, « Les réseaux de soins », juin 2017.

(2) Muriel Barlet, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez et Renaud Legal, « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, édition 2019 ».

Tableau 1 Part des organismes complémentaires liés à un réseau en 2016

Réseaux de soins	Type d'organismes	En %
		Part liée à un réseau de soins
Dentistes	Mutuelles	26
	Institutions de prévoyance	50
	Sociétés d'assurances	64
	Ensemble	34
Opticiens	Mutuelles	43
	Institutions de prévoyance	78
	Sociétés d'assurance	77
	Ensemble	51

Note > Les données sont issues des réponses aux questions : « Votre organisme est-il lié à un réseau d'opticiens ? » et « Votre organisme est-il lié à un réseau de dentistes ? »

Lecture > En 2016, 78 % des institutions de prévoyance étaient liées à un réseau d'opticiens, contre 43 % des mutuelles.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé.

Source > DREES, enquêtes sur les contrats les plus souscrits, 2016.

Le rapporteur général reconnaît les problématiques propres aux réseaux de soins, dont la première est le peu d'informations disponibles sur leurs effets. Si la DREES reconnaît ainsi qu'il existe un écart de prix entre les produits vendus au sein des réseaux et ceux qui le sont « hors réseau » ⁽¹⁾, il n'est pas tout à fait certain que ces écarts seraient dus au « mérite » des réseaux *via* la pression qu'ils exerceraient à la baisse sur leurs prix.

Toutefois, l'effet de l'article adopté par le Sénat serait de « tuer » l'assiette sur laquelle est assise la TSA, et donc les réseaux de soins eux-mêmes, sans que les études menées jusqu'à présent ne concluent avec certitude qu'ils entraînent une difficulté plus importante dans l'accès aux soins. La taxation pure et simple de ces réseaux ne paraît donc pas la solution à privilégier.

C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

(1) Cet écart de prix est de 20 % en moyenne pour des verres adultes, 10 % en moyenne pour des montures et peut aller jusqu'à 37 % pour certaines références de verres.

Article 12 bis C (nouveau)

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

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de Mme Valérie Létard et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ainsi que des amendements identiques de M. Franck Menonville et plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, de M. Henri Cabanel et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, de M. Laurent Duplomb et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et de M. Jean-Claude Tissot et ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à pérenniser l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi, notamment dans le secteur agricole.

Déjà adoptée l'année précédente par le Sénat et débattue régulièrement à l'Assemblée nationale, la pérennisation de cette exonération anime – très – régulièrement les débats de la partie « recettes » des lois de financement.

Pour rappel, le dispositif d'exonération pour l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE) a été initialement prévu pour satisfaire deux objectifs :

- soutenir les filières agricoles qui ont massivement recours à ce type d'employés ;
- limiter le travail non déclaré effectué par ces travailleurs.

L'assiette éligible aujourd'hui à la réduction linéaire des exonérations de cotisations patronales comprend donc aujourd'hui, au titre de l'article L 741-16 du code rural et de la pêche maritime, l'ensemble des cotisations ci-dessous, dont les taux sont les suivants :

COTISATIONS INTÉGRÉES DANS LE CHAMP DE L'EXONÉRATION

Cotisation	Taux (pour un salarié au SMIC)
Maladie, maternité, invalidité, décès	7 %
Vieillesse (plafonnée et déplafonnée)	10,45 %
Allocations familiales	3,45 %
Accidents du travail (AT-MP)	Taux variable
Assurance chômage	4,05 %
Retraite complémentaire agricole	6,22 %
Contribution solidarité autonomie	0,3 %
Fonds national d'aide au logement (FNAL)	0,1 % ou 0,5 %
TOTAL	31,21 % ou 31,71 % *

* Sans prendre en compte la part variable du taux de cotisation AT-MP, défini par secteur en fonction de sa sinistralité.

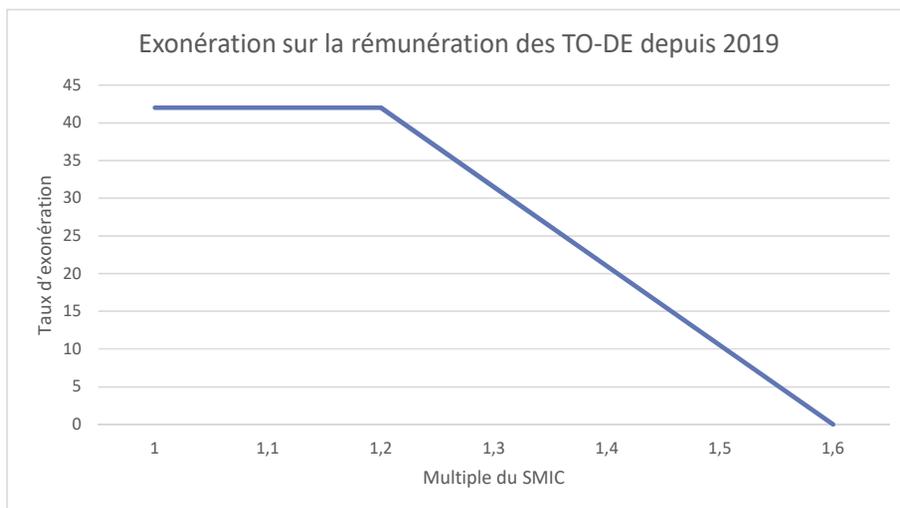
Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

La formule de calcul linéaire, définie par décret ⁽¹⁾, est la suivante :

$$1,2 \times C / 0,40 \times (1,6 \times \text{montant mensuel du SMIC} / \text{rémunération mensuelle brute hors heures supplémentaires et complémentaires} - 1).$$

C correspond à la somme des cotisations employeurs visées par le dispositif TO-DE.

Le « profil » de cette exonération est le suivant :



Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

(1) Décret n° 2018-1357 du 28 décembre 2018 relatif aux modalités d'application de certains dispositifs d'exonérations ciblées de cotisations sociales.

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2019 ⁽¹⁾ avait modifié les paramètres de l'exonération, elle avait également prévu son abrogation au 1^{er} janvier 2021. Cette date a été repoussée au 1^{er} janvier 2023 par la LFSS 2021 ⁽²⁾.

Le présent article consiste à supprimer cette « date butoir » pour prévoir la pérennisation de l'exonération au-delà de 2023.

2. La position de la commission

- Comme le rapporteur général a eu l'occasion de le rappeler au cours des débats l'année passée comme cette année en séance publique, la prolongation de l'exonération pour les TO-DE en LFSS 2021 se justifiait au regard des difficultés que traversaient et que traversent encore de nombreux exploitants agricoles qui emploient des travailleurs saisonniers. C'est pourquoi ils pourront encore en bénéficier au cours de l'exercice 2022.

Par ailleurs, en cohérence avec l'information du Parlement sur l'efficacité des exonérations, le rapporteur général souhaite rappeler que son montant s'est élevé à 508 millions d'euros en 2020, en forte augmentation depuis 2018, année où il s'était maintenu à 395 millions d'euros. Pourtant, lorsqu'il a été évalué – ce qui n'a pas été le cas dans des conditions appréciables depuis 2011 – le dispositif avait été jugé peu efficient ⁽³⁾. Le rapporteur général estime que, en l'état, cette évaluation ne plaide pas pour la pérennisation de cette exonération au-delà de l'exercice 2022.

Cela n'empêche naturellement en rien le soutien du Gouvernement et de la majorité aux exploitations agricoles, sur le modèle de ce qui a été fait au cours de l'année 2021 pour faire face aux aléas climatiques extrêmes.

C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

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

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

(3) Annexe 5 au projet de loi de financement.

Article 12 bis D (nouveau)

Extension d'exonérations de cotisations patronales sur les aides à domicile aux établissements publics de coopération intercommunale

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de M. Éric Gold et plusieurs de ses collègues du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à étendre le bénéfice des exonérations de cotisations patronales à raison de l'emploi d'aides à domicile aux établissements publics de coopération intercommunale (EPCI).

Les auteurs de l'amendement duquel est issu le présent article estiment que, compte tenu du développement de la gestion d'aides à domicile par les EPCI, ceux-ci doivent être traités de la même manière que les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale.

2. La position de la commission

● Le rapporteur général est opposé à l'extension de cette exonération à des structures qui ne sont pas spécialisées en matière d'aide sociale. Le Conseil constitutionnel avait en effet estimé que l'inégalité était justifiée au regard de la vocation que poursuivent les centres communaux et intercommunaux d'action sociale ⁽¹⁾. Le périmètre actuel de l'exonération est donc justifié.

Sur le fond, en effet, les EPCI poursuivent de nombreuses autres missions, ce qui ne les place pas dans une situation comparable aux associations ou aux organismes habilités au titre de l'aide sociale. La perte de recettes supplémentaire pour la sécurité sociale ne serait donc pas justifiée.

C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

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

Article 12 bis E (nouveau)

Instauration de zones franches médicales dans les territoires déficitaires en offre médicale

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de Mme Chantal Deseyne et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, vise à créer des zones franches médicales dans lesquelles seraient exonérés de cotisations sociales les médecins généralistes et les médecins spécialistes libéraux.

2. La position de la commission

● L'amendement dont est issu l'article avait été examiné à l'Assemblée nationale et repoussé, pour les raisons suivantes :

– les difficultés d'accès aux soins dans de nombreux territoires en raison de la faible démographie médicale sont naturellement une préoccupation majeure dont la majorité et le Gouvernement se sont emparés par plusieurs biais. Le rapporteur général souhaite ainsi rappeler que :

● la loi de financement pour 2020 ⁽¹⁾ avait permis d'adopter le contrat de début d'exercice, que les agences régionales de santé (ARS) peuvent signer avec des professionnels en voie d'installation qui s'engagent à exercer dans des territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins pour la spécialité concernée. En contrepartie, ce contrat propose une rémunération complémentaire la première année, ainsi qu'une protection sociale étendue ;

● s'agissant des médecins qui exercent en cumul emploi-retraite en zone sous-dense, ils sont exonérés de cotisations au régime de protection sociale complémentaire vieillesse, dès lors que leur revenu d'activité est inférieur au seuil de 80 000 euros aujourd'hui, contre 12 000 euros en 2017 ;

– les débats à l'Assemblée nationale ont fait apparaître que la multiplication de zones définies par les ARS au sein desquelles sont déployés des dispositifs incitatifs était de nature à créer des effets de seuil contre-productifs ;

– le dispositif proposé par le Sénat, enfin, ne prévoit aucun encadrement autre qu'un renvoi à un décret, privant le législateur d'une grande partie de ses

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

compétences. À la lecture de cet article, il serait possible d'exonérer les médecins généralistes et les médecins spécialistes libéraux de l'ensemble des cotisations sociales pour toute leur carrière, à compter de leur installation.

- C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.
- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*
* *

Article 12 quater (nouveau)

Notification aux professionnels de santé de la possibilité de se faire assister en cas de procédure de recouvrement d'indu

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de Mme Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à modifier les modalités de recouvrement des cotisations qui n'ont pas été versées par les professionnels ou les établissements de santé, en prévoyant que l'organisme de contrôle indique au professionnel ou à l'établissement concerné la possibilité de se faire assister du conseil de son choix. Cette obligation naîtrait au moment où l'organisme de recouvrement envoie la notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, des observations.

2. La position de la commission

● Le rapporteur général estime que l'intention de cet amendement est déjà pleinement satisfaite, au regard des obligations qui s'attachent à l'assurance maladie dans le cadre de son contrôle des indus. La charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé, telle qu'elle est proposée par la Mutualité sociale agricole (MSA) de la Charente ⁽¹⁾ mais également par l'ensemble des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses de MSA, prévoit notamment que « *l'assurance maladie, sauf cas de fraude, informe à l'issue du contrôle le professionnel de santé de la fin du contrôle et lui adresse ses constats pour recueillir ses observations. Le professionnel de santé dispose du droit de formuler ses observations et de se faire assister par un membre de sa profession et/ou un avocat pour répondre aux constats*

(1) <https://charentes.msa.fr/lfp/documents/11566/8067124/La+charte+de+contr%C3%B4le+des+professionnel+s+de+sant%C3%A9+par+l'assurance+maladie.pdf>

formulés par l'assurance maladie, avant toute mise en œuvre de procédure contentieuse et/ou notification d'indu par celle-ci à son encontre. »

Le professionnel de santé ou l'établissement a par ailleurs naturellement le droit de se faire assister par le conseil de son choix, à toute étape de la procédure de contrôle, sans qu'il soit besoin d'ajouter un formalisme superfétatoire.

C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 12 quinquies (nouveau)

Encadrement de la procédure d'obtention d'une attestation de vigilance

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

- Le présent article, issu d'un amendement de Mme Pascale Gruny et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement, vise à encadrer la procédure de refus de la délivrance de l'attestation de vigilance.

Pour rappel, en application de l'article L. 243-15 du code de la sécurité sociale, la conclusion d'un contrat d'un montant minimum de 5 000 euros hors taxes suppose la vérification, par le donneur d'ordre, lors de sa conclusion, puis tous les six mois jusqu'à la fin de son exécution, que son cocontractant s'acquitte de ses obligations de déclaration et de paiement des cotisations.

Pour ce faire, le cocontractant doit présenter au donneur d'ordre une attestation de vigilance délivrée par l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). Ce document dématérialisé atteste que le cocontractant :

- acquitte des cotisations et contributions dues à leur date normale d'exigibilité, ou a souscrit un plan d'apurement des cotisations et contributions restant dues qu'elle respecte ;

- acquitte les cotisations et contributions dues, mais n'est pas à jour par ailleurs dans le paiement des majorations et pénalités ;

– n’a pas acquitté les cotisations et contributions dues mais en conteste le montant par recours contentieux.

Le présent amendement vise à soumettre le refus de délivrance de cette attestation de vigilance par les URSSAF à une période contradictoire préalable identique à celle qui précède les actions ou poursuites engagées par le ministère public en cas de récidive d’une absence indue de paiement des cotisations.

2. La position de la commission

• Le rapporteur général estime que la mise en place d’une telle procédure, qui s’applique aujourd’hui dans des cas impliquant le ministère public, n’est pas adaptée au refus administratif d’une attestation de délivrance. Une telle disposition serait plutôt de nature à entraver la vérification de la situation des entreprises au regard de leurs obligations contributives, et risquerait donc de limiter l’action des URSSAF en la matière.

C’est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

• La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

*

* *

CHAPITRE II

AMÉLIORER LES DROITS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Article 13

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

Origine de l’article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

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

– en prolongeant jusqu’en 2023 et en élargissant à l’ensemble du territoire et à l’ensemble des travailleurs non-salariés l’expérimentation qui permet la modulation en temps réel de leurs cotisations et contributions sociales (« auto-liquidation ») ; l’expérimentation écarte toutefois pour des raisons pratiques les

cotisations qui ne sont pas recouvrées par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) ;

– 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.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, outre un amendement rédactionnel de la rapporteure générale, un amendement du même auteur ajoutant de nouvelles cotisations qui seraient exclues de l'expérimentation car leur recouvrement n'est pas non plus assuré par les URSSAF et les CGSS, avec avis favorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article sans modification.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 13 bis A (nouveau)

Option de calcul des cotisations des exploitants agricoles sur l'année en cours

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

Position de la commission : suppression

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Adopté à l'initiative de M. Henri Cabanel et de plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen contre l'avis de la commission et du Gouvernement, cet article vise à modifier le mode de calcul des cotisations des exploitants agricoles :

– il pose le principe d'un nouveau mode de calcul sur une base provisionnelle en pourcentage du revenu de l'année précédente, ou lorsque celui-ci n'est pas disponible, sur une base forfaitaire, avec une régularisation lorsque le revenu est définitivement connu ;

– il crée une dérogation qui permet de calculer les cotisations sur la base d’une assiette forfaitaire, lorsque les éléments disponibles ne permettent pas de calculer autrement le revenu.

2. La position de la commission

● En cohérence avec sa position en première lecture à l’Assemblée nationale sur des amendements similaires, le rapporteur général propose de supprimer cet article. En effet, au regard des nombreux paramètres renvoyés au pouvoir réglementaire dans la rédaction proposée, rien ne permet de montrer qu’il serait plus efficace que ce qui existe aujourd’hui pour faire face à des aléas (options entre assiette triennale ou assiette N-1).

Par ailleurs :

– l’article 13 *bis* du projet de loi supprime les sanctions encourues par les exploitants agricoles qui recourent à la procédure de revenu estimé, à l’instar de ce que fait l’article 13 pour les travailleurs non-salariés non-agricoles ;

– le Gouvernement s’est montré ouvert à travailler à une assiette plus contemporaine qui nécessite toutefois des travaux approfondis.

● La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 13 ter

Remboursement du « trop-perçu » de cotisations aux artistes-auteurs

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat

1. Les dispositions adoptées par l’Assemblée nationale

● Issu du constat effectué par le rapporteur général au cours du Printemps social de l’évaluation de 2021 s’agissant du régime social des artistes-auteurs, cet article, résultant d’un amendement du rapporteur général adopté en commission, puis en séance avec avis favorable du Gouvernement, vise à faciliter le remboursement de l’excès de cotisations versées, sous certaines conditions, par les artistes-auteurs.

En application de l'article L. 382-3 du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, les artistes-auteurs sont notamment assujettis à la cotisation vieillesse « plafonnée ». Lorsqu'ils exercent une activité salariée en sus de leur activité d'auteurs, ils peuvent dépasser le plafond de la cotisation vieillesse plafonnée et verser un surplus de cotisations non dues.

L'URSSAF bénéficie alors d'un « trop-perçu » qui n'est pas rétrocédé automatiquement aux auteurs qui doivent en faire la demande lors de leur déclaration annuelle de revenus.

Dans les faits, une fois la demande faite, ces remboursements ne sont pas immédiats et les auteurs doivent attendre plusieurs mois avant d'obtenir le remboursement de sommes qui leur sont dues.

Il est donc proposé par le présent article de contraindre l'URSSAF à faire droit à la demande de l'artiste-auteur concerné et donc de régulariser sa situation dans un délai de quatre mois.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- À l'initiative de la rapporteure générale, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement rédactionnel, adopté par le Sénat avec avis favorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général est favorable à cette modification et propose donc de maintenir la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 13 quater

Remboursement des cotisations versées en excès par les artistes-auteurs

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

Sort au Sénat : modifié.

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

(1) Selon cet article, « les revenus tirés de leur activité d'auteur à titre principal ou à titre accessoire par les personnes mentionnées à l'article L. 382-1 sont assujettis aux cotisations de sécurité sociale, à l'exception de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, dans les mêmes conditions que des salaires ».

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

- Cet article, issu d'un amendement du rapporteur général adopté en commission des affaires sociales, puis en séance publique, avec avis favorable du Gouvernement, est issu des auditions menées au cours du Printemps social de l'évaluation de 2021.

Le rapporteur général avait en effet fait le constat de ce que l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) demande régulièrement aux artistes-auteurs de lui fournir des certificats de précompte pour justifier du paiement par leurs diffuseurs de leurs cotisations. Or, les diffuseurs peuvent parfois manquer à leur obligation de transmission de ces documents aux artistes-auteurs.

Le pouvoir réglementaire a certes prévu des sanctions à l'égard des diffuseurs qui ne respectent pas cette obligation ⁽¹⁾, mais le présent article vise, dans l'intérêt des artistes-auteurs, à prévoir la délivrance automatique par l'URSSAF des certificats de précompte auprès des artistes-auteurs, sans que ceux-ci n'aient plus besoin de les demander à leurs diffuseurs.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- À l'initiative de la rapporteure générale, la commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement de clarification de la rédaction, adopté par le Sénat avec avis favorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général est favorable à cette modification et propose donc de maintenir la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

(1) Décret n° 2020-1095 du 28 août 2020 relatif à la nature des activités et des revenus des artistes-auteurs et à la composition du conseil d'administration de tout organisme agréé prévu à l'article R. 382-2 du code de la sécurité sociale.

Article 14

Réforme du régime social du conjoint collaborateur

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● 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 *in fine* que de petites pensions.

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, il instaure une base légale à un taux de cotisation global et adapté pour les conjoints collaborateurs des micro-entrepreneurs.

● Outre deux amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté, avec avis favorable de la commission et du Gouvernement, trois amendements identiques de Mme Agnès Firmin Le Bodo et ses collègues du groupe Agir ensemble, ainsi que de MM. Vincent Descoeur et Stéphane Viry et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains.

Ces amendements permettent à un conjoint collaborateur de déroger à la limitation à cinq ans de la possibilité d'exercer sous ce statut dans le cas où, au

terme de cette durée, il se trouverait à cinq ans au plus de la date à partir de laquelle il peut liquider ses droits à pension de retraite. Le cas échéant, il serait loisible au conjoint collaborateur de continuer à exercer sous ce statut jusqu'à la liquidation de ses droits.

2. Les modifications apportées par le Sénat

● Le Sénat a adopté deux amendements, à l'initiative de la rapporteure générale, avec avis défavorable du Gouvernement :

– le premier vise à permettre aux conjoints collaborateurs qui le souhaitent de prolonger le bénéfice de ce statut après la période de cinq ans, dès lors qu'ils cotisent sur une assiette minimale de cotisations. Celle-ci serait soit :

● équivalente à un revenu forfaitaire égal à 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS), soit 20 000 euros pour l'année 2021 ;

● soit sur la base du revenu d'activité du chef d'entreprise, à la condition que cette assiette soit au moins égale à 50 % du même plafond ;

– le second est un amendement rédactionnel clarifiant l'alinéa issu des trois amendements identiques adoptés par l'Assemblée nationale susmentionnés. Il prévoit ainsi que la condition de délai de cinq ans n'est pas applicable aux conjoints collaborateurs dont l'âge, à l'issue de ce délai :

● est au moins de 57 ans, soit l'âge légal de départ à la retraite fixé à l'article L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale, diminué de cinq ans ;

● est égal ou supérieur à l'âge légal de départ à la retraite abaissé en application des articles L. 351-1-1 ⁽¹⁾ ou L. 351-1-3 ⁽²⁾ du code de la sécurité sociale, diminué de cinq ans.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général ne partage pas l'avis de la rapporteure générale du Sénat sur les deux dispositifs adoptés.

S'agissant du premier amendement, celui-ci avait déjà été examiné et repoussé en séance publique à l'Assemblée nationale. Les conjoints collaborateurs disposent déjà aujourd'hui d'une grande souplesse en ce qui concerne l'assiette sur laquelle ils cotisent. Cinq options découlent actuellement des trois choix que permettent l'article L. 662-1 du code de la sécurité sociale :

(1) Cet article fixe les modalités d'abaissement de l'âge légal pour les « carrières longues ».

(2) Cet article fixe les modalités de l'abaissement de l'âge légal pour les travailleurs handicapés, sous certaines conditions d'assurance au sein du régime général.

OPTIONS D'ASSIETTES DE COTISATIONS POUR LES CONJOINTS COLLABORATEURS

Assiette	Montant de cotisations
Revenu forfaitaire	Un tiers du plafond annuel de la sécurité sociale ⁽¹⁾
Un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise, sans partage d'assiette *	Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise
La moitié du revenu du chef d'entreprise, sans partage d'assiette	Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise
Un tiers du revenu d'activité du chef d'entreprise, avec partage d'assiette **	Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise
La moitié du revenu du chef d'entreprise, avec partage d'assiette	Variable en fonction du revenu du chef d'entreprise

(*) Dans ce cas, le chef d'entreprise cotise lui-même sur l'ensemble de son revenu.

(**) Dans ce cas, le chef d'entreprise cotise sur la part restante de son revenu, en l'occurrence les deux tiers.

Source : commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Cette assiette ne peut en tout état de cause être inférieure au seuil minimal retenu pour les cotisations du régime d'assurance vieillesse de base et complémentaire, soit 200 fois le SMIC horaire ⁽²⁾.

Il est donc déjà loisible aux conjoints collaborateurs de cotiser sur la base du PASS. La possibilité de cotiser sur une assiette qui représente la moitié de ce plafond ne règle pas le problème de fond, qui ne permet pas aux conjoints collaborateurs de cotiser suffisamment pour bénéficier d'un montant de pension leur permettant de vivre dignement leur retraite.

C'est tout l'objet de l'article et la raison pour laquelle le rapporteur général s'oppose à la prolongation du statut.

- S'agissant du second amendement, la précision rédactionnelle est la bienvenue. En revanche, l'adaptation de la durée de bénéfice du statut de conjoint collaborateur aux dispositifs de carrière longue pourrait ne pas être opérante, compte tenu du fait que la validation de « trimestres » permettant d'anticiper l'âge légal de départ à la retraite ne peut être connue *a priori*, encore moins dans les cinq ans qui précèdent une telle date hypothétique. Le sixième alinéa du présent article pourrait donc encore faire l'objet d'adaptations.

C'est pourquoi le rapporteur général propose un retour à la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

- La commission a adopté un amendement du rapporteur général rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale, sauf certaines précisions rédactionnelles du Sénat.

*

* *

(1) Soit, en 2021, 41 136 euros.

(2) Article L. 662-1 du code de la sécurité sociale. Ce seuil était de 912 euros en 2020.

Article 14 bis

Limitation dans le temps du bénéfice du statut de conjoint collaborateur dans le secteur agricole

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : suppression conforme.

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

● Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement et d'amendements identiques de M. Nicolas Turquois et ses collègues du groupe du Mouvement Démocrate et apparentés et de Mme Jacqueline Dubois et ses collègues du groupe La République en Marche, adoptés en séance publique avec avis favorable de la commission, visent à limiter à cinq ans le bénéfice du statut de conjoint collaborateur dans le secteur agricole. Cette limitation s'appliquera aux personnes choisissant le statut de conjoint collaborateur après le 1^{er} janvier 2022.

Si le statut de conjoint collaborateur a permis d'apporter reconnaissance et protection sociale aux conjoints, il reste un statut précaire. En effet, le conjoint collaborateur, qui ne perçoit pas de salaire propre, demeure dans une situation de dépendance économique par rapport au chef d'exploitation. Par ailleurs, l'absence de rémunération ne valorise pas de manière satisfaisante la contribution, souvent importante, du conjoint.

De plus, la protection sociale apportée par ce statut est moins importante que celle apportée par d'autres statuts d'actif agricole. Ainsi, selon une étude de la Mutualité sociale agricole (MSA) sur la population active féminine en agriculture en 2018 ⁽¹⁾, les femmes retraitées du statut de conjoint collaborateur perçoivent une pension inférieure de 20 % à celle des hommes, avec près de 260 euros de moins par mois.

Dans ce contexte, plusieurs acteurs ont appelé à prendre acte de cette obsolescence et à moderniser le statut de conjoint collaborateur. En 2013, le comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes recommandait « *d'inciter le conjoint collaborateur à valoriser son expérience professionnelle vers une activité rémunératrice* » ⁽²⁾. En outre, un rapport du Sénat ⁽³⁾ préconisait de « *rendre transitoire le statut de conjoint collaborateur, le temps que la personne concernée puisse se former et affiner son projet professionnel en fonction*

(1) La population active féminine en agriculture en 2018, MSA, 2020.

(2) Feuille de route, Comité interministériel aux droits des femmes et à l'égalité entre les femmes et les hommes, ministère de l'artisanat, du commerce et du tourisme, 2013.

(3) Rapport d'information n° 615 fait au nom de la délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes sur les femmes et l'agriculture : pour l'égalité dans les territoires, par Mmes Annick Billon, Corinne Bouchoux, Brigitte Gonthier-Maurin, Françoise Laborde, M. Didier Mandelli et Mme Marie-Pierre Monier, 5 juillet 2017.

de l'évolution de la situation économique de l'exploitation, puis qu'elle choisisse le statut le plus adapté ».

C'est pourquoi le présent article vise à limiter dans le temps le bénéfice du statut de conjoint collaborateur, dans la lignée de la proposition de loi de M. André Chassaigne, adoptée à l'Assemblée nationale le 17 juin 2021 ⁽¹⁾.

2. Les modifications apportées par le Sénat

- À l'initiative de la rapporteure générale, le Sénat a adopté un amendement de suppression de cet article, avec avis défavorable du Gouvernement, estimant qu'il existait un risque légistique au regard de l'examen en parallèle au Sénat de la proposition de loi précitée.

3. La position de la commission

- À la lumière de l'inscription de la proposition de loi précitée en séance publique au Sénat le 9 décembre prochain, le rapporteur général rejoint la position de la rapporteure générale du Sénat ; il devient en effet superfétatoire d'inscrire cette disposition dans les deux véhicules qui ont vocation à être adoptés à peu de temps d'intervalle.

Pour ces raisons d'ordre légistique, tout en réaffirmant son soutien au fond à cette mesure qui devra être adoptée par le Sénat, le rapporteur général propose le maintien de la suppression de cet article.

- La commission a maintenu la suppression de cet article.

*

* *

CHAPITRE IV

HARMONISER LES RÈGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Article 16

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

(1) Proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles (n° 4137).

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

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

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

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

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

– il clarifie le champ des médicaments remboursés pour lesquels les entreprises sont assujetties à la contribution sur les dépenses de promotion du médicament mais aussi de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques, 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.

● L'Assemblée nationale a adopté en séance publique deux amendements rédactionnels à l'initiative du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Outre l'adoption d'un amendement rédactionnel de la rapporteure générale, le Sénat a modifié l'article sur plusieurs points substantiels :

– à l'initiative de M. René-Paul Savary et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, plusieurs spécialités ont été exclues du calcul de la clause de sauvegarde « médicaments » (génériques, hybrides et biosimilaires) ; ce même amendement a réduit le seuil de déclenchement de la clause de 5 milliards d'euros pour tenir compte de la réduction de cette assiette ;

– à l'initiative de la rapporteure générale et contre l'avis du Gouvernement, un barème progressif a été introduit pour la clause de sauvegarde « dispositifs médicaux » inspiré de ce qui existe pour la clause « médicaments » (taux de 40, 50 et 60 % en fonction du niveau du dépassement – respectivement moins de 1 %, entre 1 et 2 % et plus de 2 % ⁽¹⁾) ;

(1) Les taux retenus sont même inférieurs à ce qui est applicable dans le médicament (50, 60 et 70 %) mais s'appliquent à des dépassements plus importants (pour le médicament, cela correspond respectivement aux

– à l’initiative de la rapporteure générale et contre l’avis du Gouvernement, la déduction des remises versées à l’assurance maladie au titre d’une convention nationale (cas visé à l’article L. 162-18 du code de la sécurité sociale), dans le cadre de l’accès précoce (cas visé au II de l’article L. 162-16-5-1-1 du même code) ou de l’accès direct prévu par l’article 36 du projet de loi du montant de la contribution sur le chiffre d’affaires due par les entreprises pharmaceutiques ; cette déduction est déjà possible pour les remises consenties directement par ces dernières mais n’est pas valable lorsque la remise est en réalité une obligation de l’entreprises en l’application d’une convention ou de la loi.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général souhaite rétablir la rédaction de l’Assemblée nationale, sous réserve de l’ajustement rédactionnel bienvenu ajouté par le Sénat :

– s’agissant des modifications apportées à la clause « médicaments », elles vont à l’encontre de la logique adoptée depuis 2019 visant à garantir, d’une part, une stabilité des principales règles de calcul de la clause et, d’autre part, à assurer leur prévisibilité ; l’ampleur de l’abaissement du seuil de déclenchement M montre bien à quel point le changement proposé modifie en profondeur les équilibres de la clause, qui doit refléter l’ensemble de la dépense de médicaments remboursable pour être comprise, cohérente et comparable d’une année à l’autre ;

– s’agissant du nouveau barème de la clause « dispositifs médicaux », la comparaison avec le barème de la clause « médicaments » est hâtive : la première porte en l’état du droit sur la dépense remboursable et non sur la dépense remboursée et se concentre sur les dispositifs médicaux de la liste en sus, et non sur l’ensemble du secteur ; les taux ne sont donc pas comparables car ils s’appliquent à des assiettes très différentes ; par ailleurs, la clause « Z » ne s’est encore jamais déclenchée, il est donc prématuré d’en souligner le caractère excessif alors qu’elle semble au contraire accompagner une évolution maîtrisée de cette dépense ;

– enfin, la déduction de remises obligatoires du calcul du chiffre d’affaires soumis à contribution reviendrait à en affaiblir d’autant leur portée, ce qui n’est pas cohérent avec leur vocation.

● La commission a adopté un amendement de rédaction globale du rapporteur général rétablissant la rédaction de l’Assemblée nationale, moyennant le maintien des précisions rédactionnelles apportées par le Sénat sur l’entrée en vigueur de certaines dispositions.

*

* *

Article 16 bis A (nouveau)

Exonération de l'ensemble des médicaments dérivés du sang de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Adopté à l'initiative de M. Martin Lévrier (groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants), avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, cet article additionnel prévoit d'exonérer l'ensemble des médicaments dérivés du sang de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

Dans le droit existant, cette exonération est réservée aux médicaments dérivés du sang qui respectent les principes posés par le code de la santé publique en matière de prélèvement du sang (consentement, tests préalables, condition de majorité ou de consentement des parents pour les mineurs) (rédaction actuelle du 3^o du III de cet article).

2. La position de la commission

● En cohérence avec sa position lors des débats sur la précédente loi de financement et à l'Assemblée nationale sur des amendements similaires, le rapporteur général propose la suppression de cet article qui apporte une mauvaise réponse (une nouvelle exonération indiscriminée, qui ne tient notamment pas compte du cadre éthique de collecte du sang) à une véritable question (celle de l'approvisionnement de la France en médicaments dérivés du sang).

Il rappelle par ailleurs que la filière française du sang et certaines associations de donneurs bénévoles se sont positionnés contre une telle mesure.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 16 bis

Amende en cas de récidive du non-respect de ses obligations de service public par le grossiste-répartiteur

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications

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

● L'article 16 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de Mme Audrey Dufeu et de ses collègues du groupe La République en Marche, avec avis favorable de la commission et du Gouvernement. Il prévoit une nouvelle amende pour les grossistes-répartiteurs qui récidiveraient à ne pas respecter leurs obligations de service public concernant la distribution des médicaments.

● Les grossistes-répartiteurs sont une catégorie d'acteurs intervenant dans la chaîne de distribution du médicament. Cette chaîne est tout d'abord constituée par les dépositaires de médicaments, qui assurent le stockage et la distribution des médicaments à destination principalement des grossistes-répartiteurs, mais aussi, dans une moindre mesure, directement des pharmacies d'officine et hospitalières. Interviennent ensuite les grossistes-répartiteurs, qui distribuent les médicaments à ces pharmacies (6 millions de boîtes de médicaments distribuées quotidiennement auprès des 21 000 pharmacies françaises) ⁽¹⁾. Ces dernières constituent le dernier maillon de cette chaîne de distribution en dispensant les médicaments aux patients.

Les grossistes-répartiteurs sont soumis à des obligations de service public. On peut citer parmi les obligations les plus significatives celles mentionnées à l'article R. 5124-59 du code de la santé publique :

– le grossiste doit desservir toutes les pharmacies de son secteur ⁽²⁾, sans en exclure aucune ;

– il doit livrer tout médicament en stock dans les 24 heures ;

– il doit avoir en stock au moins 90 % des médicaments et accessoires médicaux ;

– il doit pouvoir satisfaire deux semaines de consommation de sa clientèle habituelle.

(1) *Rapport d'information en conclusion de la mission d'information sur les médicaments, présenté par Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine, p. 166.*

(2) *Les grossistes-répartiteurs définissent leur zone d'intervention au moment de leur autorisation. Celle-ci doit être compatible avec l'exécution.*

Cependant, les auditions menées par la mission d'information sur les médicaments au cours du premier semestre 2021 ont mis en lumière des comportements de certains grossistes-répartiteurs contraires à ces obligations de service public⁽¹⁾. Les grossistes étant autorisés à se rémunérer en réalisant une marge réglementée en fonction d'un pourcentage du prix unitaire de vente du médicament, certains grossistes, dits « *short liners* »⁽²⁾ concentrent ainsi leur activité sur certains médicaments leur permettant de dégager une marge importante et offrant des conditions commerciales avantageuses pour les pharmaciens. De l'autre côté, les *full liners*, eux, assurent la distribution d'une large gamme de médicaments. Se focalisant sur les produits les plus rémunérateurs, les *short liners* peuvent alors être en situation de ne pas pouvoir respecter leurs obligations de service public, et notamment de disposer d'un stock suffisant de médicaments et de les distribuer aux pharmacies dans les 24 heures.

Afin de lutter contre ces pratiques menaçant le bon fonctionnement de la chaîne de distribution, le code de la santé publique prévoit deux types de sanction pour les grossistes-répartiteurs qui ne respectent pas leurs obligations de service public :

– une sanction administrative, prévue au 5° de l'article L. 5423-8 du code, qui peut aller jusqu'à 150 000 euros d'amende pour une personne physique et à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos, dans la limite de 1 million d'euros, pour une personne morale⁽³⁾. Cette sanction est prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : en 2018, cette dernière a prononcé cinq sanctions à l'encontre de *short liners*, pour un montant total de 480 500 euros⁽⁴⁾ ;

– une sanction pénale, prévue à l'article L. 5423-5 du code⁽⁵⁾, qui peut aller jusqu'à deux ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

• Le présent article 16 *bis* vise à décourager ces pratiques en renforçant le volet pénal des sanctions à l'encontre des grossistes qui ne respectent pas leurs obligations de service public. Il vient ainsi créer une nouvelle sanction pénale consistant, en cas de récidive dans le non-respect de ces obligations, en une amende pouvant aller jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires annuel le plus élevé des trois derniers chiffres d'affaires annuels connus à la date des faits. L'article prévoit que le produit des amendes ainsi prononcées sera versé à l'ANSM.

(1) Rapport d'information précité., pp. 173-174.

(2) Il y en aurait trente-six en 2021 selon la Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CRSP), en augmentation ces dernières années.

(3) Article L. 5471-1 du code de la santé publique.

(4) Rapport d'information précité., p. 174.

(5) Tel qu'il résulte de l'article 5 de l'ordonnance n° 2013-1183 du 19 décembre 2013 relative à l'harmonisation des sanctions pénales et financières relatives aux produits de santé et à l'adaptation des prérogatives des autorités et des agents chargés de constater les manquements.

Ce faisant, la sanction prévue par l'article 16 *bis* procède à un alignement du volet pénal sur le volet administratif, le code de la santé publique prévoyant déjà pour ce dernier une sanction financière, prononcée par l'ANSM, pouvant aller jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos (voir *supra*). Elle apparaît donc proportionnée à la gravité du comportement incriminé, conformément au principe constitutionnel de proportionnalité des peines. Du reste, la pénalisation de comportements entravant le bon fonctionnement de la chaîne de distribution du médicament n'est pas exclusive des grossistes-répartiteurs : elle concerne aussi, par exemple, les pharmacies, l'article L. 5423-1 du code de la santé publique incriminant le fait d'être propriétaire ou de diriger une entreprise comportant une pharmacie sans être pharmacien ou en avoir désigné un à sa direction générale ou à sa gérance ⁽¹⁾.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l'initiative de la rapporteure générale et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a substitué à la notion de « *récidive* » celle de « *manquement grave et répété constituant un risque pour la sécurité d'approvisionnement en médicaments* ».

3. La position de la commission

● Si le rapporteur général comprend l'intention de son homologue du Sénat de préciser la notion de « *récidive* », la rédaction proposée n'est pas tout à fait satisfaisante puisqu'elle restreint fortement l'interprétation qui peut être donnée de la disposition pénale. La référence à la « *sécurité d'approvisionnement en médicaments* » paraît en outre superflue car l'ensemble des obligations des grossistes-répartiteurs est lié à cette préoccupation.

Il laissera le soin aux auteurs de l'amendement initial de rétablir cet article, tout en les invitant à préciser la notion de *récidive* notamment sur son champ temporel.

● La commission a rétabli la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de Mme Audrey Dufeu et des membres du groupe La République en Marche, tout en ajoutant la précision que la *récidive* devait s'entendre de la répétition des faits dans un délai de cinq ans.

*

* *

(1) Comportement passible de deux ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende.

Article 16 ter

Moyens et missions des comités de protection des personnes

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● Adopté à l'initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Mouvement démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés), cet article additionnel prévoit :

– d'une part, une majoration de la taxe sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques de 0,18 % à 0,20 % sur les médicaments remboursés (contribution « de base ») affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie (I) ; comme en 2021 (0,1 point supplémentaire, soit 2,5 millions d'euros), cette majoration de 5 millions d'euros vise à financer l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) qui elle-même pourra augmenter les financements des comités de protection des personnes (CPP) ; il s'agirait plus précisément de la revalorisation de l'indemnisation des membres-rapporteurs des CPP, du développement des moyens d'expertise et de l'harmonisation de leurs pratiques ;

– d'autre part, une réforme du cadre des recherches impliquant la personne humaine (II), dans le sillage de plusieurs travaux portant sur le fonctionnement des comités de protection des personnes en France mais aussi du rapport remis par le professeur Patrick Rossignol au Gouvernement sur les essais cliniques en contexte épidémique ⁽¹⁾.

Cette réforme inclut :

– la reconnaissance légale des comités d'éthique locaux de la recherche (CELR) ; les CELR sont chargés de procéder de manière indépendante à l'évaluation des projets de recherche « *qui ne comportent aucun risque ni contrainte dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits utilisés de manière inhabituelle* » ⁽²⁾ (ce que le législateur appelait jusqu'ici recherches « *non interventionnelles* ») à la place des comités de protection des personnes (CPP) ; ils doivent être agréés par le ministère chargé de la santé et leurs membres sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé compétente territorialement ;

(1) Patrick Rossignol, rapport de la mission « Essais cliniques en contexte épidémique », 7 juin 2020, disponible ici : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_essais_cliniques_p_rossignol_07062020.pdf

(2) Article L. 1121-1 du code de la santé publique.

un des membres doit représenter une association d’usagers du système de santé ; ils peuvent être créés dans chaque centre hospitalier ⁽¹⁾ ;

– la création d’une commission nationale de coordination et de recours de ces CELR qui « *coordonne, harmonise et évalue les pratiques de ces comités* » ; pour ce faire, la commission est chargée par le législateur d’élaborer un règlement intérieur type et se prononce sur les demandes de second examen sur certains projets ; cette commission s’inspire de la commission nationale des recherches impliquant la personne humaine (CNRIPH) qui assure un rôle similaire pour les comités de protection des personnes (nouvel article L. 1123-1-2 issu du **12°** du **II**) ;

– un parcours accéléré pour les recherches impliquant la personne humaine liées à une situation d’urgence sanitaire, qui permet au ministre de désigner immédiatement le comité chargé d’examiner le projet (*e* du **15°** du **II**) ; il s’agit de la pérennisation de l’article 17 de l’ordonnance du 22 avril 2020 ⁽²⁾ qui avait déjà prévu une telle possibilité jusqu’au 31 décembre 2021.

Tout en désengorgeant les CPP, les CELR et la commission nationale de coordination offriront les mêmes garanties que les CPP sur plusieurs points essentiels :

– l’interdiction des conflits d’intérêt pour les membres de la commission nationale avec les mêmes peines que celles qui sont prévues pour la CNRIPH aujourd’hui (**12°** du **II**) ;

– l’examen du dossier selon les mêmes modalités et avec les mêmes finalités que les CPP aujourd’hui (protection de la personne, pertinence de la recherche, adéquation entre les objectifs poursuivis et les moyens mis en œuvre) (**16°** du **II**).

L’article procède par ailleurs à de nombreuses coordinations liées à la création de ces nouveaux comités dans les articles L. 1121-1 à L. 1451-1 du code de la santé publique, ainsi qu’à quelques précisions rédactionnelles.

Si elles sont de nature à simplifier la mise en œuvre de recherches, les modifications proposées ne reviennent pas sur les « principes généraux » de la loi « Jardé » :

– l’ANSM peut être saisie en cas de doute du comité (CPP ou CELR) sur la qualification de la recherche (article L. 1121-4 du code de la santé publique) ;

– l’ANSM reste l’autorité d’inspection et de police sanitaire (l’article L. 1123-7 continue à préciser que l’agence a accès à « *toutes informations utiles relatives aux recherches* ») ;

(1) Nouvelle rédaction de l’article L. 1123-1 qui prévoyait jusqu’ici l’existence des CPP, telle qu’issue du **11°** du **II** de l’article.

(2) Ordonnance n° 2020-460 du 22 avril 2020 portant diverses mesures prises pour faire face à l’épidémie de covid-19.

– CPP et CELR peuvent saisir le comité d’expertise pour les recherches, les études et l’évaluation dans le domaine de la santé (CEREES) en vue que celui-ci donne un avis sur la nécessité du recours à des données à caractère personnel ;

– le principe de non-opposition des personnes sur lesquelles sont pratiquées les recherches même non interventionnelles (article L. 1126-1 du même code) ;

– le maintien du format des dossiers, avec notamment un document attestant que la recherche est conçue et réalisée conformément au droit applicable, une déclaration de conformité des traitements de données et un questionnaire d’autoévaluation (II de l’article L. 1123-7 du même code).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Si le Sénat a maintenu le principe d’une revalorisation de la contribution « de base » sur le chiffre d’affaires des entreprises pharmaceutiques, il a supprimé à l’initiative de sa rapporteure générale et contre l’avis du Gouvernement, les dispositions relatives à la recherche proprement dite.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose que son auteur rétablisse la rédaction de l’Assemblée nationale, prenant acte du fait que son homologue du Sénat « *ne nie pas l’intérêt d’une réforme d’ampleur de l’évaluation éthique des recherches biomédicales* » et considérant que l’ensemble de ces dispositions forment un « tout » en faveur de la recherche.

● La commission a rétabli la rédaction de l’Assemblée nationale à l’initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille.

*

* *

Article 16 quater (nouveau)

Création d’une taxe sur la publicité en faveur des jeux d’argent et de hasard dont le produit est affecté à l’assurance maladie

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d’un amendement de Mme Jocelyne Guidez et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, ainsi que des amendements identiques de Mme Raymonde Poncet Monge, Mme Angèle Prévaille et de leurs

collègues du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires et de Mme Laurence Cohen et ses collègues du groupe communiste républicain citoyen et écologiste, adopté avec avis défavorable de la commission et du Gouvernement, introduit une contribution nouvelle portant sur les messages publicitaires en faveur de jeux d'argent et de hasard.

Cette contribution, dont le taux est fixé à 5 %, serait assise sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, et payée par les annonceurs.

Les modalités de recouvrement de cette contribution seraient les suivantes :

– le fait générateur serait constitué par la diffusion des messages publicitaires ;

– la contribution serait exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ;

– elle serait déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée ;

– pour couvrir les frais afférents à ce recouvrement, l'État opèrerait un prélèvement de 5 % sur le montant de la contribution.

Le produit de la contribution, enfin, serait affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

2. La position de la commission

● Le rapporteur général partage naturellement l'ambition que portent les auteurs de ces amendements et souhaite rappeler, à titre liminaire, que le Gouvernement et la majorité se sont engagés dans la création de taxes « comportementales », sur ce modèle, s'agissant du tabac ⁽¹⁾ comme de l'alcool ⁽²⁾. Ce type d'instrument est toutefois loin d'être le seul qui soit efficace pour mener des politiques de prévention, puisque celle-ci comprend également l'information du public, par le biais d'instruments comme le « Nutri-score » ⁽³⁾ ou les campagnes de sensibilisation menées régulièrement par les autorités sanitaires.

S'agissant du présent article, le rapporteur général propose de le supprimer, en raison de :

– l'existence d'une fiscalité propre aux jeux visés et en particulier aux paris en ligne. Celle-ci, fixée par les articles 302 *bis* ZH et 302 *bis* ZI du code général des

(1) En témoigne la trajectoire d'augmentation du prix du paquet de cigarettes, qui a atteint la cible de 10 euros en 2020.

(2) En témoigne l'adoption d'une « taxe prémix » dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, à l'initiative de Mme Audrey Dufeu.

(3) Article L. 3232-8 du code de la santé publique.

impôts, comprend des taux autrement plus importants que ceux qui sont proposés dans le présent article. Ainsi, s'agissant du produit brut des jeux au titre des paris en ligne, le taux est fixé à 33,7 % ;

– difficultés rédactionnelles propres à l'article. Le troisième alinéa renvoie ainsi à plusieurs reprises à des documents qui ne sont pas mentionnés par ailleurs dans l'article. L'imprécision de rédaction de la contribution pourrait entraîner des effets de bord nuisant à la cohérence de la fiscalité sur les activités visées.

C'est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 16 quinquies (nouveau)

Extension au tabac à chauffer de la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat

● Le présent article, issu d'un amendement de Mme Chantal Deseyne et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, ainsi que des amendements identiques de Mme Nadège Havet et plusieurs de ses collègues du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants et de M. Jean-Yves Roux et plusieurs de ses collègues du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen, adopté avec avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement, vise à intégrer appliquer aux produits du tabac à chauffer le même droit à la consommation que celui qui est actuellement applicables aux cigarettes.

2. La position de la commission

● Le présent article est identique à un amendement examiné et repoussé par l'Assemblée nationale en première lecture. Le rapporteur général souhaite, en cohérence, supprimer cet article, pour plusieurs raisons :

– en premier lieu, la catégorie fiscale du « tabac à chauffer » n'existe actuellement ni dans le droit français, ni dans le droit européen. La directive actuellement applicable relative aux droits d'accise sur les tabacs ⁽¹⁾, en date

(1) Directive 2011/64/UE du Conseil du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux des accises applicables aux tabacs manufacturés.

de 2011, reconnaît comme tabacs manufacturés les cigarettes, les cigarillos, le tabac fine coupe destiné à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer. Il n'existe donc pas de catégorie propre aux « tabacs à fumer », lesquels ne sont pas définis non plus en droit français, le code général des impôts ayant transcrit fidèlement les catégories du droit de l'Union européenne.

D'autres États membres de l'Union européenne ont créé des catégories supplémentaires par rapport à celles qui sont actuellement reconnues par la directive précitée. Le rapporteur général estime cependant qu'il convient de ne pas multiplier la fragmentation fiscale en matière de produits manufacturés du tabac, quand, précisément, cette fragmentation favorise les circuits parallèles, notamment aux frontières nationales. C'est le constat qu'ont fait nos collègues Éric Woerth et Zivka Park dans leur récent rapport présenté au nom la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire de l'Assemblée nationale : *« L'ampleur du marché parallèle résulte principalement des écarts croissants de prix du tabac entre la France et les autres pays de l'Union européenne. [...] Ces obligations laissent une grande latitude aux États pour déterminer le montant des accises exigibles sur les ventes de tabac. En conséquence, la pression fiscale sur les cigarettes, et a fortiori le prix de ces dernières, divergent fortement entre la France et ses voisins ⁽¹⁾. »*

Au moment où la directive de 2011 fait l'objet de travaux destinés à prendre en compte l'émergence de nouveaux produits du tabac manufacturés afin de créer une fiscalité modernisée et cohérente, sous l'autorité de la France au cours de sa présidence de l'Union européenne au premier semestre 2022, le rapporteur général estime que ce n'est pas le moment d'encourager la création de nouvelles catégories et taxes à l'échelle nationale ;

– le placement des tabacs à chauffer dans la même catégorie que les cigarettes semble par ailleurs contre-intuitif, notamment au regard des autres catégories de tabac manufacturé. Les études récentes sur ce sujet ne concluent certes pas à une absence de nocivité des tabacs à chauffer. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime ainsi ⁽²⁾ que *« la réduction de l'exposition à des produits chimiques nocifs contenus dans les produits du tabac chauffés ne les rend pas sans danger et ne se traduit pas non plus par une diminution des risques pour la santé humaine »* et que les conséquences sanitaires de l'exposition à ces toxines sont actuellement inconnues. Une autre étude souvent citée dans les débats relatifs aux tabacs à chauffer ⁽³⁾, conclut toutefois que *« l'aérosol de cigarette chauffée (HTP) présente une cytotoxicité réduite par rapport à la fumée de cigarette, mais plus*

(1) *Rapport d'information du 29 septembre 2021 en conclusion des travaux de la mission d'information relative à l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et aux enseignements pouvant en être tirés.*

(2) *Déclaration de l'OMS sur les produits du tabac chauffés et la décision de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis d'Amérique concernant IQOS.*

(3) *Romain Dusautoir et alii, « Comparison of the chemical composition of aerosols from heated tobacco products, electronic cigarettes and tobacco cigarettes and their toxic impacts on the human bronchial epithelial BEAS-2B cells », Journal of Hazardous Materials, 7 juillet 2020.*

élevée que les émissions de vapotage », bien que les tabacs à chauffer comprennent encore un degré élevé de carbonyles. En conséquence, il ne semble pas proportionné de placer les tabacs à chauffer dans la catégorie des cigarettes, au risque d'encourager le report de personnes qui utilisent ce mode alternatif de consommation de tabacs manufacturés vers les cigarettes ou le tabac à rouler. À l'inverse, il ne serait pas pertinent d'exonérer le tabac à chauffer de la fiscalité applicable aux tabacs nocifs ;

– l'article tel qu'adopté présente enfin des fragilités rédactionnelles. Il ne prévoit aucune conséquence, en particulier, s'agissant de l'application d'une fiscalité spécifique aux tabacs à chauffer en Corse, puisqu'il ne modifie pas le droit de consommation applicable sur l'île, défini à l'article 575 E *bis* du code général des impôts. Il aurait donc pour conséquence de créer, outre les différences de taux existantes, des différences d'assiette augmentant encore l'illisibilité des droits d'accise relatifs aux produits manufacturés du tabac.

Pour l'ensemble de ces raisons, le rapporteur général propose la suppression du présent article.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

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

Article 17

Transferts financiers entre branche de la sécurité sociale

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● 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 éléments :

– comme en 2021, le transfert d’une fraction de taxe sur les salaires 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 ;

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

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l’initiative de sa rapporteure générale et contre l’avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé le transfert de 1 milliard d’euros lié aux indemnités journalières dérogatoires.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose de rétablir la rédaction de l’Assemblée nationale, estimant que ce transfert de 1 milliard d’euros de la branche famille vers la branche maladie est pleinement justifié :

– d’abord, au regard de la nature des prestations financées, qui peuvent sans effort particulier d’imagination s’assimiler à des dépenses de soutien à la garde d’enfants ; preuve en est que la mise en œuvre de ces indemnités journalières a contribué en parallèle à diminuer ces dépenses comme le montre le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale ;

– la situation financière respective des deux branches ne remet en cause ni le caractère excédentaire de la branche famille, ni durablement l’ampleur de cet excédent puisque la mesure est ponctuelle ; la branche famille retrouvera une fraction équivalente de ses ressources dès 2023, l’effet « indemnités journalières » étant terminé à cette date ;

– le caractère rétrospectif du versement est quant à lui justifié par le nécessaire recul sur le coût de la mesure.

● La commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l’Assemblée nationale à travers un amendement de rédaction globale de son rapporteur général.

*

* *

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifiés.

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

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

Les articles 19 et 20, adoptés sans modification à l'Assemblée nationale, prévoyaient, au-delà d'une situation contrastée entre les branches, un solde déficitaire de l'ensemble des régimes obligatoires et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) de 22,6 milliards d'euros.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

• À l'initiative du Gouvernement et avec un avis favorable de la commission, le Sénat a adopté à l'**article 19** un nouveau tableau d'équilibre tenant compte « de l'amélioration des hypothèses macro-économiques, des amendements votés à l'Assemblée nationale ainsi que de la majoration de l'ONDAM 2022 » (exposé sommaire de l'amendement du Gouvernement).

COMPARAISON DES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE DES RÉGIMES DE BASE

(en milliards d'euros)

	Prévisions initiales 2022 (texte adopté par l'Assemblée nationale)			Prévisions initiales 2022 (texte adopté par le Sénat)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Vieillesse	253,1	256,6	- 3,6	253,6	256,6	-3,0
Maladie	209,9	229,6	- 19,7	211,0	230,1	- 19,1
Famille	51,4	49,7	1,7	51,6	49,7	1,9
Autonomie	33,3	34,2	- 0,9	33,4	34,4	- 1,1
AT-MP	15,6	14,1	1,4	15,6	14,1	1,5
Total	548,4	569,5	- 21	550,5	570,2	- 19,7
Total incluant le FSV	547,2	569,8	- 22,6	549,2	570,6	- 21,4

Source : PLFSS 2022 adopté par l'Assemblée nationale en première lecture et PLFSS 2022 adopté par le Sénat en première lecture.

La modification du tableau fait apparaître une amélioration de l'ensemble des recettes (+ 2 milliards d'euros), relativement homogène entre les branches en fonction de leur « surface financière » qui correspond à l'amélioration des prévisions macro-économiques. Le rehaussement de la prévision en 2021 introduit en effet un « effet de base » favorable en 2022, du même ordre.

En dépenses, la situation est plus contrastée : les branches vieillesse, famille et accidents du travail et maladies professionnelles ne connaissent pas de modification en l'absence de mesures nouvelles.

La branche maladie est directement concernée par un rehaussement de l'ONDAM, plus explicitement commenté à l'article 56 (+ 500 millions d'euros).

La branche autonomie est également concernée par le rehaussement de l'ONDAM mais aussi par les amendements adoptés en première lecture à l'Assemblée nationale (+ 200 millions d'euros au total).

- Le Sénat a adopté un amendement similaire à l'**article 20** qui porte uniquement sur le régime général et le FSV. Les évolutions sont exactement les mêmes que celles décrites ci-dessus pour l'ensemble des régimes.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter ces deux articles sans modification « à mesures constantes » même si le propre de ces articles « de chiffres » est d'évoluer au gré de la discussion pour garantir la sincérité des dispositions adoptées.

- La commission a adopté ces articles sans modification.

*

* *

Article 23

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

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.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l'initiative de la rapporteure générale, du groupe communiste républicain citoyen et écologiste et du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain et contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article.

3. La position de la commission

- Outre que la suppression d'un article obligatoire est une impasse juridique alors même que le Sénat a entendu adopter un texte, le rapporteur général ne partage pas les motifs – contradictoires – qui ont conduit à la suppression de cet article.

Aux termes des dispositions organiques et de la jurisprudence constitutionnelle, la trajectoire financière de l'annexe B doit refléter fidèlement, sur la base des données connues, l'évolution de moyen terme du solde, des recettes et des dépenses des régimes et des branches. Il s'agit d'un acquis considérable pour le Parlement, qui dispose ainsi d'une vision pluriannuelle régulièrement actualisée qui connaît peu d'équivalents.

Or, la trajectoire fournie par le Gouvernement au Parlement répondait à ces exigences, quitte à illustrer la difficulté des régimes à revenir « spontanément » à l'équilibre à horizon 2025, malgré de nettes améliorations. Un amendement du Gouvernement repoussé par le Sénat aurait même contribué à revoir cette trajectoire de manière favorable au regard des dernières informations disponibles sur la situation macro-économique (déficit de 13,2 milliards d'euros à horizon 2025 contre 15,3 milliards d'euros dans la rédaction supprimée).

L'annexe B ne saurait en revanche être assimilée à une « règle d'or » dont l'introduction relèverait plutôt d'une disposition organique, voire constitutionnelle, selon les modalités voulues.

L'application stricte de règles qui ont pu être envisagées par le passé trouve par ailleurs difficilement à s'appliquer dans le contexte actuel. Alors que s'annonce seulement la sortie d'une crise qui avait « percuté » les finances sociales comme jamais auparavant, l'espérance que le Gouvernement serait en mesure de proposer à l'horizon de quatre années – celui de l'annexe B – un retour à l'équilibre strict des finances sociales était délibérément conçue pour être déçue. Les ordres de grandeur du déficit à cet horizon sont d'ailleurs sans commune mesure avec les propositions d'économies faites par le Sénat, sans compter les pertes de recettes qui résultent de

certains amendements adoptés. La résorption durable et véritable de ce déficit résiduel relève en vérité dans le temps politique qui est le nôtre en grande partie des débats nationaux à venir, dans lesquels les deux chambres peuvent et doivent prendre toute leur part.

À l'extrême inverse, reprocher à l'article 23 d'imposer par lui-même une contrainte excessive, notamment sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, revient à nier totalement et par avance le bien-fondé de toute mesure d'économie sur ce poste, y compris en travaillant sur la pertinence des soins, l'organisation du système de santé ou la régulation des prix pratiqués sur les produits de santé. Cette position de principe ne peut être partagée par le rapporteur général, indépendamment des légitimes clivages politiques.

Il propose donc de rétablir la rédaction de l'Assemblée nationale, en y intégrant, dans la mesure où les données rendues disponibles par le Gouvernement le permettront, une trajectoire sincère et réaliste.

• La commission a rétabli cet article dans une rédaction reprenant l'amendement du Gouvernement déposé au Sénat et tombé à la suite de la suppression de cet article.

La nouvelle trajectoire présentée tient notamment compte de la modification des tableaux d'équilibre pour 2021 (article 7) et pour 2022 (articles 19 et 20).

Outre les nombreuses informations apportées par la partie « littéraire » de l'annexe B rétablie, le rapporteur général a obtenu des précisions sur la ventilation exacte des corrections opérées de la part de la direction de la sécurité sociale (cf. tableau ci-dessous), qui peuvent être synthétisées par quelques remarques :

– la correction ne concerne que les comptes du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse comme pour les articles 7, 19 et 20 ;

– les hypothèses de croissance du produit intérieur brut, de la masse salariale, d'inflation ou de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ne sont pas substantiellement modifiés pour la période 2023-2025 ⁽¹⁾ ;

– l'effet en recettes issu des révisions macro-économiques excède de très loin les mesures nouvelles sur l'ensemble de la période ;

– la hausse de la « base » de l'ONDAM en 2021 produit logiquement un effet continu sur la période, les taux d'évolution prévus n'ayant pas changé.

(1) De manière plus détaillée, la prévision de croissance de PIB est maintenue sur la période, la croissance de la masse salariale varie légèrement en « annuel » avec un effet globalement positif (3,9 % au lieu de 4,0 % en 2023, 3,4 % au lieu de 3,6 % en 2024 et 3,5 % au lieu de 3,5 % en 2025), l'inflation est revue marginalement à la baisse en 2025 (1,75 % au lieu de 1,8 %) et les taux d'ONDAM sont inchangés.

Au total, malgré des mouvements en sens contraires, la trajectoire financière serait améliorée d'ici 2025 de 2,1 milliards d'euros au total, soit un déficit de 11,1 milliards à cet horizon au lieu des 13,3 milliards initialement prévus (13,2 milliards d'euros au lieu de 15,3 milliards à l'échelle de l'ensemble des régimes obligatoires et du FSV).

IMPACT FINANCIER DES CORRECTIONS OPÉRÉES À L'ANNEXE B VOTÉE EN PREMIÈRE LECTURE PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE

(*impact financier sur les soldes en milliards d'euros*)

	2021	2022	2023	2024	2025
Solde RG+FSV PLFSS 2022	-34,6	-21,6	-14,6	-13,0	-13,3
Révisions macro (yc arbitrage recettes fiscales)	2,2	2,1	2,4	3,1	3,4
Secteur activité	1,9	1,5	1,8	2,4	2,6
TVA	0,4	0,6	0,6	0,6	0,6
Autres recettes fiscales	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2
Inflation	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autre	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Solde financier	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Mesures	-1,1	-0,8	-1,1	-1,2	-1,3
ONDAM	-1,7	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5
TVA compensation vaccins	0,7				
Dotation qualité CNSA		-0,1	-0,3	-0,4	-0,5
Revalo personnels foyers/établissements handicap financés par les départmt		-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
IJ maternité artistes auteurs		0,0	0,0	0,0	0,0
Correction mesures PLFSS	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	0,0
Solde actualisé RG+FSV	-33,5	-20,4	-13,3	-11,2	-11,1
Total des écarts	1,1	1,2	1,3	1,8	2,1

Source : direction de la sécurité sociale.

*

* *

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022**

**TITRE I^{ER}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES**

**CHAPITRE I^{ER}
POURSUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ**

Article 24

Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

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

Il prévoit ainsi 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 (HAS) et être inscrites sur une liste créée spécifiquement à cet effet.

Cet article prévoit également la transition entre les expérimentations ETAPES (expérimentations de télé médecine 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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement, permettant de s'assurer que les activités de télésurveillance seront bien réalisées par des professionnels de santé exerçant auprès d'offres de soins traditionnels, à savoir des professionnels de santé exerçant en libéral ou au sein d'un établissement de santé, d'un centre de santé, d'une maison de santé pluriprofessionnelle, ou d'un établissement ou un service médico-social.

L'Assemblée nationale a également adopté trente-six amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre un amendement de coordination, le Sénat a adopté trois amendements de fond, à l'initiative de la commission.

Le premier amendement, sous-amendé par le groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, a été adopté avec l'avis favorable du Gouvernement. Il étend aux dispositifs médicaux numériques de télésurveillance pris en charge au titre du régime de droit commun les mêmes exigences en matière d'interopérabilité⁽¹⁾ que celles applicables aux dispositifs médicaux numériques faisant l'objet de la prise en charge anticipée prévue par l'article 33.

Le deuxième amendement a été adopté contre l'avis du Gouvernement. Il prévoit la possibilité, pour la base forfaitaire rémunérant l'activité de télésurveillance, d'être dissociée en deux forfaits : l'un rémunérant le professionnel de santé et l'autre rémunérant l'exploitant ou le distributeur du dispositif médical numérique.

Le troisième amendement a également été adopté contre l'avis du Gouvernement. Il prévoit que l'activité de télésurveillance ne sera pas prise en charge en cas de refus du patient à la transmission des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de l'utilisation effective du dispositif médical numérique. Il rappelle également que le niveau de prise en charge pourra être modulé, voire suspendu en cas d'inutilisation répétée du dispositif.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose de conserver la disposition adoptée au Sénat concernant l'interopérabilité des dispositifs médicaux numériques de télésurveillance. Il s'agit d'un enjeu d'importance également soulevé à l'Assemblée nationale.

Il propose également de conserver la disposition prévoyant que l'activité de télésurveillance ne sera pas prise en charge en cas de refus du patient à la transmission des données nécessaires à la mise en œuvre du contrôle de l'utilisation effective du dispositif médical.

Il propose, à l'inverse, de supprimer les deux autres dispositions introduites au Sénat, lesquelles sont soit d'ordre réglementaire – pour ce qui concerne les précisions apportées au forfait de télésurveillance –, soit déjà satisfaites – pour ce qui concerne la modulation (voire la suspension) du remboursement en cas d'inutilisation répétée du dispositif médical.

(1) *Les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance devront donc permettre d'exporter les données traitées dans des formats et une nomenclature interopérables, appropriés et garantissant l'accès direct aux données, et comportant, le cas échéant, des interfaces permettant l'échange de données avec des dispositifs ou accessoires de collecte des paramètres vitaux du patient.*

- À l’initiative du rapporteur général, la commission a donc adopté deux amendements, l’un supprimant les précisions apportées au forfait de télésurveillance, l’autre supprimant la disposition portant sur la modulation de la prise en charge en cas d’inutilisation répétée du dispositif.

*
* *

Article 25

Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture à l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

L’article 25 tel qu’adopté à l’Assemblée modifie à la marge plusieurs réformes en cours relatives au financement des établissements de santé.

- Dans le cadre de la réforme du ticket modérateur hospitalier, le coefficient de transition applicable à la réforme du ticket modérateur en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) introduit dans la dernière loi de financement de la sécurité sociale est étendu aux secteurs de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation (SSR).

- Le présent article rétablit par ailleurs la possibilité pour les établissements autorisés en psychiatrie de facturer au patient certaines prestations liées à ses exigences particulières.

- Il précise également l’entrée en vigueur de la réforme du financement des établissements de SSR, et notamment les modalités de calcul de ce financement au cours de la période transitoire. Ainsi, en 2022, une dotation unique sera accordée à chaque établissement de SSR. Le montant de la dotation unique sera ensuite ajusté en fonction de l’atteinte de l’objectif de dépenses SSR et des marges de manœuvre financières restantes, afin de valoriser les établissements pour qui l’application du nouveau modèle aurait été plus avantageux que la mise en place de la dotation de sécurisation, pour que l’entrée en vigueur progressive ne les pénalise pas et afin d’enclencher plus rapidement la dynamique de la réforme.

Il prévoit également que pour l’année 2022 uniquement, les molécules onéreuses inscrites sur la liste en sus SSR et qui n’ont pas encore de tarif au titre de l’inscription sur la liste en sus MCO pourront exceptionnellement être remboursées sur la base de leur prix d’achat par l’établissement de santé.

- Il reporte l'entrée en vigueur des réformes du financement des hôpitaux de proximité à 2022 et précise que la garantie pluriannuelle de financement qui leur est accordée est déterminée selon la catégorie d'établissement (public ou privé) à laquelle l'établissement concerné appartient.

- Il reporte également au 1^{er} janvier 2022 l'entrée en vigueur des réformes du financement des activités de médecine, initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2021.

- Il propose une entrée en vigueur définitive de la facturation individuelle des séjours hospitaliers pour tous les établissements de santé (FIDES) au 1^{er} mars 2027.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatorze amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté, avec un avis favorable de la commission, un amendement du Gouvernement et un amendement identique du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants visant à reporter l'entrée en vigueur de la réforme de financement des activités de SSR au 1^{er} janvier 2023 au lieu du 1^{er} janvier 2022. Ce report se substitue ainsi au dispositif prévu initialement par l'article 25 pour 2022, y compris en ce qui concerne le financement des molécules onéreuses. Ces amendements tirent également les conséquences de ce report sur la réforme du ticket modérateur. Selon l'exposé des motifs de l'amendement, ce report sera « *de nature à faciliter l'appropriation de ce nouveau mode de financement par les ARS et les établissements en poursuivant le travail de pédagogie entamé* ».

3. La position de la commission

- S'il regrette ce nouveau report de la réforme attendue du financement des activités de SSR, le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat. Il s'interroge toutefois sur certaines modalités de ce report, et notamment sur l'applicabilité du coefficient de transition pour le ticket modérateur en SSR de 2023 à 2025, qui semble disparaître du fait de l'adoption de l'amendement du Gouvernement.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté l'article dans sa rédaction issue du Sénat, modifié par un amendement tirant les conséquences sur l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur du report de la réforme du financement du SSR.

*

* *

Article 27

Évolution des activités des hôpitaux des armées

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

L'article 27 étend plusieurs dispositifs, aujourd'hui réservés aux établissements de santé, aux huit hôpitaux des armées placés sous l'autorité du ministre de la Défense.

Il autorise ainsi les hôpitaux des armées :

- à pratiquer certains actes faisant l'objet d'un encadrement spécifique ;
- 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 (« hôtels hospitaliers ») ;
- à pratiquer des greffes dites « exceptionnelles », soumises à un régime juridique et financier *ad hoc*.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l'initiative de la commission, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel.

3. La position de la commission

● S'il regrette que cet article n'ait pas d'ores et déjà été adopté conforme, le rapporteur général propose évidemment d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 27 bis (nouveau)

Prise en compte de la lutte contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 27 bis résulte de l'adoption en séance publique de deux amendements identiques de MM. René-Paul Savary, Alain Milon et de plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable de la commission comme du Gouvernement.

Cet article additionnel introduit à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, relatif à la dotation « d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (« IFAQ »), une mention spécifique relative à la lutte contre les erreurs médicamenteuses.

2. La position de la commission

- La lutte contre les erreurs médicamenteuses fait évidemment partie du champ de la qualité et de la sécurité des soins : la définition d'un nouvel indicateur pour le calcul de la dotation IFAQ ne relève en revanche pas du domaine de la loi.

Par ailleurs, de nombreux outils existent déjà pour lutter contre les erreurs médicamenteuses. Un rapport a d'ailleurs été publié à ce sujet par la Haute Autorité de santé en 2021 ⁽¹⁾.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général, fidèle à la position de l'Assemblée nationale en première lecture, au cours de laquelle un amendement identique avait été rejeté.

*

* *

(1) https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/rapport_eigs_medicament.pdf

Article 27 ter (nouveau)

Date de publication des indicateurs relatifs au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 27 ter résulte de l'adoption en séance publique de deux amendements identiques de M. René-Paul Savary et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains et de M. Daniel Chasseing et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Indépendants - République et Territoires, avec un avis défavorable de la commission comme du Gouvernement.

● Il fait suite à l'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, issu d'un amendement de notre collègue Audrey Dufeu.

Cet article 55 introduit à l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, relatif à la dotation « d'incitation financière à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins » (« IFAQ »), une mention spécifique du développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile, qui doit désormais figurer parmi les catégories d'indicateurs pour lesquels des seuils minimaux de résultats sont requis.

Pour mémoire, depuis la LFSS 2019, lorsqu'un établissement de santé n'atteint pas, pendant trois années consécutives, un seuil minimal pour certains indicateurs définis par voie réglementaire, l'établissement concerné fait l'objet d'une pénalité financière notifiée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après qu'il a été mis en demeure de présenter ses observations.

L'article 55 de la LFSS 2021 vise donc à inciter les établissements pratiquant la dialyse, par le biais du système de bonus-malus mis en place dans le cadre de la dotation « IFAQ », à développer les prises en charge à domicile ou en autodialyse.

● L'article 27 ter prévoit que ces indicateurs sont publiés avant le 30 juin 2022.

2. La position de la commission

● Selon les informations transmises par le Gouvernement, les travaux relatifs à ces indicateurs sont encore en cours et nécessitent davantage de temps du fait de la crise sanitaire. Toutefois, à ce stade, et dans l'attente d'éléments de calendrier plus précis, le rapporteur général propose l'adoption de cet article sans modification.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 28

Isolement et contention

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

● L'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, relatif aux pratiques d'isolement et de contention en soins psychiatriques sans consentement, a fait l'objet d'une censure du Conseil constitutionnel ⁽¹⁾, sur le motif que les dispositions prévues permettent bien l'information du juge judiciaire mais pas son intervention systématique, conformément aux exigences de l'article 66 de la Constitution.

L'article 84 de la LFSS 2021 lui-même constituait une réponse à une précédente censure du Conseil constitutionnel de dispositions adoptées dans la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

La nouvelle censure, dont les effets sont différés au 31 décembre 2021, porte précisément sur les troisième et sixième alinéas de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, relatifs à l'information du juge lorsque le médecin prend plusieurs mesures excédant des durées fixées par la loi. En cohérence avec cette censure différée, les dispositions prévues par l'article 28 sont applicables au 1^{er} janvier 2022.

● L'article 28 instaure en conséquence un mécanisme de saisine obligatoire et systématique du juge, en deux temps :

– au-delà de quarante-huit heures pour l'isolement et de vingt-quatre heures pour la contention, les mesures peuvent être renouvelées à condition d'informer le juge ;

– au-delà de soixante-douze heures d'isolement et de quarante-huit heures de contention, le juge doit intervenir systématiquement.

Il prévoit que le juge statue dans les délais prévus par l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général précisant quels sont les proches du patient devant être informés par le médecin de la mesure d'isolement ou de contention. Cette précision doit

(1) Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021, M. Pablo A. et autres.

permettre de garantir un juste équilibre entre les droits des patients, les droits des proches et les obligations du médecin dans un délai contraint.

Quatre amendements rédactionnels du rapporteur général ont également été adoptés.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

L'article 28 a été supprimé par le Sénat, à l'initiative de la commission et contre l'avis du Gouvernement, au motif que cette disposition présente un fort risque de constituer un cavalier social.

La commission a en effet considéré que si la crise sanitaire et les difficultés rencontrées par le Parlement dans ses travaux législatifs au long de l'année 2020 avaient pu justifier l'introduction d'une telle disposition dans la LFSS précédente, ces motifs ne valent pas pour 2021.

3. La position de la commission

- Malgré les réserves qu'il a déjà exprimées à ce sujet, le rapporteur général propose le rétablissement de cet article, indispensable pour garantir la sécurité juridique nécessaire au bon fonctionnement des établissements pratiquant les soins sans consentement.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli l'article dans sa rédaction adoptée à l'Assemblée nationale, assortie de modifications purement formelles.

*
* *

CHAPITRE II

RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PERTE D'AUTONOMIE

Article 29

Revalorisations salariales dans le secteur médico-social

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification.

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

L'article 29 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 M. 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 du secteur médico-social. Il s'agit des 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 ou aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) notamment et des 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.

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 et lucratif pour personnes handicapées, les 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.

L'Assemblée a adopté cet article modifié par quatre amendements rédactionnels de la rapporteure pour la branche autonomie.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté trois amendements :

– un amendement de coordination de la commission avec un avis favorable du Gouvernement ;

– un amendement de cohérence du Gouvernement, avec un avis favorable de la commission, visant à étendre le bénéfice du complément de traitement indiciaire aux agents de la fonction publique exerçant en tant que personnel soignant, auxiliaire de vie sociale, aide-médico-psychologique ou accompagnant éducatif et social dans les établissements expérimentaux accompagnant des personnes en situation de handicap relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

– un amendement de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, tendant à institutionnaliser le suivi des négociations sur l'extension de ces mesures salariales dans le cadre d'un comité réunissant des représentants l'État, des collectivités et des professionnels du secteur médico-social.

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat en supprimant néanmoins les dispositions relatives au comité de suivi des négociations sur l'extension des mesures salariales.

Ce comité n'apparaît pas nécessaire dans la mesure où les travaux sur l'extension des revalorisations salariales vont se poursuivre avec la réunion d'une conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social d'ici le 15 janvier prochain, comme annoncé par le Premier ministre le 8 novembre dernier à Châtenay-Malabry. Ces travaux, qui réuniront toutes les parties prenantes (État, départements et partenaires sociaux), permettront de lancer un travail de fond au service d'une nouvelle dynamique pour tout le secteur social et médico-social (handicap, protection de l'enfance, etc.). Si l'État est prêt à prendre toute sa part, les départements, principaux financeurs du secteur, et les partenaires sociaux devront aussi s'engager pleinement dans cette démarche. À l'instar de ce qui a été fait dans la branche de l'aide à domicile, les conditions de carrière des professionnels de l'action sanitaire et sociale auront vocation à être rapprochées à l'issue de négociations avec les partenaires sociaux afin d'améliorer l'attractivité de ces métiers.

- À l'initiative de la rapporteure pour la branche autonomie, la commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat moyennant la suppression des dispositions portant sur le comité de suivi précité.

*

* *

Article 29 bis (nouveau)

Extension des revalorisations du Ségur de la santé aux soignants travaillant dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées financés par les départements

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 29 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement, avec un avis favorable de la commission, faisant suite à l'allocution du Premier ministre prononcée le lundi 8 novembre dernier à Châtenay-Malabry. Alors que les structures et services du handicap font actuellement face à des difficultés de recrutements importants, cet amendement prévoit une extension des revalorisations du Ségur de la santé aux soignants travaillant dans des établissements et services

sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées financés par les départements, y compris les structures à caractère expérimental.

Cet article, qui s’inscrit dans la continuité de l’article 29 de la précédente loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), vise à « *mettre fin aux iniquités entre deux soignants exerçant le même métier sous prétexte que l’un travaille dans une structure financée par l’assurance maladie et que l’autre travaille dans une structure financée par le département* ». Ainsi, 20 000 soignants supplémentaires pourront bénéficier d’une revalorisation de 183 euros par mois (complément de traitement indiciaire ou indemnité équivalente) à compter du 1^{er} novembre 2021 (III), pour un coût total estimé à 120 millions d’euros ⁽¹⁾.

Plus précisément, ces revalorisations concerneront les mêmes catégories de personnels que celles visées par le B du I de l’article 48 de la LFSS 2021 issu de l’article 29 du présent projet de loi. Il s’agit des agents publics exerçant en tant que soignants (aides-soignants, infirmiers, etc.), aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale ou des accompagnants éducatifs et sociaux (I).

Il reviendra aux employeurs et aux conseils départementaux d’acter ces mesures. La Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie compensera intégralement le surcoût pour les départements de cette mesure qui concernera également le secteur privé (II). Les modalités de détermination de ces financements seront précisées par décret.

2. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie se félicite de l’adoption de cette nouvelle mesure qui était très attendue par le secteur. En conséquence, elle propose de maintenir cet article tel qu’adopté par le Sénat.

- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Les revalorisations qui étaient déjà prévues pour les personnels soignants, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale et accompagnants éducatifs et sociaux du secteur associatif entreront en vigueur de manière rétroactive à compter du 1^{er} novembre 2021, et non pas à partir du 1^{er} janvier 2022. Le coût de cette mesure a été intégré dans l’ONDAM 2021 (article 8 du présent PLFSS) tel que rectifié par le Gouvernement en première lecture au Sénat.

Article 30

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modification.

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

• L'article 30 réforme 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.

• L'Assemblée nationale a adopté en première lecture plusieurs amendements qui ont enrichi le contenu de l'article 30.

La principale modification réside dans l'adoption d'un amendement du Gouvernement et de trois amendements identiques des groupes La République en Marche, Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés et Agir ensemble prévoyant la mise en place d'un financement complémentaire au tarif socle. Les services habilités et non habilités à l'aide sociale seraient éligibles à une dotation finançant des actions améliorant la qualité du service rendu à l'utilisateur sous réserve de conclure avec le conseil départemental un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La « dotation qualité » pourra financer des actions permettant d'accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités, d'intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés, de contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire, d'apporter une aide aux aidants de personnes accompagnées, d'améliorer la qualité de vie au travail des intervenants ou de lutter contre l'isolement des personnes accompagnées. Cette mesure devrait monter en charge progressivement : son coût devrait passer de 60 millions d'euros en 2022 à 500 millions en 2025.

L'Assemblée nationale a par ailleurs adopté quatre amendements identiques de Mme Agnès Firmin Le Bodo (groupe Agir ensemble), M. Thibault Bazin, Mme Isabelle Valentin (Les Républicains), Mme Annie Vidal (groupe La République en Marche) et plusieurs de leurs collègues, avec un avis défavorable de la commission et du Gouvernement, qui précisent que le tarif plancher serait fixé « annuellement ».

L'Assemblée a également adopté en commission puis en séance, avec un avis favorable du Gouvernement, un amendement prévoyant la remise d'un rapport évaluant l'impact de la mise en place tarif plancher, ainsi qu'un sous-amendement de Mme Annie Vidal précisant que ce rapport évalue également l'impact du tarif plancher pour les modes d'intervention de l'aide à domicile liés au secteur des particuliers employeurs, dans l'optique d'examiner l'opportunité de l'étendre, dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie, à l'emploi direct ou *via* une structure mandataire d'un salarié à domicile.

Enfin, l'adoption de sept amendements rédactionnels de la rapporteure et deux séries de deux amendements rédactionnels de Mme Agnès Firmin Le Bodo et de Mme Isabelle Valentin et de plusieurs de leurs collègues ont permis de préciser l'écriture de l'article 30.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Sur proposition de la commission, le Sénat a adopté :

- un amendement rédactionnel, avec un avis favorable du Gouvernement ;
- un amendement, avec un avis favorable du Gouvernement, visant à actualiser le tarif plancher non pas tous les ans mais tous les trois ans afin de simplifier l'application de ce dispositif par les gestionnaires en particulier les départements.

En outre, le Sénat a adopté deux amendements de M. Bernard Bonne (groupe Les Républicains) et plusieurs de ses collègues :

– le premier amendement prévoit que le conseil départemental disposera d'un délai d'un mois pour justifier une décision de rejet lorsque la candidature d'un service proposant de l'aide et de l'accompagnement à domicile ne sera pas retenue à l'issue d'un appel à candidatures pour financer des actions portant sur l'amélioration de la qualité du service. Cette précision, satisfaite par le code des relations entre le public et l'administration, a recueilli un avis favorable de la commission et une proposition de retrait du Gouvernement ;

– le second amendement précise que, s'agissant des SAAD non habilités à l'aide sociale bénéficiant de la dotation qualité, « *les modalités de limitation du reste à charge [qui sont fixées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens] ne peuvent avoir pour conséquence de diminuer le prix facturé au bénéficiaire par le service ou de ne pas pouvoir appliquer le pourcentage [d'évolution des prix fixé annuellement par arrêté ministériel]* ». Cet amendement a reçu un avis de sagesse de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

● La rapporteure pour la branche autonomie propose de maintenir la rédaction du Sénat moyennant toutefois la suppression des dispositions issues du dernier amendement précité relatives aux services non habilités à l'aide sociale. Ainsi que l'a indiqué le secrétaire d'État en charge de l'enfance et des familles au Sénat, des travaux réglementaires vont s'ouvrir avec les acteurs du domicile dans les prochains mois. Le Gouvernement veillera à trouver un juste équilibre dans les modalités de mise en place de la dotation qualité.

● À l'initiative de la rapporteure pour la branche autonomie, la commission a adopté cet article dans la rédaction issue de l'examen par le Sénat moyennant la suppression des dispositions précitées relatives aux services non habilités à l'aide sociale.

*

* *

Article 30 bis A (nouveau)

Suppression du plafond de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des dépenses induites pour les départements par l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 30 *bis* A résulte de l'adoption d'un amendement de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement.

Il supprime le plafonnement de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des dépenses relatives à la revalorisation des aides à domicile, prévu par l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021, qui a permis l'agrément de l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile (BAD) en juin dernier.

Pour mémoire, le troisième alinéa du I de cet article dispose que l'aide de la CNSA aux départements (159 millions d'euros en 2021, 200 millions d'euros en année pleine) est « *répartie entre les départements en fonction des dernières données disponibles portant sur le volume total d'activité réalisée par les services d'aide et d'accompagnement à domicile au titre [de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap et de l'aide-ménagère]* ».

Ce plafonnement, calculé par rapport au total des heures financées au niveau national, tous services confondus, pénalise les départements dans lesquels l'offre par les services de la BAD est supérieure à la moyenne nationale dans la mesure où les financements ont été fléchés par le Gouvernement vers ces services. Ces départements sont proportionnellement moins financés, contrairement à l'objectif initial.

2. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de maintenir cet article tel qu'adopté par le Sénat puisqu'il vise à garantir un financement juste et équitable des départements en proportion de leurs dépenses en faveur des services de la BAD, sans modification du budget prévu par la LFSS 2021.

- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 30 bis B (nouveau)

Rapport sur le financement des soins infirmiers et la collaboration entre infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 30 *bis* B résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Christine Bonfanti-Dossat (groupe Les Républicains) et plusieurs de ses collègues, malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Cet article prévoit la remise au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, d'un rapport du Gouvernement sur le financement des soins infirmiers et la collaboration entre les infirmiers libéraux et les structures telles que les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

2. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de supprimer cet article qui résulte de l'adoption d'un amendement d'appel. Le Gouvernement travaille déjà sur la problématique du financement des soins infirmiers. Pour mémoire, l'article 30 du présent PLFSS prévoit une réforme de la tarification des SSIAD.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative de la rapporteure.

*

* *

Article 30 bis

Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile

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

Sort au Sénat : suppression.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 30 *bis* résulte d'un amendement de Mme Véronique Hammerer et des membres du groupe La République en Marche. Il prévoit une expérimentation sur trois ans d'une carte professionnelle pour les aides à domicile, financée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté un amendement de suppression proposé par la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

● Cet article ayant été adopté à l’initiative Mme Véronique Hammerer et l’ensemble des membres du groupe La République en Marche, la rapporteure pour la branche autonomie laisse le soin à ses auteurs d’en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

● La commission a rétabli la rédaction de l’Assemblée nationale à l’initiative de Mme Véronique Hammerer et des membres du groupe La République en Marche.

*
* *

Article 31

Nouvelles missions pour les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes

Origine de l’article : projet de loi, modifié en première lecture à l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● L’article 31 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.

● L’Assemblée nationale a adopté en première lecture plusieurs amendements :

– en commission et en séance, avec un avis favorable du Gouvernement, deux amendements de Mme Monique Iborra et l’ensemble des membres du groupe La République en Marche. Le premier vise à garantir le développement équitable

des EHPAD centres de ressources entre les départements. Le second précise que les professionnels médico-sociaux du territoire susceptibles de recevoir l'appui de ces EHPAD sont ceux « *en charge du parcours gériatrique des personnes âgées* » ;

– un amendement de Mme Annie Vidal, avec un avis favorable de la rapporteure et du Gouvernement, précisant que l'appui apporté à ces professionnels peut se faire « *en présentiel ou selon des modalités de télésanté* » ;

– deux amendements identiques de M. Thibault Bazin et de M. Jean-Pierre Door (groupe Les Républicains) et plusieurs de ses collègues, avec un avis de sagesse de la rapporteure et un avis favorable du Gouvernement, précisant que l'appui aux professionnels peut également consister à « *mettre en œuvre des dispositifs de télésanté leur permettant de répondre aux besoins ou d'améliorer le suivi des patients résidant au sein de l'établissement dès lors que la présence physique d'un professionnel médical n'est pas possible* » et que l'offre d'accompagnement renforcé au domicile inclut « *des dispositifs de télésanté* » ;

– un amendement de la commission et un amendement identique de Mme Annie Vidal, avec un avis favorable du Gouvernement, précisant que l'objectif d'accompagnement des personnes âgées à domicile vise à améliorer la cohérence de leur parcours de santé « *et de leur parcours vaccinal* ».

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement rédactionnel de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement. Il supprime les mots « , en présentiel ou selon des modalités de télésanté, » redondants avec les précisions apportées par les amendements précités de MM. Bazin et Door.

3. La position de la commission

● La rapporteure pour la branche autonomie propose le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 31 bis A (nouveau)

Elargir l'accès aux pôles d'activité et de soins adaptés des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 31 *bis* A résulte de l'adoption d'un amendement de M. Daniel Chasseing (groupe Les Indépendants - République et Territoires) et plusieurs de ses collègues, malgré un avis défavorable de la commission et du Gouvernement.

Cet article vise à rendre accessibles les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) que comportent certains EHPAD à des personnes n'y résidant pas. Destinés à l'accueil à la journée de résidents atteints de maladie neurodégénérative durant la journée, les PASA peuvent accueillir des personnes âgées vivant à domicile.

2. La position de la commission

- Considérant que cet article est satisfait, la rapporteure pour la branche autonomie propose sa suppression.
- La commission a supprimé cet amendement à l'initiative de la rapporteure.

*
* *

Article 32 bis

Extension des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'audit et à l'évaluation

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 32 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement et d'un amendement identique de Mme Agnès Firmin Le Bodo et de ses collègues du groupe Agir ensemble, avec un avis favorable à titre personnel de la rapporteure.

Cet article élargit la mission d'accompagnement et d'appui qu'exerce aujourd'hui la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) auprès des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et des maisons départementales de l'autonomie (MDA) : elle assurerait désormais « *un rôle d'accompagnement, de conseil, d'audit et d'évaluation* » à destination des départements, des MDPH et des MDA en vue notamment de garantir la qualité du service et de veiller à l'égalité de traitement des demandes de droits et de prestations de soutien à l'autonomie.

En outre, les départements et les MDPH devraient communiquer à la CNSA « *tous les documents et les renseignements utiles à la conduite de leurs travaux et autorisent la tenue de missions sur place* », selon des modalités définies par décret.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de la commission avec un avis défavorable du Gouvernement. Il revient sur l'extension du champ de compétence de la CNSA en supprimant la mission d'audit et d'évaluation prévue initialement par l'article. Il supprime en conséquence l'obligation pour les départements et les MDPH d'autoriser « *la tenue de missions sur place* ».

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. L'extension des missions de la CNSA, en lui permettant d'auditer et d'évaluer les actions conduites par les départements, les MDPH et les MDA dans le champ de l'autonomie, participe pleinement à la construction de la cinquième branche de la sécurité sociale.

- La commission a rétabli la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure.

*

* *

Article 32 quater

Obligation d'accréditation pour les organismes procédant à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

L'article 32 *quater* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement et d'un amendement identique de Mme Annie Vidal (groupe La République en Marche), avec un avis favorable de la rapporteure à titre personnel. Il soumet les organismes évaluant les établissements et services sociaux médico-sociaux (ESSMS) à une procédure d'accréditation. Il renforce à compter du 1^{er} janvier 2022 ainsi les procédures de contrôle de la qualité du service proposé par les ESSMS aux usagers.

Plus précisément, l'article prévoit que les organismes évaluateurs sont accrédités, dans des conditions prévues par décret, par le Comité français

d'accréditation (Cofrac), qui est l'instance nationale d'accréditation, ou par tout organisme européen équivalent signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation. En outre, la Haute Autorité de santé définit le cahier des charges portant les exigences spécifiques, complémentaires à la norme d'accréditation, auxquelles sont soumis les organismes en charge des évaluations. Le Cofrac devra vérifier le respect de la norme d'accréditation et du cahier des charges.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté deux amendements de clarification rédactionnelle et de coordination de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement. Le second amendement complète le dispositif par un nouvel alinéa : il précise la nouvelle date d'entrée en vigueur du nouveau dispositif d'évaluation au 1^{er} janvier 2022 et inscrit les ESSMS figurant dans le champ de la réforme en prorogeant leur autorisation jusqu'au 1^{er} janvier 2025.

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de maintenir la rédaction de l'article qui a été clarifiée par le Sénat.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 32 quinquies

Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 32 *quinquies* résulte de l'adoption de trois amendements identiques du Gouvernement, de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés) et de M. Julien Borowczyk (La République en Marche) ainsi que l'ensemble des membres de leurs groupes respectifs. Ces amendements, qui ont recueilli un avis favorable de la rapporteure à titre personnel, facilitent le remboursement par l'assurance maladie des aides techniques destinées aux personnes en situation de handicap.

L'article prévoit notamment que la composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS), commission de la Haute Autorité de santé (HAS) chargée de rendre un avis sur l'inscription d'une prestation sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR), peuvent faire l'objet d'aménagements spécifiques par décret en Conseil d'État, dans le cas de l'évaluation des « *aides techniques à usage individuel favorisant l'autonomie de la personne* ».

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, afin de rendre obligatoire les aménagements spécifiques de la composition, des règles de fonctionnement et des critères d'évaluation de la CNEDiMTS pour l'évaluation des aides techniques.

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. En effet, il n'est pas nécessaire que la composition, les règles de fonctionnement et les critères d'évaluation de la CNEDiMTS soient systématiquement aménagées pour l'évaluation des aides techniques. Il est préférable d'envisager un examen de la situation au cas par cas.

- La commission a rétabli la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure.

*

* *

Article 32 sexies A (nouveau)

Garantir la liberté de choix des dispositifs médicaux d'aide à la mobilité dans le cadre du référencement sélectif

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 32 *sexies* A résulte de l'adoption d'un amendement de Mme Michelle Meunier et des membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a instauré un mécanisme de référencement sélectif conditionnant la prise en charge par

l'assurance maladie des dispositifs médicaux, ainsi que la possibilité de prise en charge par l'assurance maladie de dispositifs remis en bon état d'usage. L'objectif de cette réforme était de diminuer le reste à charge pour les patients et de favoriser la réutilisation de dispositifs médicaux en bon état de fonctionnement.

Sa mise en œuvre semble susciter des inquiétudes chez les associations de personnes en situation de handicap, qui craignent que certains fauteuils roulants ne soient plus pris en charge avec la mise en place du référencement sélectif. La perte du remboursement de la part prise en charge par la sécurité sociale ferait aussi peser le risque, outre la possible perte de prise en charge par les complémentaires santé, de la perte de bénéfice d'une part de la prestation de compensation du handicap pour les personnes éligibles.

Cet article rappelle ainsi que le référencement sélectif ne doit pas priver les personnes en situation de handicap de bénéficiaire du libre choix de leur fauteuil roulant.

2. La position de la commission

- Bien qu'elle partage l'intention des auteurs de l'amendement à l'origine de cet article, la rapporteure pour la branche autonomie rappelle que la liste des matériels qui pourront faire l'objet d'une prise en charge sera définie par arrêté après concertation avec les parties prenantes, sur la base de critères garantissant le libre choix des patients. Cet article étant satisfait, elle propose sa suppression.

- La commission a supprimé cet article à l'initiative de la rapporteure.

*

* *

Article 32 sexies

Revalorisation et extension de l'allocation journalière de proche aidant et de l'allocation journalière de présence parentale

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

L'article 32 *sexies* résulte de l'adoption d'un amendement du Gouvernement et de trois amendements identiques de M. Paul Christophe (groupe Agir ensemble), de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés), de Mme Monique Iborra (groupe

La République en Marche) et de l'ensemble des membres de leurs groupes respectifs, avec un avis favorable de la rapporteure à titre personnel.

Cet article prévoit que les montants de l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) et de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), définis par décret, sont revalorisés au 1^{er} janvier de chaque année en référence au Smic journalier net, soit à 58 euros nets actuellement contre 44 euros par jour pour une personne aidante en couple et 52 euros pour une personne isolée.

En outre, le bénéfice de l'AJPA et de l'AJPP sera ouvert aux conjoints collaborateurs d'une exploitation agricole ou d'une entreprise artisanale, commerciale, libérale ou agricole. Le montant de l'AJPA et de l'AJPP versées aux non-salariés des professions agricoles non affiliés à l'assurance retraite, à leurs conjoints collaborateurs et associés, et aux non-salariés des professions agricoles qui cessent leur activité ne pourra excéder les revenus journaliers tirés de leur activité professionnelle. Cette précision s'applique également aux bénéficiaires d'une allocation chômage (I).

L'article élargit le champ du congé de proche aidant aux situations où les personnes dont le handicap ou la perte d'autonomie peuvent, sans être d'une « *particulière gravité* », nécessiter une aide régulière de la part d'un proche (II). Il s'agit en particulier des aidants de personnes âgées classées en GIR 4 et bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie. Selon le Gouvernement, ces dernières sont pour deux tiers d'entre elles aidées par un ou des proches. Cette mesure est transposée dans les lois portant statut des fonctions publiques d'État, territoriale et hospitalière (III, IV et V).

Ces dispositions entreront en vigueur à des dates fixées par décret et au plus tard au 1^{er} janvier 2023, à l'exception de celle limitant le montant de l'AJPA et de l'AJPP au niveau des revenus journaliers tirés de l'activité professionnelle de l'aidant, qui entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2024 (VI).

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de rédaction globale de Mme Jocelyne Guidez et des membres du groupe Union Centriste, avec un avis favorable de la commission et un avis défavorable du Gouvernement. Cet amendement de nature rédactionnelle a fait l'objet de trois sous-amendements de la commission, adoptés avec un avis défavorable du Gouvernement, visant non seulement à assurer des coordinations et clarifier la rédaction du dispositif, mais aussi à :

– rétablir la majoration de l'AJPA et de l'AJPP pour les personnes isolées, supprimée par le présent article compte tenu de la revalorisation des allocations au niveau du Smic ;

– aligner les conditions d'accès des fonctionnaires et des militaires au congé de présence parentale (CPP) sur celles qui s'appliquent aux salariés. Cette mesure a pour objectif en particulier d'étendre aux fonctionnaires et aux militaires le bénéfice de la proposition de loi, adoptée définitivement par le Sénat le 4 novembre dernier, qui permet de doubler le nombre maximum de jours de CPP et d'AJPP, actuellement fixé à 310 jours sur une période de trois ans, avant le terme de cette même période. Cette mesure doit améliorer la situation des familles dont les enfants sont atteints de cancer ou souffrent d'autres pathologies nécessitant un accompagnement soutenu.

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de maintenir la rédaction adoptée par le Sénat.

Elle se félicite par ailleurs de l'adoption définitive de la proposition de loi sur l'AJPP qui avait été adoptée à l'unanimité par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2020 à l'initiative de M. Paul Christophe et de l'extension de son dispositif aux fonctionnaires et aux militaires dans le cadre du présent article.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 32 octies

Rapport sur la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 32 *octies* résulte de l'adoption d'un amendement de la rapporteure pour la branche autonomie, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Cet article prévoit la remise au Parlement, d'ici le 31 mars 2022, d'un rapport du Gouvernement dressant le bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale et proposant des solutions en vue de la mise en place d'un service territorial de l'autonomie dans les départements. Ce service devra articuler l'action de tous les acteurs afin de faciliter les démarches des personnes âgées, des personnes handicapées et de leurs proches aidants. Ce rapport s'appuiera notamment sur les orientations de la mission « Parcours » confiée à M. Dominique Libault en janvier dernier par la ministre déléguée chargée de l'autonomie.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a entièrement réécrit l'article 32 *octies* par l'adoption d'un amendement de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, visant à remplacer la demande de rapport par la convocation d'une « *conférence nationale des générations et de l'autonomie* ». Celle-ci se réunirait tous les deux à partir de 2022 afin de débattre des orientations et des moyens financiers de la politique de soutien à l'autonomie. Elle devrait recenser dans un document public « *les évolutions et perspectives à moyen et long termes du vieillissement de la population et de la perte d'autonomie au regard des évolutions démographiques, médicales, économiques et sociales, ainsi que les besoins de financement appelés par de telles projections* ».

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche autonomie propose de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale. Elle rappelle que le conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui avait été saisi sur le fondement de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, a formulé en mars dernier un avis et des recommandations sur les pistes de financement de la politique de soutien à l'autonomie.

- La commission a rétabli la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative de la rapporteure.

*

* *

Article 32 nonies

Rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 32 *nonies* résulte de l'adoption d'un amendement de M. Raphaël Gérard et des membres du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Cet article prévoit la remise au Parlement d'un rapport du Gouvernement, dans un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, détaillant le financement par la sécurité sociale des dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie depuis l'application du transfert de l'État vers la sécurité sociale du

financement des dépenses de santé des personnes écrouées prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a supprimé cet article sur proposition de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Cet article ayant été adopté à l’initiative de M. Raphaël Gérard et de l’ensemble de ses collègues du groupe La République en Marche, la rapporteure pour la branche autonomie laisse le soin à ses auteurs d’en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

- La commission a rétabli la rédaction de l’Assemblée nationale à l’initiative de M. Raphaël Gérard et des membres du groupe La République en Marche.

*

* *

CHAPITRE III

RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 33

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

- L’article 33 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 » afin d'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 loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

• En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatorze amendements rédactionnels du rapporteur général ainsi que quatre amendements de fond.

Le premier amendement, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement à l'initiative de la commission, vise à 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 la spécialité ne fait plus l'objet d'une prise en charge. L'objectif est de garantir une continuité de traitement effective.

Le deuxième amendement, adopté avec les avis favorables du Gouvernement et du rapporteur général à l'initiative de M. Jean-Louis Touraine et des membres du groupe La République en Marche, permet de renforcer la prise en compte des données en vie réelle. Pour ce faire, l'amendement adopté conditionne la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques à l'utilisation effective de ces dispositifs par le patient ainsi qu'à l'atteinte de résultats individualisés ou nationaux d'utilisation en vie réelle, lorsque ces résultats existent.

Le troisième amendement, adopté avec les avis favorables du Gouvernement et du rapporteur général à l’initiative de Mme Agnès Firmin le Bodo et plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble, vise à préciser que l’interopérabilité que devront respecter les dispositifs médicaux numériques sera une interopérabilité sémantique. Pour bénéficier de la prise en charge anticipée, les dispositifs médicaux numériques devront permettre de télécharger des données structurées et de les exporter dans des formats interopérables appropriés.

Le dernier amendement, adopté à l’initiative du rapporteur général avec un avis favorable du Gouvernement, prévoit l’impossibilité de cumuler, pour les dispositifs médicaux numériques, une prise en charge anticipée et une prise en charge au titre des prestations d’hospitalisation.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre un amendement purement rédactionnel, le Sénat a adopté cinq amendements de fond, trois à l’initiative de la commission et deux à l’initiative du Gouvernement.

Le premier amendement, adopté avec l’avis favorable du Gouvernement à l’initiative de la commission et sous-amendé par M. Dominique Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants avec l’avis favorable du Gouvernement, est un amendement de clarification de la terminologie utilisée en matière d’interopérabilité.

Le deuxième, adopté à l’initiative de la commission avec l’avis défavorable du Gouvernement, prévoit que lorsque le patient refuse la transmission des données nécessaires au contrôle de l’utilisation effective du dispositif médical numérique, celui-ci ne pourra pas faire l’objet d’une prise en charge anticipée. Il s’agit d’une disposition similaire à celle adoptée par le Sénat à l’article 24 sur les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance.

Le troisième, adopté à l’initiative du Gouvernement avec l’avis favorable de la commission, permet d’encadrer les conditions de prescription, d’utilisation et de distribution des produits qui font l’objet d’une prise en charge transitoire ou anticipée.

Le quatrième, adopté à l’initiative de la commission avec l’avis favorable du Gouvernement, modifie le calcul du montant de la pénalité due en cas de manquement aux engagements de l’industriel en matière de continuité des traitements. Cette pénalité ne sera plus calculée sur le chiffre d’affaires réalisé au cours des vingt-quatre mois qui ont précédé la constatation du manquement mais sur celui réalisé au cours des dix-huit mois précédant cette constatation.

Le cinquième, adopté à l’initiative du Gouvernement avec l’avis favorable de la commission, est un amendement qui corrige une erreur introduite à l’Assemblée nationale. Lorsque le médicament est inscrit au remboursement, ce

sont bien les conditions de dispensation prévues par ladite inscription qui s'appliquent pendant la continuité de traitement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de conserver l'ensemble des dispositions adoptées par le Sénat, à l'exception de celle prévoyant qu'en cas d'inutilisation répétée du dispositif médical numérique par le patient, le niveau de prise en charge ou de remboursement pourra être modulé et, le cas échéant, suspendu.

Cette disposition est en effet d'ores et déjà satisfaite par l'article 33, qui prévoit que la prise en charge anticipée est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a donc adopté un amendement supprimant la disposition ajoutée au Sénat portant sur la modulation de la prise en charge en cas d'inutilisation répétée du dispositif.

*

* *

Article 34

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- L'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 (AMM) 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.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté deux amendements identiques avec l'avis défavorable du Gouvernement, à l'initiative de M. René-Paul Savary, M. Alain Milon et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains.

La disposition adoptée dispense des remises prévues au titre des « AMM miroir » les indications faisant déjà l'objet de remises conventionnelles. L'objectif semble être, comme l'a d'ailleurs rappelé la rapporteure du Sénat en séance publique, d'éviter la superposition des remises.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose la suppression de la modification adoptée au Sénat, dans la mesure où aucun risque de superposition des remises n'est à craindre.

Les remises prévues au titre des « AMM miroir » ne concernent que des indications qui n'ont pas d'AMM et qui ne font pas l'objet d'un avenant signé entre le laboratoire et le Comité économique des produits de santé (CEPS). Les indications sur lesquelles portent les remises au titre des « AMM miroir » ne sont donc pas concernées par les remises conventionnelles, ce qui rend sans objet la disposition adoptée par le Sénat.

Les médicaments qui font l'objet, dans une indication, d'une « AMM miroir », peuvent néanmoins, pour d'autres indications, disposer d'une véritable AMM et donc être tarifés par le CEPS et être soumis à des remises conventionnelles au titre de ces indications. Ces remises conventionnelles peuvent porter sur l'ensemble du chiffre d'affaires, donc potentiellement sur la fraction du chiffre d'affaires réalisée au titre de l'indication en « AMM miroir ». Néanmoins, il n'y a, là encore, aucun risque de superposition des remises dans la mesure où l'article 34 prévoit explicitement que les remises conventionnelles dues sur cette fraction du chiffre d'affaires sont déduites des remises à payer au titre des « AMM miroir ».

Pour ces raisons, le rapporteur général propose le rétablissement de l'article dans la version de l'Assemblée nationale.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 34 bis

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

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● L'article a été introduit en séance publique à l'initiative du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur. Il vise à mieux lutter contre les ruptures de stocks de dispositifs médicaux (DM) et de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* (DMDIV). Il s'appuie sur un retour d'expérience. Pendant la crise sanitaire, les industriels fabriquant ou mettant sur le marché des DM et des DMDIV considérés comme « indispensables » ont été conduits à signaler rapidement à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) toute rupture de stock ou d'approvisionnement afin que soient trouvées au plus vite des solutions alternatives pour les patients.

Le 1° du présent article (pour les DM) et le 2° (pour les DMDIV) créent deux nouveaux articles dans le code de la santé publique, lesquels prévoient un certain nombre de mesures graduelles pour les dispositifs qualifiés d'« indispensables », c'est-à-dire ceux qui répondront à des critères définis par la voie réglementaire :

– lorsqu'ils identifient un risque de rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical indispensable, les fabricants ou leurs mandataires ainsi que la personne qui se livre à l'importation ou à la distribution de ce dispositif, à l'exclusion de la vente au détail, mettent en œuvre toute mesure utile et nécessaire anticipée visant à éviter la rupture et à assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients ;

– en cas de non-disponibilité effective du dispositif médical indispensable, les industriels précédemment listés effectuent une déclaration à l'ANSM ;

– lorsque l'ANSM constate un risque de rupture ou une rupture dans la disponibilité d'un dispositif indispensable et que les industriels précédemment énumérés n'en ont pas informé l'ANSM, celle-ci prend toute mesure utile et nécessaire pour éviter la rupture et assurer la continuité des soins dans l'intérêt des patients.

Les 3° (pour les DM) et 4° (pour les DMDIV) prévoient que constitue un manquement soumis à sanction financière le fait, pour un industriel, de ne pas informer l'ANSM d'un risque de rupture ou de toute rupture dans la disponibilité d'un dispositif médical indispensable.

Le 5° procède à des coordinations juridiques.

- Dans l'exposé sommaire de l'amendement adopté, le Gouvernement évalue à 30 000 euros le coût annuel des nouvelles missions confiées à l'ANSM, ce qui correspond à la mobilisation supplémentaire de quatre équivalents temps plein (ETP) à l'agence.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, à l'initiative de la commission et avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement visant à renforcer l'information mise à la disposition de l'ANSM par les industriels.

L'amendement adopté prévoit que les informations relatives aux DM et DMDIV qualifiés d'indispensables ainsi que celles relatives aux risques de rupture et aux mesures d'anticipation prises sont tenues à la disposition de l'ANSM et lui sont transmises à tout moment à sa demande.

3. La position de la commission

- La disposition ajoutée au Sénat permet de renforcer les moyens dont dispose l'ANSM dans ses missions de supervision. Le rapporteur général est donc favorable à conserver l'article 34 *bis* dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 35

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : maintien de la rédaction du Sénat avec modifications.

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

- Durant la première vague de la crise sanitaire, les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) ont subi une forte tension d'approvisionnement. Pour pallier les ruptures de stock, certaines pharmacies à usage intérieur (PUI) se sont alors mobilisées pour produire elles-mêmes ces médicaments. Si cette solution avait déjà été envisagée pour lutter contre les pénuries de médicaments, la crise sanitaire récente n'a fait que confirmer l'efficacité de cette pratique.

- Pour pérenniser ce fonctionnement innovant de nature à garantir notre souveraineté d’approvisionnement en médicaments, l’article 35 introduit un nouveau statut de préparation hospitalière spéciale, afin de permettre la production de certains médicaments par les PUI des hôpitaux. La création de ce statut fera l’objet d’un décret en Conseil d’État afin de les définir mais aussi de préciser leurs modalités de réalisation et d’autorisation.

Parallèlement, l’article 35 permet la réalisation d’une préparation magistrale ou hospitalière par les établissements publics de santé, dès lors qu’il n’existe pas de spécialité pharmaceutique adaptée ou disponible, y compris du fait de l’absence de commercialisation effective.

- L’Assemblée nationale a adopté cet article sans modification, à l’exception d’une précision rédactionnelle du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat, favorable aux dispositions de l’article 35, a adopté en commission puis en séance un amendement ouvrant la possibilité, pour les pharmacies hospitalières et les établissements pharmaceutiques publics, de recourir des pharmacies d’officines sous-traitantes pour la production de préparations hospitalières spéciales.

En outre, il a adopté avec un avis favorable du Gouvernement un amendement de la commission visant à sécuriser le mode de financement de ces activités pour les établissements de santé en précisant que les missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation (Migac) ont pour vocation de financer les activités des établissements en médecine, chirurgie et obstétrique habilités à produire des préparations hospitalières.

Le Sénat a également adopté un amendement rédactionnel, avec un avis défavorable du Gouvernement.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général se félicite de la volonté du Sénat de préciser les modalités de financement de ce dispositif important, renforçant par là même occasion la justification de sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

En revanche, il s’interroge sur la disposition adaptée par le Sénat en ce qui concerne la place des pharmacies d’officine dans ce dispositif. En effet, l’article 35 tel qu’adopté par l’Assemblée nationale prévoit déjà que ces préparations hospitalières spéciales peuvent être préparées par les PUI ou, « *sous leur responsabilité* », par des établissements pharmaceutiques. Il ne semble en revanche pas pertinent de confier, à ce stade, cette mission aux pharmacies d’officine, au vu du type de médicaments et de situations concernées.

● A l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat, à l'exception de cette dernière disposition et d'un amendement rédactionnel pour lesquels la commission a rétabli le texte de l'Assemblée nationale.

*
* *

Article 36

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

Origine de l'article : projet de loi modifié en première lecture par l'Assemblée nationale.
Sort au Sénat : modifié.
Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● Le présent article 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 Haute Autorité de santé 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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté quatorze amendements rédactionnels du rapporteur général et trois amendements de fond.

Le premier, adopté à l'initiative du Gouvernement avec l'avis favorable du rapporteur général, procède à quatre modifications significatives du dispositif d'accès précoce :

– il ouvre le dispositif d'accès précoce à toute indication d'une spécialité dès lors que celle-ci n'est par ailleurs pas disponible en ville ;

– il prévoit une articulation du dispositif d'accès direct avec le dispositif existant d'accès précoce. Un laboratoire devra avoir déposé une demande d'accès précoce en amont de l'autorisation de mise sur le marché de l'indication pour être éligible au dispositif d'accès direct. L'objectif est de s'assurer que les produits

éligibles à l'accès précoce passent préférentiellement par cette voie, et ce, le plus en amont possible, pour ne pas porter préjudice aux patients ;

– l'amendement prévoit un versement de l'assurance maladie au laboratoire lorsque le montant de la remise est négatif, c'est-à-dire lorsque le prix net de référence du médicament fixé *in fine* se révèle supérieur au montant de la compensation accordée à l'entreprise pendant l'accès direct ;

– enfin, il prévoit que lorsque les discussions conventionnelles n'aboutissent pas dans les dix mois suivant la décision de prise en charge d'accès direct, le CEPS fixe le prix du médicament par décision avant le terme de l'accès direct (douze mois). L'objectif est d'inciter les industriels à négocier rapidement le prix de leur spécialité et à assurer la bascule vers le droit commun.

Le deuxième, adopté à l'initiative de la commission avec l'avis favorable du Gouvernement, propose de modifier le mécanisme de calcul de remises pour l'accès direct. Il prévoit de recourir au même mécanisme que pour l'accès précoce, avec l'application d'un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. L'exposé sommaire de l'amendement précise bien que le barème devra être plus strict que celui de l'accès précoce, dans la mesure où le champ des médicaments potentiellement éligibles à l'accès direct est beaucoup plus large que pour l'accès précoce.

Le troisième, adopté à l'initiative du rapporteur général avec l'avis favorable du Gouvernement, permet de plafonner, 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. Pour rappel, une disposition similaire a été adoptée à l'article 33 pour les spécialités pharmaceutiques en accès précoce.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre deux amendements rédactionnels de la commission, le Sénat a adopté quatre dispositions de fond.

• Deux de ces dispositions, adoptées contre l'avis du Gouvernement, portent sur l'articulation entre le dispositif d'accès précoce et le dispositif d'accès direct :

– la première disposition, adoptée à l'initiative de la commission, précise le champ des spécialités qui devront faire l'objet d'une demande d'accès précoce préalablement à toute demande d'accès direct. Seront seules concernées les spécialités qui répondent aux critères de l'accès précoce. Pour rappel, le champ des médicaments éligibles à l'accès direct est bien plus large que celui des médicaments éligibles à l'accès précoce ;

– la seconde disposition résulte de l'adoption de deux amendements identiques, l'un de Mme Annie Delmont-Koropoulis et plusieurs de ses collègues

du groupe Les Républicains, l'autre de M. Olivier Henno et plusieurs de ses collègues du groupe Union centriste. Elle supprime l'obligation, pour le laboratoire, d'avoir déposé une demande d'accès précoce « au plus tard lors du dépôt de sa demande d'autorisation de mise sur le marché ». Il suffira donc au laboratoire d'avoir, au moment où il formule une demande d'accès direct, préalablement déposé une demande d'accès précoce, pour être éligible au dispositif d'accès direct.

- À l'initiative de la commission et avec un avis défavorable du Gouvernement, le Sénat a adopté une disposition prévoyant que l'arrêté de prise en charge en accès direct d'une spécialité pharmaceutique est publié dans les six semaines suivant le dépôt de la demande de prise en charge.

- À l'initiative du Gouvernement et avec l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté une disposition ouvrant la possibilité d'encadrer les conditions de prescription, d'utilisation et de dispensation des produits en accès direct. Il s'agit d'une disposition similaire à celle adoptée à l'article 33 pour les dispositifs médicaux numériques bénéficiant de la prise en charge anticipée.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de conserver la disposition permettant d'encadrer les conditions de prescription, d'utilisation et de dispensation des produits en accès direct. Il s'agit en réalité d'une mesure de cohérence juridique qui applique à l'accès direct les dispositions prévalant dans le cadre du remboursement de droit commun.

Le rapporteur général préconise la suppression des autres modifications apportées au Sénat.

S'il partage la volonté du Sénat de s'assurer de la parution rapide des mesures réglementaires, et notamment des arrêtés de prise en charge des spécialités en accès direct, il n'est néanmoins pas favorable à prévoir, dans la loi, un délai pour la publication de ces arrêtés. L'objectif de l'accès direct étant d'accélérer l'accès des patients aux innovations, il ne fait doute que le Gouvernement portera une attention accrue à la rapidité avec laquelle les arrêtés de prise en charge seront publiés.

Quant aux dispositions portant sur l'articulation entre l'accès précoce et l'accès direct, le rapporteur général propose de supprimer toute corrélation entre les deux dispositifs, revenant en cela sur la disposition votée à l'Assemblée nationale. Il partage l'avis du Gouvernement, pour qui la corrélation entre l'accès précoce et l'accès direct risquerait de ralentir et d'alourdir la procédure d'accès direct, au détriment des patients. Le rapporteur général insiste néanmoins sur l'importance d'évaluer, au terme de l'expérimentation, les conséquences de l'accès direct sur le dispositif d'accès précoce.

● À l’initiative du rapporteur général, la commission a adopté deux amendements, l’un supprimant le délai de six semaines dans lequel l’arrêté de prise en charge doit être publié et l’autre supprimant toute corrélation entre les dispositifs d’accès précoce et d’accès direct.

*
* *

Article 36 bis

Rapport visant à présenter l’avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : maintien de la suppression.

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

Le présent article est issu d’un amendement adopté à l’initiative de M. Michel Lauzzana (groupe La République en Marche) et sous-amendé par le Gouvernement, avec un avis favorable du rapporteur général.

Il prévoit la remise d’un rapport visant à présenter l’avancement de la révision des actes innovants hors nomenclature (RIHN) et de leur financement.

Pour rappel, les actes innovants de biologie médicale et d’anatomocytopathologie compris dans le RIHN peuvent faire l’objet d’une prise en charge précoce avant même leur inscription aux nomenclatures. Une enveloppe budgétaire globale est dévolue au RIHN mais celle-ci étant limitée, le financement des actes connaît de fortes tensions reconnues par l’ensemble des acteurs.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Suivant sa position habituelle sur les demandes de rapport adressées au Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, avec un avis de sagesse du Gouvernement lequel a indiqué qu’il allait « *de toute façon publier ce rapport* ».

3. La position de la commission

● Le rapporteur général n’est pas, non plus, favorable à multiplier les demandes de rapports.

Il ne s’opposera néanmoins pas au rétablissement de cet article qui est de nature à améliorer l’information du Parlement sur la mise en œuvre d’une des mesures prévues dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS),

à savoir « *la réforme du RIHN pour offrir un dispositif de soutien dynamique et fluide à la biologie médicale et à l'anatomopathologie innovant* »⁽¹⁾.

● Aucun amendement de rétablissement de cet article n'ayant été déposé, la commission a maintenu sa suppression.

*

* *

Article 37

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

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● 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 loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 avant d'être supprimée par la LFSS 2020.

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

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général ainsi que trois amendements de fond.

Le premier amendement a été adopté avec l'avis favorable du Gouvernement à l'initiative de la commission, de Mme Agnès Firmin le Bodo et plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble ainsi que de Mme Annie Vidal. L'amendement adopté précise les conditions dans lesquelles le médecin prescripteur pourra exclure, sur l'ordonnance, la substitution d'un médicament biologique par le pharmacien d'officine. Cette exclusion devra être justifiée par des raisons tenant à la situation médicale du patient.

Le deuxième amendement a été adopté avec l'avis favorable du Gouvernement à l'initiative de la commission et de Mme Annie Vidal. Il prévoit

(1) *Mesure n° 4 du CSIS 2021.*

l'information systématique du patient par le pharmacien d'officine lorsque ce dernier procède à une substitution.

Le troisième amendement a été adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, à l'initiative de Mme Valérie Six et des membres du groupe UDI et Indépendants et a été sous-amendé par le rapporteur général. L'amendement adopté prévoit un rapport du Gouvernement sur le champ des dispositifs médicaux qui pourraient, à l'avenir, faire l'objet d'une substitution par les pharmaciens d'officine. La substitution de dispositifs médicaux par les pharmaciens paraît, en effet, difficile à mettre en œuvre à court terme sans mener au préalable un travail préparatoire approfondi sur le champ des dispositifs médicaux qui pourraient être concernés.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre l'adoption de deux amendements rédactionnels de la commission, le Sénat a supprimé, à l'initiative de la commission et avec un avis de sagesse du Gouvernement, la demande de rapport relatif aux dispositifs médicaux en nom de marque aux caractéristiques cliniques ou techniques similaires.

3. La position de la commission

- La substitution de dispositifs médicaux par les pharmaciens, souhaitée par un certain nombre de parlementaires, paraît difficile à mettre en œuvre à court terme sans mener au préalable un travail préparatoire approfondi sur le champ des dispositifs médicaux qui pourraient être concernés. Un rapport sur ce sujet paraît donc de nature à éclairer au mieux la représentation nationale en vue de l'examen d'un prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le rapporteur général propose de conserver les dispositions rédactionnelles introduites par le Sénat et laisse le soin, aux auteurs de la disposition supprimée au Sénat, de rétablir la demande de rapport.

- Aucun amendement de rétablissement de la demande de rapport n'ayant été déposé, la commission a maintenu la suppression de cet article par le Sénat.

*

* *

Article 38

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article 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.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté deux amendements.

- Le premier, adopté à l'initiative de la commission avec un avis de sagesse du Gouvernement, prévoit que :

- les critères permettant de tenir compte, dans la tarification, de la sécurité d'approvisionnement seront définis par décret en Conseil d'État ;

- ce même décret sera chargé de définir la manière dont les industriels s'engageront à contribuer à la sécurité d'approvisionnement ainsi que la manière dont le Comité économique des produits de santé (CEPS) effectuera le suivi de ces engagements.

- Le second amendement a été adopté à l'initiative de M. René-Paul Savary et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis défavorable du Gouvernement. Il prévoit que le prix des médicaments et des dispositifs médicaux tient compte à la fois de considérations de politique industrielle, tels les investissements dans l'outil de production, ainsi que des étapes de fabrication des médicaments dans l'Union européenne, au Royaume-Uni et en Suisse.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de supprimer l'ajout, par le Sénat, d'un décret en Conseil d'État, lequel ne lui paraît pas nécessaire pour sécuriser le dispositif.

Il propose également de supprimer la seconde disposition adoptée, dans la mesure où :

- elle est partiellement satisfaite. D'une part, l'article 38 prévoit déjà de tenir compte des différentes étapes de fabrication des médicaments, et non pas uniquement de la dernière étape de production. D'autre part, le dernier accord-cadre signé entre le CEPS et les entreprises du médicament intègre bien la prise en compte des investissements réalisés dans l'outil de production. L'article 24 de cet accord-cadre prévoit, par exemple, que la fixation et la régulation des conditions de prix par le CEPS tiennent compte des investissements réalisés dans l'Union européenne, notamment des investissements de développement et de production ;

– le rapporteur général n’est pas favorable à prévoir la prise en compte systématique, dans le prix, des « considérations de politique industrielle ». Cette notion est, d’une part, insuffisamment précise. D’autre part, il doit revenir au CEPS de déterminer au cas par cas s’il est ou non pertinent de prendre en compte tel ou tel élément de politique industrielle dans le prix du médicament ou du dispositif médical.

● À l’initiative du rapporteur général, la commission a adopté quatre amendements rétablissant la rédaction de l’Assemblée nationale.

*

* *

Article 38 bis A (nouveau)

Encadrement des déclarations de prix faites au Comité économique des produits de santé

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L’article résulte de l’adoption par le Sénat, avec l’avis défavorable du Gouvernement, de deux amendements identiques, l’un porté par Mme Sylvie Vermeillet et plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste, l’autre par M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

Alors qu’aujourd’hui, tous les exploitants ou fournisseurs de dispositifs médicaux doivent déclarer chaque année au Comité économique des produits de santé (CEPS) les prix auxquels ils ont vendu chacun de leur dispositif, la disposition adoptée au Sénat ne prévoit cette obligation que pour les exploitants ou fournisseurs de dispositifs « identifiés au programme de travail du CEPS ».

2. La position de la commission

● L’amendement dont est issu l’article avait été examiné en première lecture à l’Assemblée nationale et repoussé.

L’obligation de déclaration des prix de vente pour les dispositifs médicaux permet en effet au CEPS de disposer de davantage d’informations sur le marché et la répartition de la valeur entre exploitants, fournisseurs et distributeurs en détail au moment de la fixation des prix. La disposition adoptée au Sénat ne va pas dans le sens de la transparence.

C’est pourquoi le rapporteur général propose la suppression de cet article.

● La commission a supprimé cet article à l’initiative du rapporteur général.

CHAPITRE IV
RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 40

Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● 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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination ainsi qu'un amendement de fond du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement.

L'amendement adopté impose un bilan visuel par un médecin ophtalmologiste préalablement à tout renouvellement ou adaptation par un orthoptiste d'une prescription qui aurait été initialement délivrée par un ophtalmologiste ou un orthoptiste, dans des conditions fixées par décret.

Par cohérence, l'amendement prévoit que les opticiens-lunetiers ne pourront adapter ou renouveler les prescriptions initiales de verres correcteurs et de lentilles de contact oculaire par des orthoptistes qu'à la condition qu'un bilan visuel ait été préalablement réalisé par un médecin ophtalmologiste, dans des conditions fixées par décret.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis de sagesse du Gouvernement, lequel contient trois dispositions :

– il inscrit explicitement dans la loi que la réalisation de bilans visuels et la primo-prescription sera soumise à des critères d'âge des patients ;

– il précise que le décret d’application de la mesure permettant aux orthoptistes de réaliser le dépistage de l’amblyopie et celui des troubles de la réfraction ne contiendra pas uniquement des dispositions relatives aux âges des enfants concernés mais qu’il comportera également des dispositions relatives aux conditions dans lesquels ces dépistages seront réalisés ;

– il prévoit un avis du conseil national professionnel d’ophtalmologie – qui regroupe les sociétés savantes et les organismes professionnels spécialisés en ophtalmologie – sur les mesures réglementaires d’application.

3. La position de la commission

• Le rapporteur général note que l’amendement adopté au Sénat est très largement satisfait.

Le Gouvernement s’est en effet engagé à ce que les textes réglementaires prévoient bien les critères d’âge des patients pouvant être reçus en accès direct par les orthoptistes. L’étude d’impact du projet de loi indique, en effet, qu’« *un décret en Conseil d’État précisera les actes que pourront réaliser les orthoptistes lors de ce bilan visuel les conditions d’âge des patients pouvant être reçus en accès direct, les corrections concernées par le dispositif, les pathologies excluantes et les conditions de renvoi vers un médecin ophtalmologiste* ».

Les précisions adoptées par le Sénat, bien que satisfaites, permettent de rassurer un certain nombre d’acteurs quant à la portée du dispositif prévu par l’article 40.

Le rapporteur général est favorable à prévoir un avis du conseil national professionnel d’ophtalmologie sur les textes réglementaires.

Il propose donc de conserver l’article dans sa rédaction issue du Sénat.

• La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 41 bis A (nouveau)

Conventionnement des médecins conditionné à un exercice, pendant six mois, en zone sous-dense

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le présent article résulte de l'adoption, avec l'avis défavorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission.

- Le **I** crée un nouvel article L. 4131-6-1 dans le code de la santé publique, lequel prévoit qu'un médecin ne peut être conventionné qu'à la condition d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois dans des zones sous-denses.

Les zones sous-denses sont celles déterminées par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé qui se caractérisent par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

Le **I** précise qu'un médecin souhaitant être conventionné afin d'exercer en zone sous-dense n'est pas concerné par l'obligation d'avoir préalablement exercé en qualité de médecin salarié d'un médecin libéral ou en qualité de médecin remplaçant pendant une durée totale d'au moins six mois en zone sous-dense.

- Le **II** prévoit une entrée en vigueur de l'article au 1^{er} novembre 2022.

2. La position de la commission

- Le rapporteur général adhère à l'objectif poursuivi par cet article, à savoir l'amélioration de l'accès aux soins dans les territoires actuellement les plus en difficultés, mais il ne partage pas le moyen choisi pour y parvenir.

L'article 41 *bis* A revient à instaurer le conventionnement sélectif, que l'Assemblée nationale a rejeté en première lecture.

Une telle mesure risquerait de favoriser un exercice déconventionné qui nuirait aux patients et de désinciter les jeunes médecins à l'installation en libéral.

Le rapporteur général est convaincu qu'il faut davantage poursuivre les mesures mises en œuvre depuis le début de ce quinquennat pour améliorer l'accès aux soins. Ces mesures sont nombreuses, qu'il s'agisse des dispositifs incitant à l'installation des médecins dans les zones déficitaires, des mesures visant à libérer du temps médical, de la suppression du *numerus clausus* pour accroître à terme la démographie médicale ou du développement de la télémédecine.

De plus, l'article 41 *bis* A pose des difficultés juridiques majeures. Il aurait pour conséquence, au 1^{er} novembre 2022, le déconventionnement de tous les médecins aujourd'hui conventionnés qui n'auraient pas préalablement exercé en zone sous-dense pendant au moins six mois.

Pour toutes ces raisons, le rapporteur général propose la suppression de cet article.

• La commission a supprimé cet article en adoptant deux amendements identiques du rapporteur général et de M. Jean-Pierre Door et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains.

*

* *

Article 41 bis
Régulation des centres de santé

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification rédactionnelle.

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

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement de la présidente de la commission des affaires sociales, Mme Fadila Khattabi, et du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il vise à se donner des outils efficaces pour lutter contre les dérives de certains centres de santé dentaires et ophtalmologiques.

L'article adopté prévoit quatre grandes mesures.

- Le renforcement du contrôle de la qualité et de la sécurité des soins.

Le 1° complète l'article L. 6323-1-5 du code de la santé publique et crée la fonction de chirurgiens-dentistes « responsables de la qualité et de la sécurité des soins dentaires et des actes professionnels » au sein d'un centre de santé ou de l'une de ses antennes assurant une activité dentaire. Une fonction équivalente est créée pour les médecins ophtalmologistes dans les centres de santé ayant une activité ophtalmologique.

Les professionnels exerçant ces fonctions doivent informer le directeur général de l'agence régional de santé de toute décision prises par le gestionnaire du centre de santé qui leur apparaît comme étant de nature à porter atteinte à la santé des patients et la santé publique.

- Le renforcement du contrôle des qualifications des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé.

Le 2° et le a du 3° renforcent le contrôle des qualifications des chirurgiens-dentistes et des ophtalmologistes exerçant en centre de santé.

Le 2° intègre dans le projet de santé du centre – qui doit être transmis par le gestionnaire du centre au directeur général de l’agence régionale de santé (ARS) – la copie des diplômes et, le cas échéant, des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des médecins ophtalmologistes.

Le a du 3° prévoit que le directeur général de l’ARS transmet la copie des diplômes et des contrats de travail des chirurgiens-dentistes et des médecins ophtalmologistes au conseil départemental de l’ordre dont ils relèvent. Ce dernier rend ensuite un avis motivé dans un délai de deux mois.

- L’établissement d’une procédure d’agrément par l’ARS des centres de santé pour l’exercice d’activités dentaires ou ophtalmologiques.

Le c du 3° soumet les centres de santé ou leurs antennes ayant une activité ophtalmologique ou dentaire, pour leurs seules activités ophtalmologiques ou dentaires, à l’agrément du directeur général de l’ARS.

- Empêcher un gestionnaire de contourner des sanctions qui lui ont déjà été infligées en ouvrant de nouvelles structures.

Le 4° ouvre la possibilité, pour le directeur général de l’ARS, de refuser l’ouverture d’un nouveau centre ou d’une nouvelle antenne lorsque le gestionnaire fait déjà l’objet d’une sanction administrative pour l’un de ses établissements.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a, avec l’avis défavorable du Gouvernement, supprimé cet article, estimant qu’il ne contenait que des dispositions étrangères au champ des lois de financement de la sécurité sociale. La rapporteure a néanmoins convenu que ce sujet était d’importance.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général ne partage pas l’avis du Sénat, selon lequel cet article n’aurait pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

D’une part, l’article 41 *bis* permet de réguler l’offre de soins et donc potentiellement de réduire le nombre de centres ophtalmologiques ou dentaires en activité. Seuls pourront désormais ouvrir ceux qui obtiendront l’agrément délivré par l’ARS. Cette mesure est de nature à réduire les dépenses de l’assurance maladie, laquelle prend en charge les actes réalisés par les centres de santé, et ce de la même manière que ces centres soient ou non conventionnés.

D’autre part, l’article 41 *bis* permet de mieux lutter contre les pratiques frauduleuses des centres de santé. En cela, il limite les risques de surfacturation des actes qui sont fréquents dans les centres déviants, et réduit donc les dépenses de l’assurance maladie. Pour rappel, l’assurance maladie a, à ce jour, déposé seize

plaintes pénales pour des préjudices financiers contre des centres ophtalmologiques ⁽¹⁾.

Le rapporteur général rappelle que des dispositions similaires ont été précédemment adoptées en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), sans avoir été considérées comme étant des cavaliers législatifs.

À titre d'exemple, l'article 80 de la LFSS 2021 ⁽²⁾ crée, sous l'égide de la Haute Autorité de santé, une procédure de certification qualité des prestataires de services et distributeurs de matériels (PSDM). Seules les structures disposant de cette certification peuvent délivrer des produits et prestations remboursés par l'assurance maladie.

Cette disposition est similaire à celle prévue par l'article 41 *bis*, dans la mesure où elle prévoit une autorisation, en amont, des offreurs de soins dont les activités peuvent être prises en charge par l'assurance maladie.

• La commission a adopté un amendement de Mme Fadila Khattabi, présidente de la commission, et du rapporteur général rétablissant cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale, moyennant une modification rédactionnelle.

*
* *

Article 41 ter

Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires de centres de santé

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

Le présent article est issu d'un amendement adopté, à l'initiative de la commission des affaires sociales et plus particulièrement de sa présidente, avec l'avis favorable du Gouvernement.

Tout comme l'article 41 *bis*, il vise à mieux lutter contre les dérives que connaissent certains centres de santé. Il prévoit pour cela trois principales mesures ⁽³⁾.

(1) Chiffre donné par le Gouvernement en séance publique au Sénat.

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

(3) En plus de ces trois mesures, le 2° du **II** de l'article prévoit la transposition automatique, dans certains cas, dans l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé, des modes de rémunération des

• L'article renforce, tout d'abord, les sanctions que peut prononcer le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) à l'encontre des gestionnaires de centres de santé dont les pratiques ne sont pas conformes à la réglementation. Actuellement, le directeur général de l'ARS ne peut prononcer que la suspension, partielle ou totale, du centre ou sa fermeture.

Le **I** ouvre la possibilité pour le directeur général de l'ARS de prononcer une amende administrative d'un montant maximal de 150 000 euros assortie d'une astreinte de 1 000 euros par jour. Cette mesure trouve son sens dans l'origine lucrative des dérives.

• L'article vise, ensuite, à renforcer les possibilités d'actions de l'assurance maladie à l'encontre des centres qui ne respectent pas la réglementation :

– pour ce faire, le **3°** du **II** met fin au conventionnement d'office. Désormais, les centres souhaitant être conventionnés devront explicitement adhérer à l'accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations représentatives des centres de santé.

Le **III** prévoit que les centres de santé qui n'adhèrent pas à l'accord national disposent d'un délai de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi pour adhérer à l'accord national s'ils le souhaitent ;

– parallèlement à la fin du conventionnement d'office, l'article renforce les effets des sanctions conventionnelles.

Ces effets sont, aujourd'hui, très limités car les décisions de sanction de l'assurance maladie n'ont pas de conséquence, ni sur la prise en charge par la sécurité sociale des actes délivrés par les centres de santé sanctionnés, ni sur la possibilité, pour ces centres, de bénéficier de la subvention dite « Teulade »⁽¹⁾.

Le **5°** du **II** prévoit donc de réduire la prise en charge, par l'assurance maladie, des actes délivrés par les centres de santé qui n'adhèrent pas à la convention ou qui sont déconventionnés par l'assurance maladie. Il permet d'appliquer à ces centres les tarifs d'autorité fixés par arrêté interministériel pour le remboursement des honoraires, rémunérations et frais accessoires. Cette disposition est analogue à l'application des tarifs d'autorité aux professionnels libéraux qui exercent en dehors du système conventionnel.

Le **1°** du **II** conditionne, lui, la subvention dite « Teulade » au conventionnement avec l'assurance maladie.

professionnels définis par les conventions applicables aux médecins, aux chirurgiens-dentistes, aux sages-femmes, aux auxiliaires-médicaux et aux directeurs de laboratoires, au plus tard six mois après la conclusion ou la modification de ces conventions.

(1) Cette subvention est versée par les CPAM aux centres de santé et vise à rembourser à l'employeur 11,5 % de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés du centre de santé.

- L'article étend aux centres de santé adhérant à l'accord national la procédure de déconventionnement d'urgence prévue pour les professionnels de santé libéraux lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier (4° du II). Cette procédure permet à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de suspendre rapidement les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre un amendement rédactionnel et un amendement de clarification rédactionnelle de la commission, le Sénat a adopté deux amendements de fond.

- Le premier, adopté à l'initiative de la commission et sous-amendé par le Gouvernement, renforce la portée réputationnelle des sanctions financières susceptibles d'être prononcées par le directeur général de l'ARS à l'encontre des gestionnaires de centres de santé ne respectant pas la réglementation.

Il donne au directeur général la possibilité de mettre le gestionnaire en demeure de publier les décisions de sanction financière le concernant sur le site internet du centre de santé en cause, lorsque ce site existe, ainsi que sur les plateformes de prise de rendez-vous médicaux et sur le site internet de toute autorité sanitaire publique qui apparaîtra adaptée.

- Le second amendement, adopté avec l'avis favorable du Gouvernement à l'initiative de la commission ainsi que de Mme Nadia Sollogoub et des membres du groupe Union Centriste, augmente de trois à six mois le délai accordé aux centres de santé encore non adhérents à l'accord national avec l'assurance maladie pour y adhérer.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général souscrit à l'ensemble des dispositions adoptées au Sénat, et tout particulièrement au renforcement de la portée réputationnelle des sanctions financières à l'encontre des gestionnaires de centres de santé ne respectant pas la réglementation.

Il propose donc le maintien de l'article dans la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 41 quinquies

Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification.

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

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, de trois amendements identiques portés par la commission, M. Philippe Vigier et les membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que Mme Stéphanie Rist et les membres du groupe La République en Marche.

Il permet d'expérimenter, pour une durée de trois ans et dans six départements, l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes – c'est-à-dire sans prescription médicale – dans le cadre des structures d'exercice coordonné ⁽¹⁾.

L'article précise qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par le masseur-kinésithérapeute sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique le Sénat a adopté un amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation ainsi qu'un amendement, lui-même sous-amendé, visant à modifier le périmètre de l'expérimentation.

● L'amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation a été adopté à l'initiative de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement :

– il prévoit que le décret fixant les modalités de l'expérimentation devra être pris en Conseil d'État après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine ;

– il rappelle que, dans le cadre de l'expérimentation, les masseurs-kinésithérapeutes auront bien accès au dossier médical partagé dans les conditions prévues au III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique, à savoir sous réserve du consentement du patient ;

– il prévoit la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation.

(1) À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

- La modification du périmètre de l'expérimentation résulte de l'adoption, contre l'avis du Gouvernement, d'un amendement porté par Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, modifié par un sous-amendement adopté à l'initiative de M. Dominique Théophile et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

La disposition adoptée prévoit que l'expérimentation aura lieu dans six départements au moins répartis ainsi : cinq départements situés au sein d'une même région et au moins un département d'outre-mer.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de rétablir l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale, en conservant deux des dispositions ajoutées au Sénat :

- la remise d'un rapport au Parlement avant l'éventuelle généralisation de l'expérimentation. Un tel rapport est, en effet, de nature à améliorer l'information du législateur ;

- la précision selon laquelle le décret fixant les modalités de l'expérimentation sera pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine. En revanche, le recours à un décret d'application en Conseil d'État, et non plus à un décret simple, est de nature à inutilement retarder la mise en œuvre de l'expérimentation.

Le rapporteur général n'est pas favorable aux autres dispositions adoptées au Sénat, pour les raisons suivantes :

- la possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'avoir accès au dossier médical partagé est d'ores et déjà prévue par l'article 41 *quinquies*. Le III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique – qui prévoit le consentement des patients – s'appliquant à tout professionnel de santé participant à la prise en charge d'une personne, il s'appliquera bien aux masseurs-kinésithérapeutes parties prenantes à l'expérimentation ;

- la limitation du périmètre de l'expérimentation à une seule région ne permettra pas d'avoir une vision suffisamment représentative et d'évaluer au mieux l'opportunité de généraliser l'expérimentation à l'ensemble du territoire ;

- quant à l'inclusion d'un département ultramarin, le rapporteur y est favorable sur le fond mais considère que cela sera prévu par la voie réglementaire, dans la mesure où le Gouvernement s'est engagé, en séance publique au Sénat, à inclure un département d'outre-mer dans l'expérimentation.

- La commission a adopté un amendement de rédaction globale du rapporteur général rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale tout en conservant les avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine sur le projet de décret. De manière à ne pas retarder l'entrée en vigueur

de l'expérimentation, l'amendement adopté prévoit que si ces avis n'ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l'Académie nationale de médecine, ils sont réputés avoir été rendus.

*
* *

Article 41 sexies
Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification.

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

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, de trois amendements identiques portés par la commission, M. Philippe Vigier et les membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que Mme Stéphanie Rist et les membres du groupe La République en Marche.

Il permet d'expérimenter, pour une durée de trois ans et dans six départements, l'accès direct aux orthophonistes – c'est-à-dire sans prescription médicale – dans le cadre des structures d'exercice coordonné ⁽¹⁾.

L'article précise qu'un bilan initial et un compte rendu des soins réalisés par l'orthophoniste sont adressés au médecin traitant et reportés dans le dossier médical partagé

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement visant à encadrer davantage les conditions de réalisation de l'expérimentation ainsi qu'un amendement visant à modifier le périmètre de l'expérimentation.

● Il s'agit d'une part d'une précision similaire à celle apportée à l'article 41 *quinquies*. Cet amendement :

(1) À savoir les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, les centres de santé et les maisons de santé.

– prévoit que le décret fixant les modalités de l’expérimentation devra être pris en Conseil d’État après avis de la Haute Autorité de santé et de l’Académie nationale de médecine ;

– il rappelle que, dans le cadre de l’expérimentation, les orthophonistes auront bien accès au dossier médical partagé dans les conditions prévues au III de l’article L. 1111-17 du code de la santé publique, à savoir sous réserve du consentement du patient ;

– prévoit la remise au Parlement d’un rapport d’évaluation.

● Il s’agit d’autre part d’une modification du périmètre de l’expérimentation résulte de l’adoption, avec un avis de sagesse du Gouvernement, d’un amendement porté par M. Dominique Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

La disposition adoptée prévoit toujours que l’expérimentation aura lieu dans six départements mais elle précise que l’un de ces départements, au moins, est un département d’outre-mer.

3. La position de la commission

● Pour les mêmes raisons que celles précédemment évoquées à l’article 41 *quinquies*, le rapporteur général propose de rétablir l’article 41 *sexies* dans la rédaction de l’Assemblée nationale, en ne conservant que deux des dispositions ajoutées au Sénat, à savoir la remise d’un rapport au Parlement ainsi que la précision selon laquelle le décret fixant les modalités de l’expérimentation sera pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l’Académie nationale de médecine.

● La commission a adopté un amendement de rédaction globale du rapporteur général rétablissant la rédaction de l’Assemblée nationale tout en conservant les avis de la Haute Autorité de santé et de l’Académie nationale de médecine sur le projet de décret. De manière à ne pas retarder l’entrée en vigueur de l’expérimentation, l’amendement adopté prévoit que si ces avis n’ont pas été transmis au Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret à la Haute Autorité de santé et à l’Académie nationale de médecine, ils sont réputés avoir été rendus.

*

* *

Article 41 septies

Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du Gouvernement, d'un amendement de la commission, initialement porté par Mme Stéphanie Rist.

Il permet à l'État, à titre expérimental, pour une durée de trois ans et au sein de six départements, d'autoriser le financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) des frais occasionnés par la promotion et la mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale », au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

Pour rappel, ce guide consiste en un référentiel de bonnes pratiques à l'usage des médecins qui sont amenés à demander ou à réaliser des examens d'imagerie médicale. Il a été publié en 2005 par la Société française de radiologie et la Société française de médecine nucléaire, sous l'égide de la Haute Autorité de santé et de l'Autorité de sûreté nucléaire. Mis à jour en 2013, il vise à limiter l'exposition des patients aux rayonnements ionisants, améliorer la qualité des soins, promouvoir l'interdisciplinarité et maîtriser les coûts.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a supprimé cet article, à l'initiative de la commission et avec un avis de sagesse du Gouvernement, au motif, d'une part, qu'il n'était pas nécessaire d'organiser une campagne d'information spécifique et, d'autre part, que l'article ne relevait pas du domaine de la loi.

3. La position de la commission

• Si les campagnes d'information peuvent être prévues par la voie réglementaire, elles peuvent aussi relever de la loi, comme le montrent les articles de nature législative prévoyant la mise en place de campagnes dans le cadre de la

prévention de l'obésité et du surpoids ⁽¹⁾ ou dans le cadre de la prévention de l'alcoolisme des jeunes ⁽²⁾.

La promotion du guide du bon usage des examens d'imagerie médicale et son accès gratuit au sein de l'espace numérique des médecins généralistes est de nature à renforcer la pertinence des examens par imagerie.

Le rapporteur général laisse donc le soin à l'auteur de l'amendement adopté en première lecture à l'Assemblée nationale de rétablir l'article 41 *septies*.

● À l'initiative de Mme Stéphanie Rist et des membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement de rétablissement de cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

*
* *

Article 41 octies

Expérimentation de la primo-prescription par les infirmiers exerçant en pratique avancée pour des prescriptions médicales obligatoires

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article est issu de l'adoption, avec l'avis favorable du rapporteur général, de deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Sereine Mauborgne et les membres du groupe La République en Marche.

Il ouvre, à titre expérimental et pour trois ans, dans trois régions, aux infirmiers exerçant en pratique avancée (IPA) la primo-prescription pour des prescriptions médicales obligatoires, ce qui ne leur est aujourd'hui pas autorisé.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté, avec un avis de sagesse du Gouvernement, un amendement présenté par M. Dominique Théophile et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

(1) Article L.3232-3 du code de la santé publique.

(2) Article L. 3311-3 du code de la santé publique.

L'amendement adopté précise que l'une des trois régions dans lesquelles se déroulera l'expérimentation sera une région d'outre-mer.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose de ne pas retenir la disposition adoptée au Sénat et de laisser le soin au pouvoir réglementaire de définir les régions dans lesquelles l'expérimentation sera la plus pertinente.

Il propose donc de rétablir l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

- À l'initiative du rapporteur général ainsi que de Mme Sereine Mauborgne et les membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 42

Généralisation d'expérimentations en santé

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

L'article 42 généralise deux expérimentations menées respectivement depuis 2016 et 2019.

- Dans la continuité de la « Mission : retrouve ton cap » visant à prévenir l'obésité chez les enfants, l'article 42 permet aux centres de santé ainsi qu'aux maisons de santé de mettre en œuvre un parcours spécifique global destiné aux enfants de 3 à 12 ans en situation de surpoids ou d'obésité commune non compliquée ou présentant des facteurs de risque d'obésité. Dans la continuité de l'expérimentation menée dans quatre départements depuis 2016, le parcours, conditionné à la prescription du médecin traitant, comprend un bilan d'activité physique ainsi qu'un bilan et des séances de suivi diététique et psychologique.

Les modalités d'application de ce dispositif seront fixées par décret en Conseil d'État.

- Le présent article généralise également l'expérimentation « Au Labo Sans Ordo » permettant le remboursement d'un examen de biologie médicale relatif au dépistage sérologique de l'infection par le VIH réalisé à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification, à l'exception de deux précisions rédactionnelles apportées par le rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat, en commission puis en séance – avec un avis de sagesse du Gouvernement – a adopté un amendement précisant que les centres et maisons de santé mettent en œuvre le parcours de soins coordonné prévu pour prévenir l'obésité chez les enfants, avec l'accord des parents, en collaboration avec le médecin de l'éducation nationale de l'établissement dans lequel est scolarisé l'enfant et, le cas échéant, avec le médecin traitant ou le médecin du service de protection maternelle et infantile (PMI).

Cet amendement reconnaît également aux médecins de l'éducation nationale et aux médecins des services de PMI la capacité d'orienter l'enfant et sa famille vers un centre de santé ou une maison de santé susceptible d'assurer cette prise en charge par le parcours de soin coordonné.

3. La position de la commission

- Sensible à la précision apportée par les sénateurs quant à l'articulation entre ce dispositif d'un côté et la PMI et la médecine scolaire de l'autre, le rapporteur général propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 42 bis A (nouveau)

Extension de dérogations facilitant la dispensation de traitements chroniques par les pharmaciens

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique prévoit aujourd'hui que dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien peut dispenser ce traitement, dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance.

Pendant la crise sanitaire, ces dispositions ont fait l'objet de dérogations, prévues par arrêté ⁽¹⁾ et permettant aux pharmacies de délivrer, dans le cadre de la posologie initialement prévue et lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, un nombre de boîtes par ligne d'ordonnance ou un volume de produits ou de prestations garantissant la poursuite du traitement.

● Le présent article additionnel est issu d'un amendement présenté par M. Bruno Belin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il supprime la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance aujourd'hui prévue par la loi et la remplace par une limite d'un mois. Il étend également ces dispositions aux dispositifs médicaux.

2. La position de la commission

● Sensible à la disposition adoptée par le Sénat pour faciliter l'accès des patients à leurs traitements, le rapporteur général propose son maintien.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

(1) Arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé.

Article 42 bis B (nouveau)

Financement forfaitaire de la radiothérapie

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● Le présent article additionnel est issu d'un amendement présenté par Mme Florence Lassarade et plusieurs de ses collègues du groupe les Républicains, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

● Il fixe une date butoir au 31 décembre 2022 pour la forfaitisation du financement de la radiothérapie.

2. La position de la commission

● Le rapporteur général souhaite, comme ses collègues sénateurs, que les travaux relatifs au financement forfaitaire de la radiothérapie débouchent le plus vite possible.

Pour mémoire, l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014 a posé un cadre juridique et financier dérogatoire permettant l'expérimentation d'un nouveau modèle de financement de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie externe. Le nouveau modèle de financement prévu ne devait plus reposer sur le nombre de séances réalisées, ni sur la dose totale d'irradiation, mais devait s'appuyer sur les techniques de radiothérapie. Il devait couvrir l'intégralité de l'épisode de soins de radiothérapie oncologique pour le patient. Cet article a été abrogé par l'article 51 de la LFSS 2018, sans que son décret d'application ait jamais été pris.

Les travaux de mise en œuvre de ce nouveau modèle de financement ont ensuite repris en 2018, et les données préparatoires recueillies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ont été présentés fin 2019. Toutefois, plusieurs aspects de ces travaux doivent encore être approfondis, et notamment la définition d'indicateurs de qualité, la poursuite des recommandations de bonnes pratiques, la valorisation financière du modèle et l'adaptation des systèmes d'information.

Alors qu'il a un temps été évoqué que cette réforme du financement puisse intervenir sous la forme d'une expérimentation dans le cadre dérogatoire de l'article 51 de la LFSS 2018, le dernier rapport remis au Parlement par le Gouvernement sur le financement des établissements de santé indique que c'est l'hypothèse d'un passage directement dans le droit commun qui est aujourd'hui privilégiée par les travaux techniques, avec pour échéance 2023. Le ministre des solidarités et de la santé, interrogé par le rapporteur général en séance publique en première lecture, a confirmé cette échéance.

L'adoption de cet article pourrait perturber les travaux en cours. Par ailleurs, il fait référence à l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, aujourd'hui abrogé.

En cohérence avec la position de l'Assemblée nationale en première lecture, qui a rejeté un amendement identique, le rapporteur général propose donc la suppression de cet article.

- A l'initiative du rapporteur général, la commission a supprimé cet article.

*

* *

Article 42 bis

Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations d'accompagnement psychologique

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

L'article 42 *bis* résulte de l'adoption, en séance publique à l'Assemblée nationale, de quatre amendements identiques déposés par le Gouvernement, Mme Agnès Firmin Le Bodo et les membres du groupe Agir ensemble, M. Philippe Vigier et les membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que M. Éric Poulliat et les membres du groupe La République en Marche.

Il prévoit la prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie de séances d'accompagnement réalisées par un psychologue, traduisant ainsi la très importante annonce du Président de la République lors des assises de la santé mentale et de la psychiatrie le 28 septembre dernier.

L'article adopté insère une nouvelle section au chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, et un nouvel article L. 162-58.

Il précise que les séances d'accompagnement psychologique se font dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice en centre de santé ou en maison de santé (prise en charge ambulatoire). Par ailleurs :

– le psychologue doit être signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice ;

– l’assuré social bénéficiaire de la séance doit être « adressé » par son médecin traitant ou, à défaut, par un médecin impliqué dans la prise en charge du patient justifiant une prestation d’accompagnement psychologique ;

– la répartition et le nombre de psychologues pouvant proposer les séances est défini par un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale afin de répondre au mieux aux besoins des territoires.

Les caractéristiques des séances, les critères d’éligibilité des psychologues et des patients, les modalités d’inscriptions de ces séances dans le parcours de soins du patient, les modalités de conventionnement entre les caisses primaires d’assurance maladie et les psychologues, les modalités de fixation des tarifs des séances ainsi que la possibilité d’exclure le psychologue ne respectant pas les conditions seront définis par décret en Conseil d’État.

Par ailleurs, l’article 42 *bis* précise que des dépassements d’honoraires ne peuvent être pratiqués sur des séances prises en charge.

Enfin, il prévoit la remise d’un rapport d’évaluation du dispositif par le Gouvernement au Parlement, au plus tard le 1^{er} septembre 2024.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

À l’initiative de la commission, le Sénat a adopté quatre amendements précisant le dispositif proposé.

Afin de favoriser une dynamique de coopération et de coordination entre les professionnels médicaux et les psychologues, il a adopté un amendement ayant reçu un avis défavorable du Gouvernement et précisant que les psychologues inscrivent leur intervention dans le cadre du projet territorial de santé mentale lorsqu’il existe. Il fait de la participation à ce projet une condition de sélection par l’autorité compétente pour participer au dispositif des séances d’accompagnement.

Le projet territorial de santé mentale

Introduit par l’article 69 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, le projet territorial de santé mentale (PTSM), défini à l’article L. 3221-2 du code de la santé publique, a pour objet l’amélioration continue de l’accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité sécurisés et sans rupture, notamment en établissant un diagnostic territorial répondant au mieux aux caractéristiques de la population et du territoire.

Il est élaboré et mis en œuvre à l’initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à « *un niveau territorial suffisant pour permettre l’association de l’ensemble des acteurs* » de la santé mentale et l’accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées.

Dans la pratique, en 2019, soixante-treize territoires étaient concernés par des PTSM. Pour l’essentiel, leur échelon est départemental.

De plus, le Sénat prévoit, par l'adoption d'un amendement proposé par la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement, la mobilisation de ce dispositif des séances d'accompagnement psychologique par les médecins du travail.

Le Sénat a également adopté avec un avis favorable du Gouvernement un amendement de la commission visant à clarifier les motifs permettant au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de mettre à la charge du psychologue une partie des dépenses associées aux séances et de l'exclure du dispositif en incluant le non-respect des engagements conventionnels avec la CPAM à ces derniers.

Enfin, le Sénat a adopté, avec un avis défavorable du Gouvernement, un amendement précisant que les directeurs régionaux d'agences régionales de santé seront les autorités compétentes pour sélectionner les psychologues participant au dispositif des séances d'accompagnement psychologique.

Le Sénat a également adopté deux amendements rédactionnels en commission puis en séance, l'un ayant reçu un avis favorable du Gouvernement, l'autre avec un avis défavorable.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général souhaite que ce dispositif majeur puisse devenir une réalité le plus tôt possible.

Pour cela, il propose de supprimer les dispositions introduites par le Sénat visant à faire des directeurs généraux d'ARS les autorités compétentes pour sélectionner les psychologues y participant. Il semble en effet préférable, qu'au moins dans un premier temps, la sélection soit réalisée au niveau national par une autorité administrative *ad hoc*, et qu'un comité de pilotage comprenant des représentants de la profession soit mis en place pour accompagner cette sélection.

De même, introduire une condition d'appartenance aux PTSM ralentirait ce processus alors même que ces PTSM ne sont pas aboutis sur tout le territoire. De nombreux défis doivent être relevés pour mettre en place le dispositif introduit par le présent article rapidement, mieux vaut ne pas le compliquer inutilement.

Enfin, dans une logique de parcours de soins, le rapporteur général souhaite conserver le rôle pivot du médecin traitant et ne pas permettre au médecin du travail de se substituer à ce dernier dans le parcours de soins.

- A l'initiative du rapporteur général, la commission a supprimé les trois dispositions susmentionnées.

*

* *

Article 42 ter A (nouveau)

Précision relative au parcours post-cancer

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

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

● L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 a créé un parcours d'accompagnement psychologique, nutritionnel et en matière d'activité physique pour les patients ayant reçu un traitement contre le cancer.

L'objectif de cette mesure est d'améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer grâce à un accompagnement individualisé, mis en place le plus tôt possible après la phase de traitements aigus de la maladie, pour les aider à adapter leur alimentation ou à reprendre une activité physique compatible avec leur état de santé physique et mentale à l'issue du cancer.

Le parcours se compose d'un bilan d'activité physique et de bilans ou consultations de suivi nutritionnel ou psychologique.

● Le présent article additionnel est issu d'un amendement présenté par M. Michel Savin et plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, avec un avis favorable de la commission et défavorable du Gouvernement.

Il vise à articuler le parcours de soins global post-cancer avec le protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

Ce protocole, établi par le médecin traitant du patient et « *périodiquement révisable* », est déterminé par le médecin traitant en cas d'affection de longue durée (ALD) et en cas d'interruption de travail ou de soins continus supérieurs à une certaine durée. Il définit notamment « *les actes et les prestations nécessités par le traitement de l'affection [de longue durée] et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée* ».

Pour continuer à bénéficier des prestations auxquelles il peut prétendre, le bénéficiaire de l'ALD doit se soumettre aux traitements et mesures prescrits par le médecin traitant ainsi qu'aux visites médicales ou contrôles organisés par la caisse d'assurance maladie (1° et 2° de l'article L. 324-1). Il doit en outre s'abstenir de toute activité non autorisée (3°), et le cas échéant accomplir les exercices ou travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel (4°).

L'intention de l'amendement adopté par le Sénat est que les exercices ou les travaux prescrits en vue de favoriser la rééducation ou le reclassement professionnel du patient tiennent compte des actions prescrits dans le cadre du

parcours d'accompagnement créé par l'article 59 de la LFSS 2020, afin d'améliorer la cohérence entre le parcours d'accompagnement post-cancer et le protocole établi dans le cadre de l'ALD.

2. La position de la commission

● Le parcours de soins global après le traitement d'un cancer est dans la plupart des cas prescrit par le médecin traitant ⁽¹⁾ et ce dernier est en tout état de cause informé de la mise en place de ce parcours. ⁽²⁾ Par ailleurs, il dispose d'ores et déjà du protocole de soins dédié aux patients en ALD. Par conséquent, il le prend nécessairement en compte dans le cadre de la prescription, en fonction des besoins du patient.

Pour le rapporteur général, l'article adopté par le Sénat étant en réalité satisfait, ce dernier risque avant tout d'ajouter une nouvelle norme venant complexifier l'exercice des médecins traitants plutôt que de leur faire confiance.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur général.

*

* *

Article 42 quater

Expérimentation d'un financement du transport bariatrique

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 42 *quater* résulte de l'adoption, en commission des affaires sociales puis en séance publique, d'un amendement initialement présenté par M. Thierry Michels et plusieurs de ses collègues du groupe La République en Marche, avec l'avis défavorable du rapporteur général. En séance publique, un amendement identique de M. Pierre Dharréville et des membres du groupe de la Gauche démocrate et républicaine a également été adopté.

Cet article prévoit la possibilité pour l'État d'expérimenter, pour une durée de trois ans, le financement par le Fonds d'intervention régional (FIR) de la mise en place par certaines agences régionales de santé d'une prise en charge spécifique des

(1) Ou par le cancérologue ou le pédiatre, aux termes de l'article R. 1415-1-11 du code de la santé publique.

(2) Article R. 1415-1-12 du code de la santé publique.

transports de personnes en situation d'obésité sévère ou morbide ainsi que d'aides à l'acquisition de matériels et véhicules de transports sanitaires adaptés.

Les conditions d'application du présent article seraient fixées par arrêté.

En parallèle de la production d'un rapport sur la mise en place de la nouvelle tarification des transports bariatriques prévu par l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, l'article 42 *quater* prévoit la remise d'un rapport d'évaluation au Parlement avant la fin de l'expérimentation.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Malgré une opinion partagée sur l'urgence de rétablir l'égalité entre les personnes en développant le modèle économique du transport bariatrique adapté aux personnes en situation d'obésité sévère ou morbide, le Sénat, à l'initiative de la commission, a supprimé l'article 42 *quater* au motif que le dispositif proposé ne contraint aucunement le Gouvernement à agir, d'une part, et qu'il est déjà satisfait par le droit en vigueur, d'autre part. En effet, le financement par le FIR du transport bariatrique ou d'aides à l'acquisition de matériels est déjà possible au titre de l'article L. 1435-8 du code de la santé publique.

Le Gouvernement s'en est remis à la sagesse du Sénat.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général partage pleinement la position adoptée par le Sénat. Il rappelle par ailleurs que des travaux sont en cours à l'échelon national sur le sujet, et craint que la mise en œuvre parallèle d'une expérimentation au niveau régional ne vienne ralentir ces travaux qui doivent pourtant aboutir au plus vite.

Il propose donc la suppression conforme de cet article.

● À l'initiative de M. Thierry Michels et des membres du groupe La République en Marche ainsi que de M. Cyrille Isaac-Sibille (groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés), la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, contre l'avis du rapporteur général.

*

* *

Article 42 quinquies

Rapport évaluant la mise en œuvre de soins après le traitement d'un cancer

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 42 *quinquies* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement déposé par Mme Audrey Dufeu (groupe La République en Marche) et plusieurs de ses collègues contre l'avis de la commission des affaires sociales mais avec un avis favorable du Gouvernement.

Cet article dispose qu'avant le 1^{er} septembre 2022, le Gouvernement remet au Parlement le rapport sur la mise en œuvre du parcours de soins global après le traitement d'un cancer prévu à l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Il précise que ce rapport :

– étudie l'ouverture du remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer ;

– présente les différentes solutions thérapeutiques non hormonales aux problématiques mentionnées ci-dessus ;

– précise l'effet sur les comptes de l'assurance maladie de l'ouverture au remboursement de ces solutions aux femmes atteintes de cancers hormono-dépendants ou atteintes de cancers de la zone pelvienne.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat, à l'initiative de la commission et avec un avis de sagesse du Gouvernement, a supprimé l'article 42 *quinquies* au motif qu'il est « *dépourvu de portée utile* », puisqu'il « *visé à ce que le Gouvernement remette au Parlement un rapport déjà prévu par un précédent article de loi dans un délai qui, par ailleurs, n'a pas encore expiré* ».

3. La position de la commission

● Le rapporteur général, conscient de l'importance des sujets soulevés par cet article, considère toutefois qu'une demande de rapport n'est pas le moyen pertinent pour y répondre. Il propose donc la suppression conforme de cet article.

● À l'initiative de Mme Audrey Dufeu et des membres du groupe La République en Marche, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale, contre l'avis du rapporteur général.

*

* *

Article 43

Prolongation de l'expérimentation halte soins addictions

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

Sort au Sénat : adopté avec modifications.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 43 prolonge et assouplit l'expérimentation de salles de consommation à moindre risque (SCMR), initialement autorisée pour une durée de six ans par l'article 43 de la loi n° 2016-41 du 16 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Ces espaces d'accueil et d'accompagnement des usagers de drogues sont pérennisés jusqu'au 31 décembre 2025 et rebaptisés « haltes soins addictions », afin de mettre l'accent sur leur inscription dans un parcours de soins global permettant à la fois la prise en charge sanitaire et sociale des usagers.

Le dispositif est également modifié en ce qu'il permet aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) d'ouvrir des haltes soins addictions.

Il autorise également ces haltes à prendre la forme de structures mobiles.

● Un cahier des charges national précisant les modalités d'accueil et de fonctionnement est arrêté par le ministre chargé de la santé.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement identique du Gouvernement et de Mme Caroline Janvier (groupe La République en Marche) permettant aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) d'ouvrir des haltes soins addictions.

Elle a également adopté un amendement rédactionnel du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance publique, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement de la rapporteure imposant aux CAARUD et aux CSAPA d'ouvrir de telles « haltes soins addictions » dans des locaux situés dans l'enceinte d'établissements de santé ou à proximité immédiate de ces établissements.

3. La position de la commission

- Pour le rapporteur général, l'obligation d'ouvrir de telles structures à proximité immédiate d'établissements de santé va à l'encontre de la possibilité ouverte par le présent article de développer des structures mobiles.

- À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli l'article dans sa rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 43 bis (nouveau)

Extension du périmètre d'intervention du fonds de lutte contre les addictions

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

Position de la commission : adoption dans sa rédaction issue du Sénat.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Créé par l'article 57 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie, le fonds de lutte contre les addictions permet de financer et d'amplifier chaque année des actions innovantes de prévention, d'accompagnement et de recherche mises en place en soutien aux priorités du programme national de lutte contre le tabac et du plan national de mobilisation contre les addictions.

L'article 43 *bis*, résultant de l'adoption en séance publique, avec un avis favorable de la commission, d'un amendement du Gouvernement et d'un amendement identique de M. Xavier Iacovelli et des membres du groupe du Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, modifie l'article L. 221-1-4 du code de la sécurité sociale relatif à ce même fonds.

Tenant compte des évolutions des usages problématiques notamment liés aux écrans et aux jeux en ligne ces dernières années, il étend le périmètre d'intervention du fonds en supprimant la mention faite aux substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites) permettant ainsi de faire bénéficier du soutien financier du fonds des actions d'ampleur nationale et locale de prévention portant sur l'ensemble du champ des addictions.

Le présent article précise également les modalités d’attribution au fonds de ses financements issus de la hausse des droits sur les tabacs. En effet, comme le souligne l’exposé des motifs de l’amendement adopté, « *à la suite de l’abrogation par la loi de finances rectificative pour 2019 de la taxe sur les fournisseurs de tabac initialement affectée au fonds, la compensation de cette perte a été effectuée par une hausse des droits tabacs au bénéfice de l’assurance maladie sans en prévoir toutefois les modalités d’attribution au fonds* ». L’article prévoit donc un transfert, par arrêté, de l’assurance maladie vers le fonds.

2. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d’adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat. Il souligne toutefois que des éléments complémentaires devront être apportés par le Gouvernement en séance en ce qui concerne l’évolution du financement du fonds au vu de l’extension de ses missions.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 44

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

Origine de l’article : projet de loi modifié en première lecture à l’Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de l’article dans la rédaction de l’Assemblée nationale.

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

- 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.

- En séance publique, l’Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- le premier, de Mme Catherine Fabre et des membres du groupe La République en Marche, a été adopté avec les avis favorables du Gouvernement et du rapporteur général. Il prévoit la prise en charge, pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans, des frais liés aux consultations de prévention en matière de santé sexuelle, correspondant aux consultations « longues » de santé sexuelle.

Pour rappel, cette consultation existe déjà pour les mineures de moins de 18 ans et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 permet à l'État d'expérimenter son ouverture aux garçons comme aux filles ayant entre 15 et 18 ans ;

– le second a été adopté à l'initiative de la commission ainsi que de Mme Annie Chapelier et des membres du groupe Agir ensemble, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il prévoit la remise au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi, d'un rapport du Gouvernement sur les moyens à mettre en œuvre pour développer, promouvoir et prendre en charge la contraception masculine.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a supprimé, à l'initiative de sa commission des affaires sociales et avis l'avis défavorable du Gouvernement, la demande de rapport sur la contraception masculine introduite par l'Assemblée nationale.

3. La position de la commission

● Par principe, le rapporteur général n'est pas favorable à multiplier les demandes de rapport dans les textes de loi.

Il donnera néanmoins un avis favorable aux amendements visant à rétablir la demande de rapport adoptée à l'Assemblée nationale, tant la promotion de la contraception masculine lui semble être un sujet d'importance majeure.

● À l'initiative de M. Raphaël Gérard et des membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 44 ter

Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article a été introduit à l'Assemblée nationale par deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Aurore Bergé et des membres du groupe La République en Marche, avec l'avis favorable du rapporteur général.

L'article prévoit que la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) met en œuvre des campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes, lesquelles sont aujourd'hui encore trop largement méconnues.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a supprimé cet article à l'initiative de la commission, estimant que l'organisation de campagnes d'information par la CNAM ne relève pas du domaine de la loi.

3. La position de la commission

● Comme évoqué précédemment⁽¹⁾, si les campagnes d'information peuvent être prévues par la voie réglementaire, elles peuvent aussi relever de la loi.

Le Parlement doit pouvoir décider de l'organisation de campagnes d'information, lorsque celles-ci lui paraissent essentielles. Un récent rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)⁽²⁾ a montré à quel point les compétences des sages-femmes étaient encore trop souvent méconnues.

Le rapporteur général sera donc favorable aux amendements de rétablissement de l'article 44 *ter*.

● À l'initiative de Mme Aurore Bergé et des membres du groupe La République en Marche, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

(1) Voir commentaire de l'article 41 septies.

(2) « L'évolution de la profession de sage-femme », IGAS, juillet 2021.

Article 44 quater

Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : maintien de la suppression.

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

Le présent article a été introduit à l'Assemblée nationale suite à l'adoption de deux amendements identiques de la commission et de Mme Annie Chapelier (groupe Agir ensemble).

Le **I** permet à l'État d'autoriser, à titre expérimental et pour une durée de trois ans, que la première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation se fasse auprès d'une sage-femme. Aujourd'hui, en application de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique, la première consultation suite à une demande de stérilisation doit systématiquement s'effectuer auprès d'un médecin.

Le **I** précise en outre que l'objet de cette première consultation est d'informer la personne des risques médicaux qu'elle encourt et des conséquences de l'intervention ⁽¹⁾.

Le **II** renvoie à un décret le soin de préciser le financement et les modalités de l'expérimentation, notamment les critères retenus dans l'appel à projets à destination des établissements de santé. Une telle expérimentation serait menée dans la limite de quatre régions déterminées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le **III** précise que la liste des établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation est fixée par arrêté.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a supprimé cet article, à l'initiative de la commission ainsi que de Mme Véronique Guillotin et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

La rapporteure a indiqué que cet article n'avait pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale et qu'il serait préférable d'examiner le sujet dans

(1) Il reprend, en cela, la disposition figurant au quatrième alinéa de l'article L. 2123-1 du code de la santé publique.

le cadre d'un projet ou d'une proposition de loi ordinaire permettant un débat plus approfondi ⁽¹⁾.

3. La position de la commission

● L'expérimentation prévue par l'article 44 *quater* a une incidence sur l'équilibre financier des régimes de la sécurité sociale, dans la mesure où elle prévoit une dérogation au parcours de soins coordonné.

Elle a donc sa place en loi de financement de la sécurité sociale, ce qui n'empêche pas de discuter plus largement, dans le cadre d'autres textes, des compétences des professionnels de santé. La loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification ⁽²⁾ a, notamment, permis de discuter d'un certain nombre de dispositions relatives aux compétences des sages-femmes.

Le rapporteur général sera donc favorable aux amendements de rétablissement de cette expérimentation.

● Aucun amendement de rétablissement de l'article n'ayant été déposé, la commission a maintenu la suppression de cet article.

*
* *

Article 45

Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

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

Sort au Sénat : adopté avec modifications.

Position de la commission : maintien de la rédaction de l'Assemblée nationale avec modifications.

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

● Afin d'améliorer et de simplifier l'accès aux soins, l'article 45 introduit plusieurs mesures relatives au recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) :

– il prévoit l'attribution automatique de la CSS aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), sauf choix contraire de leur part, et la facilitation de son

(1) Rapport n° 130 (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, déposé le 3 novembre 2021.

(2) Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

attribution pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Ces dispositions entreront en vigueur respectivement à compter des 1^{er} janvier et 1^{er} avril 2022 ;

– il autorise l'interruption en cours d'année d'un contrat de CSS, alignant ainsi ces modalités de résiliation sur le droit commun des complémentaires santé ;

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

– il précise les règles relatives aux contentieux liés à la CSS.

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.

● En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du rapporteur général visant à appliquer directement l'attribution automatique de la CSS aux bénéficiaires du RSA, sans qu'il y ait besoin de texte d'application.

Elle a également adopté six amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

● La commission a adopté l'article sans modification.

● En séance publique, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement permettant tout d'abord d'étendre le contentieux de l'admission à l'aide sociale à l'ensemble des décisions prises vis-à-vis des organismes complémentaires (par exemple, les litiges avec ces organismes en matière de recouvrement des parts complémentaires).

L'article 45 prévoit que les assurés ne peuvent se voir attribuer ou renouveler un droit à la CSS que s'ils se sont acquittés des participations financières dues au titre de droits ouverts précédemment. Afin de protéger les foyers rencontrant des difficultés financières et de garantir la continuité de leur accès aux soins, il prévoit plusieurs exceptions à l'impossibilité d'ouvrir un droit, notamment si un accompagnement financier de ces personnes a été mis en place par leur caisse.

L'amendement du Gouvernement apporte deux précisions sur ce point :

– la rédaction initiale de l'article 45 ne prévoyait qu'une exception en cas de remise de dette. Or, la réduction de dette constitue également une alternative au

recouvrement des créances, que l'amendement adopté permet d'inclure dans les exceptions listées par l'article ;

– l'amendement permet également d'inclure à la liste de ces exceptions les aides accordées par les organismes complémentaires, alors que l'article se limitait initialement aux seules aides des caisses d'assurance maladie, au titre de leur action sanitaire et sociale.

Enfin, cet amendement introduit des exceptions à la durée d'un an du droit à la CSS, seulement si ces exceptions sont favorables aux bénéficiaires, notamment pour garantir la continuité de leurs droits à ce dispositif.

• Le Sénat a également adopté trois amendements identiques de MM. Philippe Mouiller, Alain Milon et plusieurs de leurs collègues du groupe Les Républicains ainsi que de Mmes Brigitte Devésa et Annick Billon (groupe Union Centriste). Cet amendement vise à étendre au dispositif prévu par l'article 45 pour les bénéficiaires de l'ASPA les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI).

3. La position de la commission

• Comme le rapporteur général a eu l'occasion de le souligner en première lecture à l'Assemblée nationale, contrairement à l'ASPA et au RSA, ni l'AAH ni l'ASI ne sont calculées sur le même périmètre ou les mêmes revenus que l'éligibilité à la CSS. Par ailleurs, l'ASI n'étant pas une prestation « familialisée » mais « conjugalisée » : pour ces bénéficiaires, la sécurité sociale ne dispose donc pas de données sur le foyer.

Par ailleurs, il est possible de cumuler l'AAH avec des revenus d'activité mais également avec d'autres types de revenus (par exemple une pension alimentaire), dont la sécurité sociale n'a pas connaissance. Le seul bénéfice de l'AAH ne garantit donc pas que le plafond de ressources applicable à la complémentaire santé solidaire n'est pas dépassé. La question se pose de la même manière pour l'ASI.

L'adoption de ces dispositions, dont le rapporteur général ne peut que partager l'intention, conduirait donc à solliciter l'ensemble des bénéficiaires pour compléter leurs ressources, ce qui entraînerait des démarches potentiellement lourdes pour les caisses mais aussi pour les assurés, qui devraient renseigner leurs ressources après avoir été contacté par la caisse sans certitude d'être éligibles *in fine*.

Ce dispositif pourrait donc induire des situations de frustrations et d'incompréhensions, sans forcément de plus-value réelle par rapport à la situation actuelle où les bénéficiaires de l'ASI et de l'AAH sont systématiquement invités à déposer une demande de CSS dans ces situations, puisque l'assurance maladie adresse aux bénéficiaires de l'AAH et de l'ASI des courriers les informant de leur éligibilité à la complémentaire santé solidaire et leur proposant une aide dans leurs

démarches (disposition issue d'un amendement du rapporteur général au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020).

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté l'article dans sa rédaction issue du Sénat, à l'exception de la disposition mentionnée ci-dessus.

*

* *

Article 45 bis A (nouveau)

Extension de l'âge de rattachement des étudiants ayants-droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle

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

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

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 45 *bis* A résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement du Gouvernement et de trois amendements identiques de Mme Elsa Schalck et de plusieurs de ses collègues du groupe Les Républicains, de M. Jean-Marie Mizzon et de plusieurs de ses collègues du groupe Union Centriste ainsi que de Mme Patricia Schillinger et des membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, avec un avis favorable de la commission.

Cet article modifie l'article L. 325-1 du code de la sécurité sociale afin d'étendre l'âge de rattachement des étudiants ayant-droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle.

Il supprime le renvoi actuel à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale pour préciser la liste de ces ayant-droit, liste mentionnant désormais « *les enfants qui n'exercent pas d'activité professionnelle, jusqu'à un âge fixé par décret* ».

Cette nouvelle rédaction permettra d'étendre l'âge jusqu'auquel les enfants majeurs ayant-droit du parent bénéficiaire du régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle peuvent continuer à relever de ce régime. Cet âge est aujourd'hui fixé à 20 ans, en référence à l'âge maximal de versement des prestations familiales.

Le Gouvernement propose de le porter par décret à la veille du vingt-quatrième anniversaire de l'assuré, en cohérence avec les dispositions de droit commun, à savoir l'âge fixé pour l'affiliation au régime d'assurance-maladie des parents pour les étudiants, en application de la loi n° 2018-166 du 8 mars 2018 relative à l'orientation et à la réussite des étudiants et de l'article D. 160-14 du code de la sécurité sociale.

Selon l'exposé des motifs de l'amendement, cette mesure représente un coût pour les finances publiques de 4 millions d'euros, qui sera financé sans hausse de la cotisation salariale qui finance ce régime, grâce à la mobilisation de ses réserves. Elle bénéficierait à 33 500 assurés supplémentaires.

2. La position de la commission

- Le rapporteur général, très favorable à cette évolution, propose d'adopter cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 45 bis

Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100% santé

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : maintien de la suppression.

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

L'article 45 *bis* résulte de l'adoption en séance publique d'un amendement de la commission, initialement présenté par Mme Agnès Firmin Le Bodo et plusieurs de ses collègues du groupe Agir ensemble, et d'un amendement identique de Mme Agnès Firmin Le Bodo et des membres du groupe Agir ensemble. Ces amendements ont reçu un avis favorable du Gouvernement.

Cet article créé un nouvel article L. 871-2 au sein du code de la sécurité sociale. Cet article dispose que les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) mettent à la disposition des professionnels de santé, des établissements et centres de santé des services numériques dans le cadre de l'obligation d'application du tiers payant intégral dans le champ du panier 100% Santé en dentaire, en optique et pour les audioprothèses. Pour mémoire, l'article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2022, a déjà rendu obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier 100 % Santé en audiologie, dentaire et optique, pour les OCAM proposant des contrats responsables et solidaires, le cas échéant à hauteur du reste à charge intégralement couvert.

Un décret encadrera les caractéristiques de ces dispositifs lesquelles porteraient sur :

– « *les conditions de mise à disposition des informations relatives aux droits et garanties des personnes couvertes par les contrats* » ;

– « *les modalités et délais de délivrance de l'accord des organismes, lorsque la prestation est soumise à accord préalable* » ;

– « *les délais et garanties de règlement des sommes dues* ».

L'article 45 *bis* prévoit une entrée en vigueur de ces dispositions au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a supprimé l'article 45 *bis*, considérant qu'il s'agit d'un « cavalier social ». Il a également regretté que cette disposition fasse « *peser sur les OCAM l'essentiel de l'effort de déploiement des services numériques aux fins de garantir l'application du mécanisme de tiers payant* ».

3. La position de la commission

● Convaincu de la nécessité d'avancer le plus vite possible sur la mise en place du tiers payant sur le panier 100% Santé, le rapporteur général laisse le soin aux auteurs de l'amendement initial d'en proposer le rétablissement en nouvelle lecture.

● Aucun amendement de rétablissement de cet article n'ayant été déposé, la commission a maintenu sa suppression.

*

* *

Article 45 ter

Information systématique des bénéficiaires du revenu de solidarité active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé

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

Sort au Sénat : adopté avec modification.

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 45 *ter* résulte de l'adoption, en séance publique, d'un amendement présenté par Mme Christine Cloarec-Le Nabour et plusieurs membres du groupe La République en Marche, avec un avis favorable de la commission et du Gouvernement.

Cet amendement modifie l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que la caisse d'assurance maladie soumet l'assuré et les membres de sa famille à un examen de santé totalement pris en charge par l'assurance maladie, à certaines périodes de la vie déterminées par décret.

Le même article prévoit également que sont informés de la possibilité de cet examen les personnes admises dans une école de la deuxième chance, les jeunes effectuant un service civique, les apprentis, les volontaires stagiaires du service militaire, ainsi que les titulaires d'un contrat de professionnalisation.

Le présent article ajoute les bénéficiaires du revenu de solidarité active à cette liste, afin que ces derniers fassent l'objet d'une campagne d'information systématique de leur caisse d'assurance maladie, dans le but de lutter contre le non-recours.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Le Sénat a adopté l'article 45 *ter* assorti d'un seul amendement rédactionnel.

3. La position de la commission

- Si la faisabilité technique de réaliser une telle information au vu des données dont dispose les différentes caisses de sécurité sociale est avérée, le rapporteur général propose l'adoption de cet article dans la rédaction du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 45 quater

Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 58 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2016, permettait à certaines personnes résidant à l'étranger et n'exerçant pas d'activité professionnelle mais bénéficiaires d'une pension de la sécurité sociale de voir leurs frais de santé pris en charge lors de leurs séjours temporaires en France.

L'article 52 de la LFSS 2019 est venu compléter ces dispositions de façon à prévoir que la prise en charge des frais de santé lors de séjours temporaires s'appliquerait seulement lorsque des règlements ou conventions attribués à la France la charge d'assurer exclusivement la couverture des personnes en cas de maladie et que, à défaut de tel règlement ou telle convention, la prise en charge s'appliquerait sous réserve que la pension, quelle que soit la nationalité de son titulaire, rémunère une durée d'assurance d'*a minima* quinze ans.

Aux termes de ces dispositions, les personnes qui, avant ce 1^{er} juillet 2019, bénéficiaient d'une prise en charge de leurs soins en France malgré une durée de cotisation inférieure à quinze ans auraient dû, à partir du 1^{er} juillet 2019, ne plus voir leurs frais de santé pris en charge lors de séjours temporaires. Une instruction ministérielle n° DSS/DACI/2019/173 du 1^{er} juillet 2019 a alors atténué les effets de cette loi.

Cependant, l'arrêt n° 437698 du Conseil d'État du 2 avril 2021 a procédé à l'annulation de ces dispositions, considérant qu'elles méconnaissaient le sens et la portée du *b* de l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale et ajoutaient aux dispositions transitoires prévues par le législateur une règle nouvelle entachée d'incompétence, ce qui a conduit à la clôture des droits des pensionnés en question.

L'article 45 *quater*, résultant de l'adoption en séance publique d'un amendement du Gouvernement, avec un avis favorable du rapporteur général, introduit en conséquence une dérogation à l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale.

Cette dérogation vise à permettre aux pensionnés résidant à l'étranger qui voyaient certains de leurs soins pris en charge lors de leurs séjours temporaires jusqu'au 1^{er} juillet 2019, mais dont la durée d'assurance au titre d'un régime français n'atteint pas quinze ans, de continuer à bénéficier de la prise en charge de leurs soins dès lors que cette durée d'assurance a atteint les dix ans.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat, à l'initiative de la commission et avec un avis défavorable du Gouvernement, a adopté un amendement visant à favoriser une meilleure lisibilité du droit en incluant le dispositif proposé par l'article 45 *quater* directement au sein l'article L. 160-3 du code de la sécurité sociale.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général propose de rétablir cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale, car il n'est pas d'usage de codifier des dispositions transitoires.

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale, précisée par des ajustements rédactionnels.

*

* *

CHAPITRE V

SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 46

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

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale avec modification.

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

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

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

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

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

• En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable du rapporteur général, pour supprimer les dispositions permettant de prolonger ou d'adapter, par décret ou par ordonnance pendant un an, les dispositions dérogatoires relatives au complément employeur ⁽¹⁾.

Ces dispositions ont en effet parallèlement ⁽²⁾ été introduites par amendement à l'article 13 de la loi n° 2021-1465 du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire qui, d'ailleurs, a limité leur application au 31 juillet 2022 et non plus au 31 décembre 2022.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Outre un amendement rédactionnel, le Sénat a adopté deux amendements de fond, à l'initiative de la commission et avec l'avis défavorable du Gouvernement :

– le premier avance du 31 décembre au 28 février 2022 la date jusqu'à laquelle, d'une part, le délai de carence applicable aux agents publics et à certains salariés serait suspendu et, d'autre part, les mesures dérogatoires en matière de frais de santé et de bénéfice des prestations en espèces prises en 2021 pourraient être maintenues ;

– le second supprime la possibilité pour le Gouvernement de prendre par ordonnance toute mesure relevant du domaine de la loi visant à rétablir, adapter ou compléter les dispositions relatives à la prise en charge des frais de santé et au bénéfice des prestations en espèces.

3. La position de la commission

• Le rapporteur général n'est pas favorable aux deux modifications apportées par le Sénat.

Il considère, en effet, que compte tenu des incertitudes relatives à l'épidémie, il est nécessaire de donner la possibilité au Gouvernement de prolonger et d'adapter rapidement, en 2022, certaines mesures prises en 2021.

Les mesures dérogatoires en matière de frais de santé et de bénéfice des prestations en espèces prises en 2021 doivent pouvoir être maintenues jusqu'au 31 décembre 2022 si besoin. Il s'agit de mesures permettant d'accompagner au mieux l'ensemble de nos concitoyens.

Le Sénat estime que les habilitations à légiférer par ordonnance ne se justifient pas au regard de l'ampleur des mesures dérogatoires du droit commun et donc à la loi, déjà prises en 2020 et 2021 sans une telle habilitation. Le rapporteur général estime, au contraire, que le recours aux ordonnances, et non pas à de simples décrets comme en 2020 et 2021, est plus respectueux de la compétence du

(1) Prévus à l'article L. 1226-1-1 du code du travail.

(2) La loi du 10 novembre 2021 portant diverses dispositions de vigilance sanitaire comprend les dispositions dérogatoires relatives au complément employeur tandis que le présent projet de loi comprend, lui, dispositions dérogatoires relatives aux frais de santé et prestations en espèces.

législateur. L'article prévoit d'ailleurs qu'un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de six mois à compter de la publication de chaque ordonnance.

Les parlementaires ne pouvant pas déposer d'amendement rétablissant une habilitation à légiférer par ordonnance, il est proposé, au stade de la commission, de rétablir la date du 31 décembre 2022 jusqu'à laquelle les mesures dérogatoires prises par décret en 2021 sur le fondement du dispositif de prise en charge exceptionnelle pourront être prolongées.

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli la date du 31 décembre 2022.

*
* *

Article 46 bis

Possibilité pour l'Agence nationale de santé publique de céder des biens à titre gratuit

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article a été adopté à l'initiative de Mme Michèle de Vaucouleurs et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il vise à donner à Santé publique France la faculté de céder à certains organismes publics des biens, comme des produits, médicaments et dispositifs médicaux, dans le but d'en assurer le renouvellement ou d'en éviter la destruction.

L'article crée une nouvelle dérogation au principe fixé à l'article L. 3211-18 du code général de la propriété des personnes publiques, lequel dispose que « *les opérations d'aliénation du domaine mobilier de l'État ne peuvent être réalisées ni à titre gratuit, ni à un prix inférieur à la valeur vénale* ». Il permet à Santé publique France, à la demande du ministre chargé de la santé, de céder ces biens à titre gratuit à des établissements publics de l'État, à des collectivités territoriales, leurs groupements et leurs établissements publics, à des établissements publics de santé, ou à d'autres organismes publics dont la liste serait définie par décret.

L'objectif est notamment d'éviter la destruction des produits arrivant à péremption, laquelle présente un coût budgétaire et environnemental non négligeable.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement de suppression de l'article, au motif qu'il n'aurait pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général est défavorable à la suppression de l'article 46 *bis*. Il estime, contrairement au Sénat, que cet article a sa place en loi de financement de la sécurité sociale car il permet à Santé publique France de faire des économies en lui permettant de céder des biens qu'elle aurait eu, sinon, à détruire.

Le rapporteur général laisse le soin aux auteurs de l'amendement adopté à l'Assemblée nationale de proposer le rétablissement de cet article.

- À l'initiative de Mme Michèle de Vaucouleurs et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 46 ter

Information des patients et transmission de données personnelles aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans sa rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Le présent article a été adopté à l'initiative du rapporteur général, avec l'avis favorable du Gouvernement. Il vise à attribuer à la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) une nouvelle mission d'appui à la gestion des alertes sanitaires et à permettre de nouvelles exploitations et transmissions des données de l'assurance maladie.

- Le 3° de l'article attribue une nouvelle mission à la CNAM, celle de contribuer à la gestion des situations d'alerte sanitaire « par des mesures ou actions concourant à prévenir la réalisation ou atténuer l'impact de la menace pour la santé de la population ».

L'objectif est, notamment, d'autoriser explicitement la CNAM à informer au mieux les personnes auxquelles a été délivré un médicament ou un dispositif médical dont il est apparu, *a posteriori*, que sa consommation ou son utilisation peut entraîner un risque pour la santé.

Le même 3° précise que les actions menées par la CNAM pour gérer des situations d'alerte sanitaire peuvent viser l'ensemble des assurés, soit un champ plus large que les seuls ressortissants du régime général.

- Le 1° de l'article prévoit une meilleure information des assurés en vue de faciliter leur accès aux soins et leurs conditions de prise en charge, et ce, même en dehors de toute alerte sanitaire.

Il permet aux organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie d'envoyer des informations ciblées et personnalisées aux assurés, notamment au moyen du système national d'information partagé par les régimes d'assurance maladie, le SNIIRAM.

- Le 2° de l'article prévoit, lui, une meilleure information des professionnels participant à la prise en charge des patients.

Le *a* du 2° étend le champ des professionnels de santé à qui la CNAM peut transmettre certaines données à caractère personnel des patients. Pour rappel, alors qu'aujourd'hui, seuls les médecins et les pharmaciens peuvent se voir transmettre de telles informations ⁽¹⁾, un décret établira désormais la liste des professionnels concernés.

Si l'objectif reste, avant tout, d'informer au mieux les médecins traitants, le renvoi à un décret permettra de prendre en compte l'évolution rapide des pratiques d'exercice coordonné et de s'assurer que l'ensemble des professionnels concernés pourront bien y avoir accès.

Les données transmises pourront être de différente nature. Il pourra s'agir de données administratives, de données issues du remboursement d'actes ou de produits par l'assurance maladie ou encore de données à caractère médical.

Le *b* du 2° supprime la possibilité, pour la CNAM, de transmettre des données *via* les systèmes d'information internes aux établissements de santé. Il s'agit, en effet, d'une modalité de transmission que la CNAM n'utilise pas et qu'elle n'a pas l'intention d'utiliser.

(1) À noter néanmoins que la CNAM n'a pas encore mis en œuvre cette disposition.

Le *c* du 2° prévoit que la transmission de données par la CNAM aux professionnels de santé est mise en œuvre après avis d'une commission placée auprès du directeur général de la CNAM. Cette commission n'existe pas encore mais elle s'inscrit dans une volonté de transparence et d'équilibre entre le traitement des données pour un motif de santé publique et la protection de la vie privée.

Le même *c* prévoit l'information des patients, dans le respect de la loi dite « Informatique et libertés » et de leur droit d'opposition à la transmission des données, à l'exception du cas de transmissions au titre de la participation à la gestion de la crise sanitaire.

- Le 4° de l'article est une mesure de coordination.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

En séance publique, le Sénat a adopté, avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement de suppression de l'article aux motifs que :

– l'article n'entrerait pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale ;

– la nouvelle mission de concours de la CNAM à la gestion des crises sanitaires serait d'ores et déjà satisfaite, comme l'aurait montré la crise du covid-19 ;

– le dispositif proposé serait insuffisamment précis dans ses intentions et, particulièrement, dans les implications concrètes qu'il serait susceptible d'apporter.

3. La position de la commission

● Le rapporteur général est défavorable à la suppression de l'article 46 *ter*, dont il est à l'initiative.

Il rappelle, tout d'abord, que cet article a bien sa place en loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où il vise à faciliter l'accès des assurés et leur participation aux actions de prévention ou aux soins pris en charge par l'assurance maladie.

Les conséquences de l'article sur les dépenses prises en charge par l'assurance maladie sont bien réelles. En effet, le renforcement de la prévention améliore l'efficacité et la pertinence des soins et engendre donc de moindres dépenses, à terme, pour l'assurance maladie. À l'inverse, la facilitation de l'accès aux soins, notamment dans le cadre d'une alerte sanitaire, occasionne des dépenses supplémentaires.

De plus, cet article modifie l'article L.162-2-3 du code de la sécurité sociale relatif à la possibilité pour l'assurance maladie de transmettre certaines données aux

médecins et aux pharmaciens⁽¹⁾. Or, l'article L.162-2-3 du code de la sécurité sociale a été introduit par une loi de financement de la sécurité sociale et n'avait pas été censuré, à l'époque, par le Conseil constitutionnel ;

Le rapporteur général rappelle ensuite que, contrairement à ce qu'indique le Sénat, la disposition attribuant une nouvelle mission à la CNAM, à savoir celle de contribuer à la gestion des situations d'alerte sanitaire, n'est pas pleinement satisfaite par le droit existant.

Pendant la crise sanitaire, la CNAM n'a pas mené d'actions de gestion d'alerte sanitaire à proprement parler mais uniquement des actions dites d'« aller-vers ». La CNAM a d'ailleurs indiqué au rapporteur général que la mise en œuvre de ces actions d'« aller vers » avait nécessité des échanges nombreux et complexes avec la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et le Conseil d'État.

L'article 46 *ter* paraît donc nécessaire, tant pour créer une nouvelle mission de gestion des alertes sanitaires que pour sécuriser juridiquement les transmissions d'information par la CNAM aux patients ainsi qu'aux professionnels de santé.

Le rapporteur général propose donc le rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 47

Modernisation de la délivrance des prestations en espèces pour tenir compte des enseignements de la crise sanitaire

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● Le présent article entend préserver la protection sociale des indépendants de l'impact de la crise sanitaire.

Il étend ainsi les dispositions de l'article 4 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire, qui prévoit que pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants, le

(1) Article 49 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

revenu d'activité retenu peut ne pas tenir compte des revenus d'activité de l'année 2020, dans des conditions fixées par décret. Précisées par décret, ces dispositions s'appliquent aux arrêts de travail débutant jusqu'au 31 décembre 2021. Le présent article prolonge ce dispositif pour les arrêts de travail débutant à compter du 1^{er} janvier 2022 et jusqu'au 31 décembre 2022.

Par dérogation, l'article 47 prévoit également un calcul des prestations en espèces pour la maladie, la maternité, les pensions d'invalidité et de retraite sur le chiffre d'affaires ou les recettes brutes des années 2020 et 2021 pour les micro-entrepreneurs, et non pas sur les revenus cotisés, afin de ne pas les pénaliser.

Le présent article permet également d'améliorer le dispositif de maintien de droits aux indemnités journalières maladie et maternité existant actuellement, en incluant dans ces dispositifs les assurés qui justifient à nouveau des conditions d'ouverture de droit dans un régime mais ne touchent des indemnités journalières que très faibles voire nulles.

Il supprime le régime dérogatoire dont disposaient jusqu'alors les praticiennes et auxiliaires médicales conventionnées (PAMC) en cas de grossesse pathologique et les rattache de fait au régime d'indemnités journalières maladie pour les professionnels libéraux. De plus, l'article prévoit un alignement du délai de congé pathologique des PAMC sur les trente jours fractionnables en deux périodes de quinze jours prévus pour les travailleuses indépendantes.

Il permet également de verser des indemnités journalières maladie au titre d'une activité indépendante en cumul emploi-retraite, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ces dispositions s'appliqueront aux arrêts de travail débutant le 1^{er} janvier 2022.

Enfin, il harmonise les dispositions relatives au congé d'adoption des conjoints collaborateurs et au congé paternité pour les collaborateurs libéraux avec le droit existant pour les autres assurés.

• En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté, outre six amendements rédactionnels du rapporteur général, deux amendements identiques du Gouvernement et de Mme Marie-Pierre Rixain et des membres du groupe La République en Marche rendant rétroactif le dispositif de maintien des droits. Cet amendement élargit le bénéfice du maintien des droits antérieurs aux indépendants dont l'arrêt de travail pour maladie a débuté à compter du 1^{er} janvier 2020, compte tenu de la durée d'affiliation de douze mois exigée, et à celles dont le congé de maternité a débuté à compter du 1^{er} novembre 2019 pour les travailleuses indépendantes ayant commencé leur activité à partir du 1^{er} janvier 2019.

2. Les modifications apportées par le Sénat

Refusant de céder à une quelconque facilité législative, la seconde chambre, dans sa grande sagesse, a adopté avec l'avis favorable du Gouvernement un unique

amendement, déplaçant une virgule, à cet article de vingt-deux alinéas, le maintenant ainsi dans la « navette » parlementaire.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose d'adopter cet article conforme.
- La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 48

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

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

● L'article 48 transpose au régime agricole l'article 28 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, qui donne une base légale aux « essais encadrés » et aux « contrats de rééducation professionnelle », deux dispositifs d'accompagnement mis en place par les caisses d'assurance maladie à destination des travailleurs dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non.

Il aligne par ailleurs le régime des non-salariés agricoles sur le droit commun des travailleurs indépendants ou des salariés agricoles en matières d'indemnités journalières, plus favorable, en ce qui concerne :

- le délai de carence applicable en cas d'arrêt maladie ;
- l'accès aux pensions d'invalidité de réversion.

L'article 48 permet également d'atténuer les différences de traitement au sein même des non-salariés agricoles.

Il précise notamment que lorsque le remplacement ne peut être effectué, les chefs d'exploitation pouvant bénéficier d'un congé paternité peuvent bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires, sur le modèle de ce qui existe déjà pour le congé maternité.

Il étend également à l'ensemble des non-salariés agricoles assurés contre les accidents du travail et maladies professionnelles, aux collaborateurs d'exploitation, aux aides familiaux et aux enfants de plus de 14 ans participant occasionnellement aux travaux de l'exploitation la possibilité de toucher une rente en cas de décès d'un non salarié agricole des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques de M. Nicolas Turquois et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés ainsi que de Mme Annie Vidal et des membres du groupe La République en Marche visant à mettre en place au bénéfice des mères et des pères non-salariés agricoles qui exercent leur activité sous le statut de collaborateur ou d'aide familial la même indemnité journalière forfaitaire en cas de congé maternité ou de congé paternité que celle qui est prévue pour les pères et pour les mères cheffes d'exploitation lorsqu'ils n'ont pas trouvé à se faire remplacer.

Elle a également adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur général.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- En séance publique, le Sénat a adopté trois amendements identiques du Gouvernement, de Mme Françoise Férat et des membres du groupe Union Centriste ainsi que de M. Henri Cabanel et des membres du groupe du Rassemblement Démocratique et Social Européen.

Cet amendement permet de mettre en place un capital décès destiné à apporter un soutien financier aux familles lorsqu'elles sont confrontées au décès d'un de leur proche non-salarié agricole.

En effet, alors que les familles des salariés agricoles bénéficient suite à un décès d'un capital et d'une prise en charge des frais funéraires, dans les mêmes conditions que les salariés du régime général (articles L. 361-1 et L. 435-1 du code de la sécurité sociale), les non-salariés agricoles bénéficient aujourd'hui uniquement d'une prise en charge des frais funéraires (article L. 752-10 du code rural et de la pêche maritime, qui renvoie à l'article L. 435-1 du code de la sécurité sociale).

Seront concernés par ce dispositif les chefs d'exploitation et d'entreprise, les aides familiaux et les associés d'exploitation, ainsi que les collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Ils bénéficieront du paiement d'un capital décès, égal à un montant forfaitaire déterminé par décret ayant une durée minimale d'affiliation dans le régime des non-salariés agricoles ; également déterminée par décret.

Aux termes de l'exposé des motifs de l'amendement, le montant du capital décès qu'il est proposé d'attribuer aux familles des non-salariés agricoles décédés en activité, par équité entre assurés agricoles, est équivalent à celui garanti aux ayants droit des salariés agricoles, soit un montant forfaitaire de 3 476 euros. Toujours selon l'exposé des motifs, « *sur le plan financier, l'instauration de ce capital décès va se traduire par une charge estimée à 2,9 millions d'euros pour le régime maladie-maternité-invalidité des exploitants agricoles (AMEXA) qui sera financée sans aucune augmentation de la cotisation* ».

- Le Sénat a également adopté un amendement rédactionnel de la rapporteure.

3. La position de la commission

- Se félicitant des avancées que cet article permet pour les droits sociaux des non-salariés agricoles, le rapporteur général propose de l'adopter dans sa rédaction issue du Sénat.

- La commission a adopté cet article dans sa rédaction issue du Sénat.

*

* *

Article 48 bis

Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État

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

Sort du Sénat : modifié.

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

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

L'article 48 *bis* résulte de l'adoption d'un amendement du rapporteur général, avec un avis favorable du Gouvernement. Il vise à permettre aux organismes de sécurité sociale, à Pôle emploi et aux administrations de l'État d'échanger les données nécessaires à la gestion des droits des bénéficiaires, notamment le versement de leurs prestations. Cette mesure doit permettre notamment d'assurer pleinement la substitution automatique de la pension d'invalidité et de l'allocation aux adultes handicapés par la pension de retraite au moment de l'âge légal de départ en retraite.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement, afin d'ouvrir le dispositif aux prestations ne relevant pas du code de la sécurité sociale ou du code de l'action sociale et des familles, par exemple les allocations logement relevant du code de la construction et de l'habitation versées par les caisses d'allocations familiales ou les caisses de mutualité sociale agricole. L'amendement adopté supprime donc la mention aux deux codes précités.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général propose le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 49

Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

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

Dans la lignée de l'article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾, le dispositif proposé ici vise à prévenir les impayés de pensions alimentaires, en prévoyant, dès la conclusion d'un titre exécutoire fixant le montant et les modalités de versement de la pension alimentaire, la mise en place d'une intermédiation assurée par l'organisme débiteur des prestations familiales (ODPF), à savoir les caisses d'allocations familiales et de mutualité sociale agricole.

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.

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

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.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté six amendements de la rapporteure pour la branche famille, d'ordre rédactionnel.

Elle a en outre adopté un amendement du Gouvernement, avec avis favorable de la commission, visant à ajouter un nouveau titre exécutoire parmi ceux pouvant fixer une pension alimentaire et dont l'émission donne lieu à une intermédiation financière par l'ODPF.

Cet ajout est une conséquence de la modification de la liste des titres exécutoires au sein desquels il est loisible aux parties de fixer les modalités et le montant des pensions alimentaires⁽¹⁾. Le projet de loi relatif à la confiance dans l'institution judiciaire, qui a fait l'objet d'un accord entre les deux assemblées au sein de la commission mixte paritaire réunie le 21 octobre dernier, prévoit en effet d'ajouter à la liste susmentionnée « *les transactions et les actes constatant un accord issu d'une médiation, d'une conciliation ou d'une procédure participative, lorsqu'ils sont contresignés par les avocats de chacune des parties et revêtus de la formule exécutoire par le greffe de la juridiction compétente* »⁽²⁾.

L'article procède ainsi à des coordinations inscrites dans les codes civil, pénal, de la sécurité sociale et des procédures civiles d'exécution, ainsi qu'au sein de la loi n° 75-618 du 11 juillet 1975 relative au recouvrement public des pensions alimentaires.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- A l'initiative du rapporteur, le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, deux amendements d'ordre rédactionnel

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche famille propose de maintenir la rédaction adoptée par le Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

(1) Article L. 111-3 du code des procédures civiles d'exécution.

(2) Article 29 du projet de loi.

Article 49 ter

Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

• Le présent article, issu d'un amendement du Gouvernement, adopté en séance publique avec avis favorable de la commission, vise modifier les dispositions relatives à la revalorisation de la prestation d'aide à la restauration scolaire (Pars).

En application de l'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale, les modalités de financement, par les caisses d'allocations familiales de certaines collectivités d'outremer, de la prise en charge des frais de restauration scolaire pour les élèves scolarisés de l'école maternelle au lycée, sont fixées chaque année par arrêté interministériel, pris pour chaque caisse.

Les caisses qui assurent cette mission sont désignées par le pouvoir réglementaire. Il s'agit ainsi, par exemple, de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy ⁽¹⁾, sous le contrôle de la MSA Sèvres-Vienne, ainsi que des caisses d'allocations familiales en Guadeloupe ⁽²⁾, en Guyane, en Martinique et à La Réunion.

Les modalités de versement de cette même prestation à Mayotte sont déterminées par les articles 16 et 17 de l'ordonnance de 2002 relative aux prestations familiales dans le département ⁽³⁾.

Le présent article permet :

– d'harmoniser les conditions de versement de la prestation, entre Mayotte et les autres départements d'outre-mer ;

– d'appliquer le coefficient de revalorisation annuelle des prestations sociales, définit à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, à cette prestation.

Cette dernière mesure permet d'éviter une revalorisation plus aléatoire par le biais d'arrêtés interministériels annuels, qui ont par ailleurs pu se traduire par une revalorisation de la prestation à un niveau inférieur à celui de l'inflation.

(1) Décret n° 2017-992 du 10 mai 2017 relatif à la caisse de prévoyance sociale de Saint-Barthélemy.

(2) Également compétente pour Saint-Martin.

(3) Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

- A l'initiative du rapporteur, le Sénat a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, un amendement de coordination.

3. La position de la commission

- La rapporteure pour la branche famille propose de maintenir la rédaction adoptée par le Sénat.

- La commission a adopté cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 50

Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides

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

Sort au Sénat : modifié.

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

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

- L'article vise à améliorer l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides. Pour ce faire :

- il étend le périmètre du fonds d'indemnisation des victimes de pesticides aux antiparasitaires vétérinaires, lesquels présentent des effets sur la santé qui sont analogues à ceux des pesticides ;

- il assouplit et prolonge jusqu'au 31 décembre 2022 le dispositif de rattrapage prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, permettant aux assurés de déposer des demandes d'indemnisation dans des délais dérogatoires au droit commun ;

- 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.

- En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels du rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement rédactionnel, à l'initiative de la commission.

3. La position de la commission

- Le rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles propose de maintenir cet article dans sa rédaction issue du Sénat.
- La commission a maintenu cet article dans la rédaction du Sénat.

*

* *

Article 50 bis

Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Cet article résulte d'un amendement du Gouvernement adopté avec l'avis favorable du rapporteur et vise à améliorer la protection sociale des travailleurs des plateformes.

Si une ordonnance du 21 avril 2021 ⁽¹⁾ a posé les bases d'un dialogue social entre les plateformes et leurs travailleurs indépendants, les travailleurs des plateformes, du fait de leur statut indépendant, bénéficient d'une moindre protection sociale que les salariés.

Ainsi, par exemple, depuis 2013 ⁽²⁾, les employeurs ont l'obligation de proposer une couverture santé complémentaire à tous leurs salariés et de prendre en charge la cotisation afférente à hauteur d'au moins 50 %. Cette disposition ne s'applique pas aux travailleurs indépendants, lesquels doivent souscrire individuellement, s'ils le souhaitent, une complémentaire santé. Peu de travailleurs des plateformes sont en capacité de le faire, compte tenu de leurs faibles revenus.

(1) Ordonnance n° 2021-484 du 21 avril 2021 relative aux modalités de représentation des travailleurs indépendants recourant pour leur activité aux plateformes et aux conditions d'exercice de cette représentation.

(2) Loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, article 1^{er}.

- Le **I** de l'article poursuit la démarche engagée par l'ordonnance précitée et prévoit que, dans le cadre du dialogue social défini par l'ordonnance et à compter du 1^{er} janvier 2023 (**V**), les plateformes de mobilité pourront proposer des garanties collectives de protection sociale complémentaire santé, qui bénéficieront à l'ensemble des travailleurs de la plateforme.

Le **II** précise que les contributions des plateformes et les cotisations versées par leurs travailleurs qui sont destinées au financement de ces garanties collectives sont exclues de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations et contributions sociales dues par les micro-entrepreneurs et les autres travailleurs indépendants.

Le **III** prévoit que les modalités d'application de ces dispositions seront précisées par décret.

- Le **IV** de l'article permet aux travailleurs des plateformes, lorsque le volume de leur activité et les recettes générées sont très réduits, d'opter pour le régime général de sécurité sociale, dans les mêmes conditions que prévu pour les particuliers réalisant de très petites activités artisanales ou de prestation de service.

Les travailleurs des plateformes pourront s'affilier au régime général de sécurité sociale lorsque leurs recettes annuelles ne dépasseront pas 1 500 euros. Leurs cotisations et contributions sociales seraient calculées sur la base de leurs recettes diminuées d'un abattement forfaitaire fixé par décret. Lorsque les recettes annuelles du travailleur concerné dépasseront 1 500 euros pendant deux années consécutives ou 4 500 euros au cours d'une année, l'option pour le régime général cessera d'être applicable à compter de l'année suivante.

L'objectif est surtout d'éviter des situations de poly-affiliation et d'agréger les droits sociaux au régime général.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Contre l'avis du Gouvernement, le Sénat a adopté un amendement supprimant les dispositions relatives aux garanties collectives de protection sociale complémentaire, aux motifs que ces dispositions ne relèveraient pas du champ des lois de financement de la sécurité sociale et que rien n'interdit, aujourd'hui, aux plateformes de proposer une complémentaire santé à leurs travailleurs.

3. La position de la commission

- Le rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles n'est pas favorable à la suppression, par le Sénat, des dispositions relatives aux garanties collectives de protection sociale complémentaire.

Contrairement à la rapporteure du Sénat, il estime que ces dispositions ont bien un impact sur les comptes de la sécurité sociale, dans la mesure où l'article prévoit explicitement d'exclure les contributions et cotisations destinées au financement des garanties collectives de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Il rappelle que si les plateformes peuvent déjà proposer des prestations de protection sociale complémentaire à leurs travailleurs, une disposition législative est nécessaire pour prévoir que ces prestations bénéficient à l'ensemble des travailleurs ainsi que pour exclure les contributions et cotisations destinées au financement de ces garanties collectives de l'assiette retenue pour le calcul des cotisations et contributions sociales.

Le rapporteur proposera donc, sans surprise, le rétablissement de cet article dans sa rédaction issue des travaux de l'Assemblée nationale.

● À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 50 ter

Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs des plateformes

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

Cet article est issu d'un amendement du rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles adopté en séance publique avec l'avis favorable du Gouvernement.

Il prévoit la remise d'un rapport du Gouvernement au Parlement au plus tard le 31 janvier 2022, sur l'amélioration de la couverture sociale contre le risque accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des travailleurs des plateformes.

L'objectif est de faire le bilan des dispositions de la loi du 8 août 2016 ⁽¹⁾ portant sur la responsabilité sociale des plateformes en matière de couverture AT-MP et de proposer des pistes d'amélioration.

Pour rappel, cette loi prévoit notamment que lorsque le travailleur souscrit une assurance couvrant le risque d'accidents du travail ou adhère à l'assurance

(1) Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du travail et à la sécurisation des parcours professionnels, article 60.

volontaire de la sécurité sociale en matière d'accidents du travail, la plateforme prend en charge sa cotisation, dans la limite du montant de la cotisation due au titre de l'assurance volontaire et sous condition de chiffre d'affaires.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté un amendement de suppression de cet article, à l'initiative de la commission, au motif qu'une mission sur le sujet de la protection sociale des travailleurs de plateformes portant notamment sur leur couverture au titre des accidents du travail et maladies professionnelles a été confiée en 2021 à M. Jean-Louis Rey, inspecteur général des affaires sociales.

3. La position de la commission

● Le rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles n'est pas favorable à la suppression de cet article, dont il est l'auteur. Il rappelle que même si un rapport sera prochainement remis par M. Jean-Louis Rey sur ce sujet, l'article 50 *ter* conserve toute sa pertinence en ce qu'il prévoit explicitement la remise du rapport au Parlement avant le 31 janvier 2022, soit avant la fin de la présente législature.

Le rapporteur propose donc le rétablissement de l'article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

● À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 52 bis

Aide sociale aux artistes-auteurs

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

Sort du Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

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

L'article 52 *bis* résulte de l'adoption en commission, puis en séance publique, d'un amendement du rapporteur général, avec un avis favorable du Gouvernement. Il vise à permettre aux caisses de sécurité sociale chargées des artistes-auteurs – la Maison des artistes et l'Association pour la gestion de la sécurité

sociale des auteurs (Agessa) – de prendre en charge, dans le cadre de leur action sociale, tout ou partie du coût du versement, par leurs ressortissants affiliés au régime de sécurité sociale des artistes-auteurs, de cotisations afférentes à une période d'activité antérieure de plus de trois ans à la date du versement, dans des conditions définies par décret. Cette aide doit ainsi permettre de corriger les effets néfastes liés aux dysfonctionnements du recouvrement des cotisations d'assurance vieillesse dues par les artistes-auteurs.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de clarification rédactionnelle de la commission, avec un avis défavorable du Gouvernement. L'amendement vise à réserver aux affiliés connaissant des difficultés économiques la possibilité de bénéficier du soutien au rachat de cotisations prescrites.

3. La position de la commission

- L'article tel qu'adopté par le Sénat risquerait d'aboutir à une confusion entre la procédure destinée aux artistes-auteurs qui connaissent des difficultés économiques et ceux qui n'ont pas pu verser leurs cotisations auprès des caisses susmentionnées.

C'est pourquoi le rapporteur général et le rapporteur pour la branche vieillesse proposent de rétablir la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale.

- La commission a rétabli la rédaction de l'Assemblée nationale à l'initiative du rapporteur général et du rapporteur pour la branche vieillesse.

*

* *

Article 53

Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux

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

Sort du Sénat : modifié.

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

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

L'article 53 vise à ouvrir le dispositif de la 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.

L'Assemblée nationale a adopté en première lecture deux amendements rédactionnels du rapporteur pour la branche vieillesse ainsi qu'un amendement du Gouvernement, avec un avis favorable de la commission, visant à permettre le service d'une pension d'invalidité lorsque celui de la pension de retraite progressive est suspendu.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

En séance, le Sénat a adopté un amendement de coordination de la commission, avec un avis favorable du Gouvernement, entre les modifications apportées au code de la sécurité sociale par le présent article et la loi n° 87-653 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

De surcroît, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement, avec un avis favorable de la commission, qui poursuit deux objectifs.

D'une part, il vise à appliquer aux rémunérations de stage de reclassement ou de rééducation professionnelle une nouvelle règle de cumul entre la pension d'invalidité et les revenus d'activité prévue par un projet de décret en cours d'examen par le Conseil d'État : cette nouvelle règle doit garantir un traitement plus favorable des assurés. Il abroge à cet effet l'article L. 341-14 du code de la sécurité sociale.

D'autre part, il apporte une précision à l'article L. 341-12 concernant les règles de cumul applicables aux pensions d'invalidité : la notion de « rémunération » est remplacée par celles de « revenus d'activité et de remplacement », notamment pour inclure les allocations chômage ou les indemnités journalières versées à la suite d'une reprise d'activité. Selon l'exposé sommaire de l'amendement, *« ces revenus sont déjà pris en compte pour l'application des règles de cumul avec la pension d'invalidité, mais le décret en cours d'examen garantira un traitement plus favorable de ces assurés, qui conserveront 50 % des gains au-delà du seuil d'écrêtement, alors qu'aujourd'hui leur pension est réduite à due concurrence »*.

Les dispositions prévues par cet amendement du Gouvernement entreront en vigueur à compter du 1^{er} avril 2022.

3. La position de la commission

- Le rapporteur pour la branche vieillesse propose le maintien de la rédaction adoptée par le Sénat.
- La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

TITRE II DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

Article 54

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

Origine de l'article : projet de loi, adopté en première lecture à l'Assemblée nationale.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

- L'article 54 fixe, pour 2022 :

- la dotation de la branche maladie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) à 1,1 milliard d'euros ;

- la dotation de la branche autonomie au FMIS à 90 millions d'euros ;

- la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 168,3 millions d'euros ;

- la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) à 135 millions d'euros.

- L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, contre l'avis du Gouvernement, deux amendements identiques de la rapporteure ainsi que de M. Jean-Marie Vanlerenberghe et des membres du groupe Union Centriste fixant le principe de la fixation par la loi du montant des dotations de la sécurité sociale à l'ensemble des fonds et organismes qu'elle subventionne, sur le modèle des dotations accordées aux agences en loi de finances.

Par ailleurs, cet amendement octroie formellement à ces fonds et organismes les montants des dotations pour 2022 que le Gouvernement compte leur accorder.

3. La position de la commission

● Quoique sensible aux arguments avancés par le Sénat, le rapporteur général considère que la réflexion sur ce sujet doit avoir lieu dans un cadre plus global et approfondi que celui de cet article. Il propose donc son rétablissement dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

● A l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli cet article dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 54 bis

Rapport sur le Fonds d'intervention régional

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

Sort au Sénat : supprimé.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 54 *bis* résulte de l'adoption en séance publique à l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable de la commission et du Gouvernement, d'un amendement de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés.

Il précise les éléments devant être contenus dans le rapport annuel remis au Parlement relatif au Fonds d'intervention régional (FIR).

Ce bilan devrait désormais contenir une présentation :

– de l'évolution du montant des dotations régionales affectées au fonds et des critères de répartition employés, notamment au regard de l'objectif de péréquation entre régions ;

– des financements alloués et les objectifs atteints dans les différentes missions du fonds ;

– des démarches d'évaluation en vue d'améliorer l'allocation des financements, notamment des expérimentations.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a supprimé cet article additionnel, s'interrogeant sur « *la nécessité de telles dispositions dans le code de la santé publique et du niveau de détail par lequel le présent article entend préciser le contenu du rapport remis par le Gouvernement au Parlement* ».

3. La position de la commission

La commission a rétabli cet article dans sa version issue de l'Assemblée nationale, à l'initiative de M. Cyrille Isaac-Sibille et des membres du groupe Mouvement Démocrate (MoDem) et Démocrates apparentés et avec l'avis favorable du rapporteur général, soucieux d'une meilleure information du Parlement sur les financements de plus en plus nombreux transitant par le FIR.

*

* *

Article 56 bis

Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2022

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

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

L'article 56 *bis* résulte de l'adoption en séance publique à l'Assemblée nationale d'un amendement du Gouvernement, avec l'avis favorable de la commission.

● Pour rappel, aux termes de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) « *en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ».

Le risque est considéré comme « sérieux » quand les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

avec une ampleur supérieure à un seuil établi par décret, aujourd’hui fixé à 0,5 % ⁽¹⁾. Des mesures de redressement doivent être mises en œuvre par les caisses nationales d’assurance maladie, l’UNOCAM et, le cas échéant, l’État. Cette procédure a été conduite une seule fois à ce jour, en 2007 ⁽²⁾.

- Du fait de la crise sanitaire, l’article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a suspendu, pour la seule année 2021, l’obligation de proposer des mesures de redressement.

- Le présent article suspend, pour la seule année 2022, l’obligation de proposer des mesures de redressement, mais uniquement dans le cas où le risque sérieux que les dépenses d’assurance maladie dépassent l’ONDAM est imputable à l’évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l’épidémie de covid-19.

2. Les modifications apportées par le Sénat en première lecture

Le Sénat, à l’initiative de la commission et avec l’avis défavorable du Gouvernement, a adopté un amendement qui prévoit que le Gouvernement transmet chaque trimestre aux commissions de l’Assemblée nationale et du Sénat chargées de l’examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) les prévisions de consommation des crédits de chacun des sous-objectifs de l’ONDAM.

Il prévoit également que lorsque ces prévisions dépassent la trajectoire attendue, le Gouvernement justifie les raisons de ces écarts et le niveau de relèvement du montant de l’ONDAM qui devrait en conséquence être demandé lors du prochain PLFSS.

3. La position de la commission

- Le rapporteur général rappelle que le législateur dispose déjà, au cours de l’année, du rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale aux mois de juin puis de septembre puis de l’annexe 7 au moment de l’examen parlementaire du PLFSS. Seule l’information publiée en avril viendrait donc à manquer pour 2022, dans l’hypothèse où la disposition prévue par l’article 56 *bis* serait utilisée. Ce moment est par ailleurs celui où le recul sur l’ONDAM en année N et N+1 est le plus faible. Pour mémoire, le comité d’alerte sur l’évolution des dépenses de l’assurance maladie a d’ailleurs refusé de se prononcer en avril 2021.

(1) Décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l’alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l’objectif national des [sic] dépenses d’assurance maladie (article D. 114-4-0-17 du code de la sécurité sociale).

(2) Avis du comité d’alerte du 29 mai 2007, puis du 29 juin 2007 pour se prononcer sur les mesures de redressement proposées par les caisses d’assurance maladie. Des mesures de redressement ont été annoncées le 4 juillet 2007 par le Gouvernement.

Enfin, le rapporteur général ne souhaite pas que la réflexion sur l'information du Parlement sur l'évolution de l'ONDAM soit limitée au cas très ponctuel et à la seule année 2022 comme le prévoit l'article 56 *bis*.

● À l'initiative du rapporteur général, la commission a rétabli cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale.

*

* *

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort au Sénat : modifié.

Position de la commission : rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale.

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

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

● Parmi les diverses dispositions de l'article, le **III** fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 1,1 milliard d'euros, en hausse de 100 millions d'euros par rapport au montant voté ces sept dernières années. Cette hausse vise à prendre en compte l'estimation actualisée du montant de sous-déclaration.

En effet, la commission en charge d'évaluer le montant de la sous-déclaration a proposé une nouvelle estimation de la sous-déclaration, estimée entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros, en hausse par rapport au montant estimé en 2017 (entre 0,8 et 1,5 milliard d'euros). Cette augmentation est liée pour l'essentiel à la mise à jour des données épidémiologiques, plus nombreuses et plus récentes et, dans une moindre mesure, à l'actualisation des coûts moyens.

2. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

Le Sénat a adopté, à l'initiative de sa commission des affaires sociales et avec l'avis défavorable du Gouvernement, un amendement pour revoir à la baisse (de 1,1 milliard d'euros à 1 milliard) le montant du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la sous-déclaration.

La commission des affaires sociales du Sénat estime, en effet, que l'augmentation du montant du transfert prévue par le présent projet de loi « *s'apparente de plus en plus à un détournement des excédents cumulés de la branche AT-MP au profit du rééquilibrage de la branche maladie* »⁽¹⁾.

3. La position de la commission

• Le rapporteur pour les accidents du travail et maladies professionnelles partage l'avis du Sénat, lequel estime que les deux branches, AT-MP et maladie, déploient depuis plusieurs années de nombreux efforts dans l'amélioration du repérage de l'origine professionnelle de certaines pathologies. Contrairement au Sénat, il estime néanmoins que l'augmentation du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie, prévue par le projet de loi initial, ne laisse en aucun cas entendre que les progrès réalisés sur cette question ont été minimes.

L'augmentation du transfert vise uniquement à prendre en compte l'actualisation, réalisée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration, de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP. Il est nécessaire de tenir compte de cette actualisation pour garantir le bon fonctionnement des différentes branches. Certes, la fourchette évaluée par la Cour des comptes est très large (entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros) mais il s'agit bien de dépenses prises en charge par l'assurance maladie alors qu'elles auraient dû l'être par la branche AT-MP.

Le rapporteur est d'autant plus défavorable à la modification apportée par le Sénat que :

– le montant du transfert prévu par le présent projet de loi reste en deçà de la borne basse de la fourchette estimée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration (1,2 milliard d'euros) et ne semble donc pas surévalué ;

– la branche AT-MP est une branche qui dégage des excédents importants, malgré le transfert au titre de la sous-déclaration. Ainsi, en 2022, la branche devrait dégager un excédent de 1,4 milliard d'euros. Elle disposera donc bien de marges de manœuvre suffisantes pour réaliser les actions de prévention souhaitées tant par le Sénat que par l'Assemblée nationale.

(1) Rapport n° 130 (2021-2022) de Mmes Élisabeth Doineau, rapporteure générale, Corinne Imbert, MM. René-Paul Savary, Olivier Henno, Mme Pascale Gruny et M. Philippe Mouiller, fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, déposé le 3 novembre 2021.

Le rapporteur propose, en toute cohérence, le rétablissement de l'article tel qu'adopté par l'Assemblée nationale.

● À l'initiative du rapporteur, la commission a adopté un amendement rétablissant la rédaction de l'Assemblée nationale.

*

* *

Article 58 bis (nouveau)

Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse

Origine de l'article : amendement du Sénat.

Position de la commission : suppression.

1. Les dispositions adoptées par le Sénat en première lecture

L'article 58 *bis* est issu d'un amendement de la commission, adopté avec un avis défavorable du Gouvernement. Cet article, qui est semblable à un amendement adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et supprimé par l'Assemblée nationale, vise à réunir une conférence des financeurs en vue de définir des mesures paramétriques pour redresser les comptes du système de retraite et atteindre l'équilibre financier de l'ensemble des régimes de retraite de base en 2030. En cas d'échec des négociations, plusieurs mesures paramétriques seraient automatiquement mises en œuvre.

● Le **I** prévoit une conférence sur l'équilibre et le financement des retraites réunissant des représentants des organisations syndicales de salariés et des employeurs ainsi que des représentants de l'État avec comme objectif la formulation de propositions paramétriques portant sur :

- l'âge d'ouverture des droits à la retraite ;
- les conditions d'âge et de durée d'assurance requises pour le bénéfice d'une pension de retraite à taux plein ;
- les modalités de décote et de surcote par rapport à ce taux plein ;
- l'affectation de recettes à l'assurance vieillesse ;
- la mobilisation du Fonds de réserve pour les retraites.

Si cette conférence aboutissait, il reviendrait au Gouvernement de traduire ces propositions dans un projet de loi de réforme des retraites ou au sein de la prochaine loi de financement de la sécurité sociale.

● En cas d'échec de la conférence, le **II** et **III** du présent article seraient mis en application à compter du 1^{er} janvier 2023 (**IV**).

Le **II** modifie les articles L. 161-17-2 et L. 161-17-3 du code de la sécurité sociale afin de :

– reporter progressivement l'âge d'ouverture des droits jusqu'à 64 ans ⁽¹⁾ à partir de la génération 1966 (1°) ;

– accélérer l'allongement de la durée d'assurance nécessaire pour l'accès à une pension à taux plein prévu par la « loi Touraine » de 2014 pour atteindre quarante-trois annuités dès la génération 1966 (2°), et non pas à partir de la génération 1973 ;

– conserver l'âge de taux plein à 67 ans pour les personnes ne remplissant pas la condition de durée d'assurance (3°).

Le **III** prévoit la mise en place de mesures de convergence des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} janvier 2032, selon des conditions et un calendrier fixés par décret en Conseil d'État.

2. La position de la commission

● Si le rapporteur pour la branche vieillesse partage l'idée qu'une réforme des retraites sera nécessaire à moyen terme, les conditions ne semblent toujours pas réunies pour relancer un tel chantier au regard de la situation sanitaire et économique du pays, ainsi que l'a rappelé le Président de la République lors de son allocution du 9 novembre dernier. Les partenaires sociaux, réunis par le Gouvernement en septembre dernier, ont d'ailleurs rappelé fermement leur opposition à une telle réforme dans le contexte actuel. Le rapporteur propose donc la suppression de cet article introduit par le Sénat.

● La commission a supprimé cet article à l'initiative du rapporteur ainsi que de M. Boris Vallaud et des membres du groupe Socialistes et apparentés.

*

* *

(1) Lors de la présentation de l'amendement, le rapporteur a évoqué l'âge de 64 ans qui figure dans l'exposé sommaire, mais le dispositif mentionne l'âge de 63 ans.

Article 61

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Origine de l'article : projet de loi.

Sort du Sénat : modifié.

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 61 fixe à 34,2 milliards d'euros l'objectif de dépenses pour 2022 de la branche dédiée au soutien à l'autonomie. Cet objectif est en hausse de 6,2 % par rapport à l'objectif rectifié figurant initialement dans le présent projet de loi de financement, afin de permettre le financement de nouvelles mesures pour les établissements et services médico-sociaux. Il a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement avec un avis favorable de la commission. Celui-ci relève à 34,4 milliards d'euros l'objectif de dépenses de la branche pour 2022 afin de prendre en compte :

– le financement de la dotation qualité à hauteur de 60 millions d'euros en 2022. Ce dispositif montera progressivement en charge pour atteindre près de 500 millions d'euros à horizon 2025 ;

– le financement par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie des revalorisations salariales dans les établissements pour personnes handicapées qui sont financées par les départements en cohérence avec l'article 29 *bis*, pour un montant de 115 millions d'euros.

3. La position de la commission

● Se réjouissant des mesures adoptées à l'initiative du Gouvernement, la rapporteure pour la branche autonomie propose le maintien de la rédaction issue du vote du Sénat.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

Article 62

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

Origine de l'article : projet de loi.

Sort du Sénat : modifié.

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

1. Les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 62 fixe à 19,5 milliards d'euros les dépenses pour 2022 du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), en baisse de 100 millions d'euros par rapport à l'objectif rectifié pour 2021 figurant dans le présent projet de loi de financement.

2. Les modifications apportées par le Sénat

En séance, le Sénat a adopté un amendement du Gouvernement avec un avis favorable de la commission. Celui-ci relève à 19,6 milliards d'euros les dépenses prévisionnelles du FSV afin de prendre en compte l'évolution des hypothèses macro-économiques. La revalorisation exceptionnelle du SMIC le 1^{er} octobre dernier (+ 2,2 %) conduit en effet à augmenter automatiquement la prise en charge par le FSV des cotisations au profit des régimes de retraite.

3. La position de la commission

● Le rapporteur pour la branche vieillesse propose le maintien de la rédaction issue du vote du Sénat.

● La commission a adopté cet article sans modification.

*

* *

COMPTE RENDU DES TRAVAUX DE LA COMMISSION

Lors de sa séance du jeudi 18 novembre 2021, la commission a examiné, en nouvelle lecture, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, modifié par le Sénat (n° 4685) (M. Thomas Mesnier, rapporteur général, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe, rapporteurs) ⁽¹⁾.

Mme Fadila Khattabi, présidente. La commission mixte paritaire réunie mardi soir n'étant pas parvenue à un accord sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, le Premier ministre a demandé qu'il soit procédé à une nouvelle lecture. Celle-ci aura lieu en séance publique lundi, mardi et mercredi prochains.

Le Sénat a adopté trente-huit articles conformes mais en a ajouté trente. Aussi, cent neuf articles restent en discussion.

Conformément aux règles applicables au cours de la navette parlementaire, plusieurs amendements introduisant des dispositions nouvelles, notamment par la voie d'articles additionnels, ont été déclarés irrecevables. Il nous reste donc 169 amendements à examiner.

DEUXIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021

Article 3 : *Affiliation du personnel vaccinant et règles de cumul emploi-retraite pendant la crise sanitaire*

La commission adopte l'article 3 non modifié.

Article 4 bis (nouveau) : *Doublement de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires d'assurance maladie pour 2021*

Amendements de suppression ASI90 de M. Thomas Mesnier et ASI76 de M. Dominique Da Silva.

M. Thomas Mesnier, rapporteur général, rapporteur pour l'équilibre général, les recettes et la santé. Nous commençons par un sujet dont nous avons débattu à de nombreuses reprises cette année et l'année dernière.

L'amendement vise à supprimer l'augmentation de la contribution exceptionnelle sur les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) que le Sénat a décidée. L'année dernière, nous avons trouvé un équilibre qu'il

(1) https://videos.assemblee-nationale.fr/video.11535512_61960d2ecc4d3.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2022-no-18-novembre-2021

convient de maintenir, au nom du respect de la parole donnée aux OCAM d'une part, et parce que les prévisions sur la base desquelles avait été fixé le montant de la contribution ont été globalement tenues d'autre part. Une augmentation risquerait d'affecter l'équilibre économique des OCAM et de peser *in fine* sur les assurés.

M. Dominique Da Silva. La hausse de 500 millions d'euros de la contribution risque de peser sur les assurés, par le biais d'une augmentation des cotisations. En outre, les économies escomptées n'ont pas été au rendez-vous, les dépenses remboursées par les OCAM ayant été plus importantes que prévu.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 4 bis est supprimé.

Article 4 ter (nouveau) : *Compensation du transfert de l'Agence nationale de santé publique à la branche maladie*

Amendement de suppression AS201 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer l'article introduit par le Sénat qui prévoit la compensation intégrale du transfert de Santé publique France à la branche maladie en 2021.

Sans revenir sur l'ensemble des raisons qui me conduisent cette année comme l'année dernière à le rejeter, cet ajout me semble contraire au principe même du transfert, et prématuré alors que les dépenses hors covid de Santé publique France n'ont pas explosé par rapport à ce qui était prévu.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 4 ter est supprimé.

Article 5 (supprimé) : *Assouplissement de l'échéance de signature des contrats prévue à l'article 50 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021*

Amendement AS191 de M. Thomas Mesnier et sous-amendement AS235 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à rétablir l'article 5 consacrant la possibilité pour le Gouvernement de décaler dans le temps la signature de contrats relatifs à des investissements structurants.

Cela permet, d'une part, de donner le temps aux agences régionales de santé (ARS) d'instruire les projets d'investissement et d'accompagner correctement les établissements pour éviter les effets des précédents plans en faveur de l'hôpital ; d'autre part, d'éviter de laisser de côté certains établissements au motif que leurs projets d'investissement ne pourraient pas être validés dans les temps.

Un amendement du Gouvernement a fixé à 2028 la date butoir pour la signature des contrats.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Le sous-amendement vise à rétablir *in extenso* les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale, en commission et en séance.

Il réintroduit ainsi la remise d'un rapport annuel du Gouvernement au Parlement faisant apparaître le montant des dotations versées aux hôpitaux et leurs bénéficiaires.

M. le rapporteur général. Le rapport que vous proposez ne porte que sur la moitié des 13 milliards d'euros qui seront versés aux établissements hospitaliers. En outre, le dispositif que nous avons adopté l'année dernière, en partie à l'initiative de votre groupe, fournit plus d'informations que le rapport que vous demandez.

Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Le groupe Les Républicains est attaché au suivi annuel des dotations et souhaite le retour à la rédaction de l'Assemblée nationale. Je soutiens aussi le sous-amendement de M. Isaac-Sibille : mieux vaut un rapport sur la moitié des sommes que pas de rapport du tout.

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

*L'article 5 est **ainsi rétabli**.*

Article 7 : *Rectification des tableaux d'équilibre pour 2021*

*La commission **adopte** l'article 7 **non modifié**.*

Article 8 : *Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-ONDAM*

*La commission **adopte** l'article 8 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifiée**.*

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

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

CHAPITRE I^{ER}
POURSUIVRE LES ACTIONS DE SIMPLIFICATION ET D'ÉQUITÉ DU
PRÉLÈVEMENT

Article 10 : *Poursuite de l'unification du recouvrement dans la sphère sociale*

Amendement AS192 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Cet amendement, presque rédactionnel, veut éviter de figer jusqu'en 2025 le statut transitoire des salariés alors que leurs contrats de travail sont susceptibles d'être transférés à compter du 1^{er} janvier 2023. Les statuts des organismes d'accueil s'appliqueront de plein droit à partir du 31 décembre 2025.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 10 modifié.

Article 11 : *Développement du versement en temps réel des aides sociales et fiscales des services à la personne*

La commission adopte l'article 11 non modifié.

Article 11 bis A (nouveau) : *Exonération de contribution sociale généralisée et de contribution pour le remboursement de la dette sociale des revenus du patrimoine des non-résidents*

Amendement de suppression AS202 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit, comme nous l'avons fait en première lecture mais aussi les années précédentes, de supprimer les dispositions qui exonèrent totalement de contribution sociale généralisée et de contribution au remboursement de la dette sociale les revenus de source française des non-résidents extra-européens.

S'il est logique d'exonérer les ressortissants européens de ces contributions sociales dans la mesure où les législations de sécurité sociale des États membres sont coordonnées, conformément à une jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, tel n'est pas le cas pour les autres pays.

La commission adopte l'amendement.

*En conséquence, l'article 11 bis A est **supprimé**.*

Article 11 bis B (nouveau) : *Contribution sur les revenus des capitaux pour financer la branche autonomie*

Amendement de suppression AS203 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je propose de supprimer cet article introduit par le Sénat contre l'avis de sa commission et du Gouvernement, et créant une nouvelle taxe sur les revenus distribués, en cohérence avec ma position en première lecture sur des initiatives similaires.

M. Thibault Bazin. Sans vouloir me faire le porte-parole du Sénat, il me semble que cet article que l'on peut qualifier d'article d'appel vise à interpeller le Gouvernement sur le financement de la branche autonomie, nouvellement créée et déjà déficitaire.

Le Sénat a eu le mérite de présenter des propositions, dont certaines ont suscité de vives réactions, pour équilibrer les comptes de la sécurité sociale. Je ne suis pas favorable à celle-là et je voterai l'amendement, mais il faut trouver un équilibre.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 11 bis B est **supprimé**.*

Article 11 bis : *Transmission des taux de contribution sociale généralisée par le Centre national de transmission des données fiscales aux organismes de prévoyance complémentaire*

*La commission **adopte** l'article 11 bis **non modifié**.*

Article 12 bis A (nouveau) : *Extension des garanties complémentaires au risque de perte d'autonomie chez un proche*

Amendement de suppression AS193 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il vous est proposé de supprimer cet article. D'abord, il s'agit pour une large part d'un cavalier puisque la loi de financement de la sécurité sociale doit porter sur les relations entre les assurés, leurs entreprises et leurs organismes complémentaires d'assurance maladie. Ensuite, outre l'absence de chiffrage de l'exonération, l'augmentation mécanique du montant des garanties collectives aboutirait vraisemblablement à un renchérissement des primes pour tous les assurés.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 12 bis A est **supprimé**.*

Article 12 bis B (nouveau) : *Encadrement du remboursement différencié dans le cadre du contrat solidaire et responsable*

Amendement de suppression AS194 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Comme l'année dernière et comme en première lecture, je suis opposé à la disposition adoptée par le Sénat dans cet article. Ainsi qu'en conviennent tant l'Inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de 2017, que la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques dans un panorama de 2019, 45 millions d'assurés ont accès aux réseaux de soins et pourraient être les premières victimes d'une augmentation inconsidérée de la taxe de solidarité additionnelle au 1^{er} janvier.

Cette disposition aura probablement pour effet de condamner les réseaux de soins, dont les mérites ne sont pas clairement établis, j'en conviens, mais les défauts non plus. En outre, les conséquences de leur disparition ne sont absolument pas évaluées.

Pour toutes ces raisons, je vous propose de supprimer l'article.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 bis B est supprimé.

Article 12 bis C (nouveau) : *Pérennisation du dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi*

Amendement de suppression AS195 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Sans surprise, l'amendement vise à supprimer la pérennisation de l'exonération pour les travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi (TO-DE), conformément à la position constante de la majorité.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous êtes d'une sobriété et d'une efficacité redoutables : vous balayez en une phrase un sujet derrière lequel se joue toute la compétitivité de nos entreprises. Les TO-DE mériteraient une autre considération. Je regrette qu'un consensus avec le Sénat ne puisse émerger.

Je voterai contre l'amendement car le dispositif d'exonération est indispensable si nous voulons poursuivre la relocalisation de la production et empêcher une fuite des travailleurs. Nous attendons toujours les solutions alternatives qui nous avaient été annoncées.

M. le rapporteur général. Monsieur Bazin, il s'agit d'une seule phrase au milieu de nombreuses autres. Je vous invite à vous plonger dans mon rapport, et dans les nombreux débats qui ont lieu chaque année sur le sujet. Je vous renvoie également à l'ensemble encyclopédique des débats sur le projet de loi de finances, qui vous rappelleront toutes les mesures très fortes que nous avons prises en soutien à notre agriculture.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 bis C est supprimé.

Article 12 bis D (nouveau) : *Extension d'exonérations de cotisations patronales sur les aides à domicile aux établissements publics de coopération intercommunale*

Amendement de suppression AS196 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer l'article. D'abord, le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 5 août 2011, avait estimé que l'inégalité entre les centres communaux d'action sociale et les centres intercommunaux d'action sociale, d'un côté, et d'autres structures comme les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) d'autre part, se justifiait au regard de la vocation des premiers. Ensuite, les EPCI poursuivent de nombreuses missions qui ne les placent pas dans une situation comparable à celle des associations ou des organismes habilités au titre de l'aide sociale. De ce point de vue, la perte de recettes pour la sécurité sociale n'est pas justifiée.

M. Thibault Bazin. La situation des EPCI n'est pas comparable, dites-vous, mais elle s'en rapproche. Nous étions convenus d'examiner de plus près le sujet. Dans cette attente, je préfère que l'article soit maintenu afin de pouvoir en débattre en séance.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 bis D est supprimé.

Article 12 bis E (nouveau) : *Instauration de zones franches médicales dans les territoires déficitaires en offre médicale*

Amendement de suppression AS197 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Le débat est récurrent. L'article crée des zones franches médicales, bénéficiant d'exonérations de cotisations. Vous connaissez mes réserves sur la création de nouvelles zones qui viendraient s'ajouter à toutes celles qui existent déjà. Quant à la disposition elle-même, elle n'est aucunement encadrée et pourrait ouvrir droit à une exonération de toutes les cotisations sociales pour l'ensemble des médecins pendant toute la durée de leur carrière. Ce serait évidemment une lourde perte pour les recettes de la sécurité sociale.

M. Thibault Bazin. Je comprends votre argument, mais une autre solution pourrait consister à conserver le dispositif en l'encadrant davantage. Face à la désertification médicale, dont vous êtes pleinement conscient, il faut rendre le métier de médecin dans les territoires le plus attractif possible.

J'appelle votre attention et celle du Gouvernement sur les zonages, qui n'anticipent pas suffisamment les départs à la retraite. Ainsi, si un territoire qui

n'était pas considéré comme sous-doté voit un médecin partir à la retraite avant l'âge légal, aucun dispositif ne lui permet d'attirer de nouveaux praticiens en attendant la révision du zonage, tous les trois ans.

Il faut mieux anticiper les problèmes des territoires susceptibles d'être fortement carencés dans un avenir proche. Imaginez un couple de médecins qui décide de partir, dans la même maison de santé ! Les zonages doivent évoluer beaucoup plus vite.

M. le rapporteur général. Vous avez tout à fait raison, l'anticipation est nécessaire. C'est pour cela que les zonages sont révisés tous les trois ans. Mais s'il faut savoir anticiper ce qui peut l'être, notamment les départs à la retraite, il est difficile d'anticiper les déménagements des praticiens, dont les causes peuvent être multiples. L'instauration d'une révision annuelle ne permettra pas de résoudre cette difficulté.

Soyez assurés que des discussions ont lieu avec le ministre des solidarités et de la santé pour encourager l'anticipation.

Mme Monique Iborra. Mais les mesures incitatives que nous avons prises pour lutter contre les déserts médicaux sont loin d'avoir des effets à la hauteur de l'investissement. Il faudra dans un avenir très proche envisager d'autres solutions, car nos concitoyens ne supportent tout simplement plus la situation. Vous êtes certainement interpellés comme moi sur ce sujet. Nous ne pouvons plus nous contenter de répondre que nous nous en occupons : ils voient bien que les résultats ne sont pas là.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 bis E est supprimé.

Article 12 quater (nouveau) : *Notification aux professionnels de santé de la possibilité de se faire assister en cas de procédure de recouvrement d'indu*

Amendement de suppression AS198 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il est déjà parfaitement loisible aux professionnels de santé de se faire assister par le conseil qu'ils souhaitent. C'est d'ailleurs ce que leur précisent les chartes des professionnels de santé contrôlés qui leur sont adressées par les organismes de contrôle.

L'objectif du Sénat étant satisfait, il est proposé de supprimer l'article.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 quater est supprimé.

Article 12 quinquies (nouveau) : *Encadrement de la procédure d'obtention d'une attestation de vigilance*

Amendement de suppression AS199 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer un formalisme superfétatoire dans la procédure de refus de délivrance d'une attestation de vigilance.

Le Sénat souhaite que le refus par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ne puisse intervenir qu'après une période contradictoire préalable, identique à celle qui précède les actions ou poursuites engagées par le ministère public en cas de récidive d'une absence induite de paiement des cotisations. Cette procédure me semble disproportionnée et trop compréhensive à l'égard des entreprises qui ne sont pas à jour de leurs obligations contributives.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 12 quinquies est supprimé.

CHAPITRE II AMÉLIORER LES DROITS SOCIAUX DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

Article 13 : *Élargissement de l'expérimentation de l'auto-liquidation et suppression des pénalités en cas d'erreur d'estimation du revenu*

La commission adopte l'article 13 non modifié.

Article 13 bis A (nouveau) : *Option de calcul des cotisations des exploitants agricoles sur l'année en cours*

Amendement de suppression AS204 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. À l'issue d'un long débat en commission et en séance sur les modalités de calcul de l'assiette des cotisations des exploitants agricoles, des amendements similaires à celui qui a donné naissance à l'article 13 bis A avaient été rejetés, pour trois raisons. Premièrement, la rédaction proposée ne garantit pas que le mode de calcul soit plus favorable. Deuxièmement, nous privilégions un recours accru à la procédure de revenu estimé en cas de baisse importante d'activité, raison pour laquelle nous avons supprimé la sanction en cas d'erreur importante commise dans cette procédure, pour encourager son utilisation. Troisièmement, le ministre s'est engagé à travailler à une assiette plus contemporaine, étant entendu qu'il s'agit d'un travail de longue haleine.

M. Thibault Bazin. La situation des agriculteurs est spécifique car elle peut varier fortement selon les saisons et les récoltes. Peut-on envisager une clause de revoyure assez rapprochée, dans le cas où les modalités de calcul poseraient problème au cours de l'année prochaine ?

M. le rapporteur général. Ce sera le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale !

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 13 bis A est supprimé.

Article 13 ter : Remboursement du « trop-perçu » de cotisations aux artistes-auteurs

La commission adopte l'article 13 ter non modifié.

Article 13 quater : Remboursement des cotisations versées en excès par les artistes-auteurs

La commission adopte l'article 13 quater non modifié.

Article 14 : Réforme du régime social du conjoint collaborateur

Amendement AS200 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Le Sénat a ajouté une nouvelle dérogation à la limitation à cinq ans du bénéfice du statut de conjoint collaborateur, sous réserve de cotiser à hauteur de la moitié du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS). J'avais déjà refusé ce type d'amendement en première lecture. La possibilité de déroger à la limitation sans encadrement conduirait à vider l'article de sa substance. Or, le statut de conjoint collaborateur a des effets néfastes pour la constitution de droits sociaux. Il est donc légitime d'en limiter la durée.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS2 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s'agit d'autoriser ceux qui le souhaitent à conserver le statut de conjoint collaborateur au-delà de cinq ans, en cotisant soit à hauteur d'une assiette forfaitaire du tiers du PASS, soit à hauteur de la moitié du revenu du chef d'entreprise quand ce revenu dépasse le tiers du PASS. Peut être concerné par exemple un conjoint collaborateur qui, tout en exerçant une activité professionnelle régulière avec son conjoint, bénéficie d'un statut dans une autre entreprise auquel il ne souhaite pas renoncer.

Cette souplesse permettrait de répondre au besoin de protection sociale d'une population d'assurés en très grande majorité féminine, tout en évitant de complexifier des procédures administratives parfois trop lourdes pour les travailleurs indépendants.

M. le rapporteur général. Pour les mêmes raisons que précédemment, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 14 modifié.

Article 14 bis (supprimé) : *Limitation dans le temps du bénéfice du statut de conjoint collaborateur dans le secteur agricole*

La commission maintient la suppression de l'article 14 bis.

CHAPITRE IV HARMONISER LES RÈGLES RELATIVES AUX CONTRIBUTIONS PHARMACEUTIQUES

Article 16 : *Mise en cohérence des contributions sur le champ des produits de santé*

Amendement AS205 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Le Sénat a modifié de manière très substantielle cet article important sur le médicament, en reprenant parfois plusieurs amendements repoussés à l'Assemblée, qu'il s'agisse d'une assiette réduite pour la clause de sauvegarde en matière de médicaments, d'un barème progressif pour la clause en matière de dispositifs médicaux ou de l'assiette de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques. Je vous propose de rétablir la rédaction que nous avons adoptée, moyennant quelques modifications rédactionnelles apportées par le Sénat.

La commission adopte l'amendement et l'article 16 est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS124 de Mme Caroline Fiat tombe.

Article 16 bis A (nouveau) : *Exonération de l'ensemble des médicaments dérivés du sang de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques*

Amendement de suppression AS206 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer cet article qui vise à exonérer l'ensemble des médicaments dérivés du sang de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques.

Les médicaments dérivés du sang bénéficient déjà d'une exonération ciblée sur le sang obtenu en respectant les standards éthiques français. Une exonération générale risquerait d'affaiblir notre filière. En outre, rien n'indique qu'une nouvelle niche sociale résoudrait les problèmes que nous connaissons. Le Gouvernement prépare d'autres mesures pour soutenir la filière française, en particulier l'Établissement français du sang.

Je note d'ailleurs que la filière française du sang et des associations de donneurs de sang bénévoles sont opposées à ces dispositions, comme elles l'ont rappelé dans des courriers récents.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 16 bis A est **supprimé**.*

Article 16 bis : *Amende en cas de récidive du non-respect de ses obligations de service public par le grossiste-répartiteur*

Amendement AS177 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Annie Vidal. Nous avons adopté un amendement en première lecture visant à renforcer les sanctions, en cas de récidive, contre les grossistes-répartiteurs, dits *short liners*, qui ne respectent pas leurs obligations de service public. Le Sénat a conservé l'article en substituant néanmoins à la notion de récidive celle de « manquement grave et répété constituant un risque pour la sécurité d'approvisionnement en médicaments », laquelle est plus restrictive. Nous proposons donc de rétablir la version initiale, en donnant en outre un délai de cinq ans.

M. le rapporteur général. Avis favorable à cet amendement qui réintroduit la notion de récidive tout en la précisant.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 16 bis **modifié**.*

Article 16 ter : *Moyens et missions des comités de protection des personnes*

Amendement AS40 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement vise à rétablir des dispositions qui ont bizarrement été supprimées par le Sénat.

Les comités de protection des personnes sont saisis de tous les projets de recherche médicale. L'Assemblée a adopté à mon initiative une proposition de loi il y a trois ans pour améliorer leur fonctionnement. L'année dernière, nous avons octroyé des financements à leurs secrétariats. Cette année, avec cet amendement, nous pourrions rémunérer les personnes qui consacrent du temps à l'examen des dossiers.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 16 ter **modifié**.*

Article 16 quater (nouveau) : *Création d'une taxe sur la publicité en faveur des jeux d'argent et de hasard dont le produit est affecté à l'assurance maladie*

Amendement de suppression AS248 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer la taxe comportementale sur les jeux de hasard, notamment les paris en ligne, introduite par le Sénat. Il existe une fiscalité propre à ce type d'activité, en vertu des articles 302 *bis* ZH et 302 *bis* ZI du code général des impôts, dont les taux sont nettement plus élevés. En outre, l'article présente des difficultés rédactionnelles.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 16 quater est supprimé.

Article 16 quinquies (nouveau) : *Extension au tabac à chauffer de la fiscalité applicable aux tabacs manufacturés*

Amendement de suppression AS249 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Dans la ligne de notre position en première lecture, je vous propose de supprimer l'alignement de la fiscalité du tabac à chauffer sur celle des cigarettes, pour des raisons de cohérence avec le droit de l'Union européenne, en cours de renégociation actuellement, de cohérence interne aussi puisque l'alignement sec sur la fiscalité applicable aux cigarettes ne s'appuie pas sur des arguments clairs et définitifs prouvant une nocivité égale, et enfin en raison d'une fragilité rédactionnelle de l'article, qui oublie d'adapter la fiscalité corse à la création d'une nouvelle catégorie de tabacs.

M. Jean-Louis Touraine. Ce soir, je remettrai au Comité national contre le tabagisme un certain nombre de prix attribués à ceux qui luttent contre ce grand fléau qu'est le tabac – première cause de mortalité évitable dans notre pays.

Hélas, des récompenses sont également remises à ceux qui freinent les progrès de la lutte contre le tabagisme, et j'aimerais que nous n'en fassions pas partie. Malgré les progrès que nous avons accomplis, y compris durant la législature, la place de la France parmi les pays européens n'est pas enviable puisque plus de 25 % de nos compatriotes adultes fument et que nous avons le record du nombre de femmes tabagiques. Nous nous sommes engagés à ce que la génération 2030 soit sans tabac, mais nous n'en prenons pas le chemin en favorisant l'industrie du tabac, pour laquelle le tabac à chauffer constitue un moyen de contournement. Une fiscalité inférieure constitue un très mauvais signal et, pour les jeunes, une incitation à se lancer dans le tabagisme.

Nous avons su anticiper des décisions européennes pour que la fiscalité applicable sur le tabac à rouler soit la même que pour les cigarettes. Rien n'empêche de faire de même avec le tabac à chauffer, comme l'ont d'ailleurs fait d'autres pays européens.

Nous serions coupables de ne rien faire. Je comprends vos arguments, monsieur le rapporteur général, mais il est essentiel de faire passer le message que nous sommes contre les moyens développés par l'industrie du tabac pour propager de nouvelles formes de tabagisme.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il est vrai que ce PLFSS, globalement ambitieux, ne l'est guère sur le plan de la prévention. Nous avons soutenu toutes les mesures qu'Agnès Buzyn a prises pour lutter contre le tabagisme et elles ont été efficaces. L'article introduit par le Sénat est très simple à mettre en œuvre, il n'y a rien à y changer.

M. Thibault Bazin. C'est le réflexe de la majorité qui consiste, pour faire valoir une cause, à augmenter les taxes, qui pose problème. Vous avez augmenté la fiscalité sur le tabac, nous nous y étions opposés. Lors du premier confinement, en Lorraine, les achats de tabac ont augmenté de 40 % : c'est dire le nombre de gens qui se fournissent ailleurs d'habitude ! Plus les taxes augmentent, plus le marché transfrontalier s'accroît. La question ne peut pas être réglée par des augmentations de fiscalité, sans parler d'une politique de prévention.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Je vous rappelle que cet article a été introduit au Sénat !

M. le rapporteur général. Nous sommes d'accord sur cette question, monsieur Bazin, et je regrette en effet que ce ne soit pas le cas de vos amis sénateurs.

Monsieur Touraine, la fiscalité du tabac à rouler est inférieure à celle de la cigarette.

De plus, le rapport d'Éric Woerth et Zivka Park récemment présenté à la commission des finances montre bien qu'en matière de fiscalité sur le tabac, la multiplication des catégories *ad hoc* sur le plan européen ne tend qu'à fractionner plus encore la fiscalité européenne et, donc, à favoriser les circuits parallèles dont parlait M. Bazin. Dans le cadre de sa présidence de l'Union européenne, la France entend avancer dans ce domaine et des engagements ont été pris.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 16 quinquies est supprimé.

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

Article 17 : *Transferts financiers entre branche de la sécurité sociale*

Amendement AS207 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de rétablir dans le texte adopté par l'Assemblée l'article « de tuyauterie » dans sa rédaction adoptée par notre assemblée.

M. Thibault Bazin. Je précise, concernant l'article précédent, que les sénateurs En Marche avaient présenté un amendement identique à celui des Républicains...

La commission adopte l'amendement et l'article 17 est ainsi rédigé.

Article 19 : *Approbation des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

La commission adopte l'article 19 non modifié.

Article 20 : *Approbation des tableaux d'équilibre du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse pour 2022*

La commission adopte l'article 20 non modifié.

Article 23 (supprimé) : *Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)*

Amendement AS254 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je vous propose de rétablir l'annexe B dans une version réactualisée.

La commission adopte l'amendement. L'article 23 et l'annexe B sont ainsi rétablis.

La commission adopte ensuite la troisième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 modifiée.

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022

TITRE I^{er} DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

CHAPITRE I^{er} POUR SUIVRE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Article 24 : *Prise en charge de la télésurveillance dans le droit commun*

Amendements AS221 et AS255 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Les amendements visent à supprimer deux dispositions adoptées au Sénat. La première, qui prévoit la dissociation en deux forfaits de la base forfaitaire rémunérant l'activité de télésurveillance, est d'ordre réglementaire et non législatif. La seconde est d'ores et déjà satisfaite.

La commission adopte successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 24 modifié.

Article 25 : *Mise en œuvre des réformes de financement des établissements de santé*

Amendement AS252 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit d'un amendement de coordination nécessaire au report de la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation sur l'entrée en vigueur de la réforme du ticket modérateur. Puisque le report, que je regrette, a été acté au Sénat, faisons au moins les choses correctement.

M. Thibault Bazin. Je me réjouis que la navette ait permis de faire entendre nos arguments au Gouvernement.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 25 modifié.

Article 27 : *Évolution des activités des hôpitaux des armées*

La commission adopte l'article 27 non modifié.

Article 27 bis (nouveau) : *Prise en compte de la lutte contre les erreurs médicamenteuses dans le calcul de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité*

Amendement de suppression AS219 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. La lutte contre les erreurs médicamenteuses fait évidemment partie du champ de la qualité et de la sécurité des soins, mais la définition d'un nouvel indicateur pour le calcul de la dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) – ne relève pas du domaine de la loi.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 27 bis est supprimé.

Article 27 ter (nouveau) : *Date de publication des indicateurs relatifs au développement de l'autodialyse et de la dialyse à domicile*

La commission adopte l'article 27 ter non modifié.

Article 28 : *Isolement et contention*

Amendement AS253 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je vous propose de rétablir l'article tel qu'adopté en première lecture.

La commission adopte l'amendement et l'article 28 est ainsi rétabli.

CHAPITRE II
**RENFORCER LA POLITIQUE DE SOUTIEN À LA PERTE
D'AUTONOMIE**

Article 29 : *Revalorisations salariales dans le secteur médico-social*

Amendement AS209 de Mme Caroline Janvier.

Mme Caroline Janvier, rapporteure pour l'autonomie et le secteur médico-social. Le Sénat a adopté un amendement tendant à institutionnaliser le suivi des négociations sur l'extension des mesures salariales du Ségur de la santé dans le cadre d'un comité dont l'inscription n'est pas utile dans la loi. Je vous propose donc de supprimer l'alinéa 35.

En outre, je précise que, comme l'a annoncé le Premier ministre le 8 novembre, les travaux sur l'extension des revalorisations salariales se poursuivront avec la réunion d'une conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social d'ici le 15 janvier prochain.

M. Thibault Bazin. La suppression de cette disposition me paraît dommageable car sa présence dans le PLFSS inciterait le Gouvernement à anticiper la mise en place, dès le mois de janvier, de ce comité très attendu. Les collectivités locales, notamment les départements, sont en effet en première ligne face aux acteurs de terrain qui subissent le décalage de l'application des mesures du « Ségur », quand ils n'en ont pas été oubliés. Outre qu'il y a urgence en matière de recrutement, les injustices sont flagrantes entre les secteurs hospitalier, médico-social et du handicap. Tout le monde attend les concertations, y compris sur le plan local.

Par ailleurs, cet alinéa prévoit l'information de l'Assemblée nationale et du Sénat, ce qui me semble également important.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 29 modifié.

Article 29 bis (nouveau) : *Extension des revalorisations du Ségur de la santé aux soignants travaillant dans des établissements et services sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes handicapées financés par les départements*

La commission adopte l'article 29 bis non modifié.

Article 30 : *Réforme du financement et transformation de l'offre des services à domicile de l'autonomie*

Amendement AS3 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il convient, à l'alinéa 12, de substituer aux mots « tous les trois ans » le mot « annuellement ».

L'instauration d'un tarif plancher national permettra un traitement plus équitable sur l'ensemble du territoire, mais nous savons bien que les situations sont diverses : certains établissements ont des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et d'autres pas, certains sont à but non lucratif et d'autres à but lucratif... Les rattrapages seront donc tout aussi divers, avec effets de bord et externalités négatives.

La fixation d'un montant tous les trois ans me semble être une erreur. Il serait préférable de nous donner rendez-vous tous les ans, dès le PLFSS de l'an prochain, de manière que la réforme de la tarification des services « autonomie » et d'aides à domicile soit consolidée.

Mme la rapporteure. Vous proposez de revenir sur la rédaction adoptée à l'Assemblée nationale en commission et en séance, qui permettra d'actualiser le tarif plancher tous les trois ans afin de simplifier l'application de ce dispositif par les gestionnaires et, en particulier, par les départements. Cette périodicité me semble équilibrée et plus conforme aux usages en la matière. Je vous propose donc de retirer votre amendement. À défaut, ce sera un avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS210 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. L'article 30 adopté par le Sénat prévoit que, s'agissant des services d'aide et d'accompagnement à domicile non habilités à l'aide sociale et bénéficiant de la dotation qualité, les « modalités de limitation du reste à charge », qui sont fixées dans le CPOM, « ne peuvent avoir pour conséquence de diminuer le prix facturé au bénéficiaire par le service ou de ne pas pouvoir appliquer le pourcentage [d'évolution des prix fixé annuellement par arrêté] ».

Il me semble prématuré, et bavard, de prévoir de telles dispositions dans la loi. Des travaux réglementaires s'ouvriront dans les prochains mois avec les acteurs du domicile pour préciser les modalités d'application de la dotation qualité et trouver un juste équilibre. Je vous propose donc de supprimer ces dispositions.

M. Thibault Bazin. Le sujet est très important.

La compensation prévue par l'État pour les conseils départementaux est partielle. Le montant de la dotation qualité est beaucoup plus élevé, puisqu'il représente quasiment le double. Si les conditions étaient remplies, celle-ci permettrait aux services à domicile d'être à niveau.

Il est donc urgent d'en préciser les différents éléments. Ces métiers doivent être revalorisés et les CPOM, appliqués, en intégrant les critères de cette dotation. Permettre à tous les acteurs de s'inscrire dans cette démarche qualité en concrétisant ces revalorisations tant attendues au plus vite, en évitant les problèmes de financement, sera une véritable course contre la montre.

Mme la rapporteure. Je comprends l'intention des sénateurs mais la fixation des critères d'une dotation dans la loi ne me paraît pas de bonne politique, car ils doivent être discutés, précisément, avec les acteurs de terrain et pas par les députés ou les sénateurs.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 30 **modifié**.*

Article 30 bis A (nouveau) : *Suppression du plafond de la participation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des dépenses induites pour les départements par l'avenant 43 de la convention collective de la branche de l'aide à domicile*

*La commission **adopte** l'article 30 bis A **non modifié**.*

Article 30 bis B (nouveau) : *Rapport sur le financement des soins infirmiers et la collaboration entre infirmiers libéraux et services de soins infirmiers à domicile*

Amendement de suppression AS211 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. Il convient de supprimer cet article introduit par le Sénat relatif à une demande de rapport sur le financement des soins infirmiers, car des travaux sont en cours avec les parties prenantes.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 30 bis B est **supprimé**.*

Article 30 bis (supprimé) : *Expérimentation d'une carte professionnelle des salariés du domicile*

Amendement AS178 de Mme Véronique Hammerer.

Mme Véronique Hammerer. Le Sénat a supprimé l'expérimentation de la carte professionnelle pour les intervenants à domicile, qui permettra de mettre en avant ces différents métiers si indispensables. Elle sera délivrée à des personnels formés et élaborée avec les départements qui le souhaitent, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les fédérations, les syndicats ainsi que les associations concernés. L'expérimentation durera trois ans, et une évaluation permettra d'envisager son éventuelle généralisation.

Mme la rapporteure. Avis favorable à cet amendement qui avait été adopté en première lecture en séance.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 30 bis est ainsi **rétabli**.*

Article 31 : *Nouvelles missions pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

La commission adopte l'article 31 non modifié.

Article 31 bis A (nouveau) : *Élargir l'accès aux pôles d'activité et de soins adaptés des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes*

Amendement de suppression AS212 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. L'amendement vise à supprimer un article, me semble-t-il satisfait, introduit par le Sénat portant sur les pôles d'activité et de soins adaptés (PASA) des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

M. Thibault Bazin. Je suis un peu étonné. Cet article dispose : « Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes disposant d'un pôle d'activité de soins adaptés peuvent accompagner, en articulation avec les services à domicile, les personnes âgées ne résidant pas dans l'établissement ou les aidants afin d'améliorer la cohérence de leur parcours de santé et de leur parcours vaccinal, de prévenir leur perte d'autonomie physique, cognitive ou sociale et de favoriser leur vie à domicile. »

Tous les établissements n'ont pas de PASA. C'est un bon dispositif, et nombre d'entre eux espèrent en avoir un. Les PASA concernent les personnes en établissement, les accueils de jour celles qui n'y sont pas.

Dès lors qu'on demande aux EHPAD de devenir des plateformes de ressources territoriales, l'expertise que leur confère un PASA devient très intéressante, même si cela pose un problème d'articulation avec l'accueil de jour. La question se pose dès aujourd'hui : l'expertise des PASA va-t-elle servir à l'extérieur, y compris en matière de prévention ? Avec quel financement ? Des PASA pourront-ils être « élargis », ou seuls les établissements disposant d'un accueil de jour seront-ils concernés ? Tous les établissements ne disposent pas des deux.

Mme la rapporteure. Il conviendra bien entendu de s'interroger sur la manière dont les PASA pourront répondre aux nouvelles missions confiées aux EHPAD par l'article 31, mais une inscription dans la loi ne me paraît pas pertinente. La rédaction des cahiers des charges de ces centres de ressources sera un bien meilleur vecteur.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 31 bis A est supprimé.

Article 32 bis : *Extension des missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie à l'audit et à l'évaluation*

Amendement AS173 de M. Thierry Michels.

M. Thierry Michels. Je plaide à nouveau pour améliorer l'autonomie de nos aînés dans le cadre des zones à faibles émissions mobilité, qui leur demanderont un surcroît d'adaptation. En effet, nos concitoyens les plus fragiles et les plus modestes ne peuvent pas toujours bénéficier des services de transports en commun ou des mesures d'aide à la conversion de leur véhicule.

Cet amendement explicite donc la mission de la CNSA à travers le renforcement de ses compétences en matière de mobilités ou un rôle accru dans la cartographie des offres de services soutenues par les entités publiques et les aides publiques à la mobilité. Je pense également à une plus grande exigence vis-à-vis des maisons départementales des personnes handicapées dans la promotion, par exemple, de la carte mobilité inclusion ou dans le financement de l'innovation en matière de transport solidaire.

Dans la logique que j'avais adoptée lors de la discussion des missions budgétaires *Solidarité, insertion et égalité des chances* et *Écologie, développement et mobilité durables*, j'ai déposé des amendements relatifs à l'expérimentation de mobilités solidaires, mais ils ont été déclarés irrecevables. Je les retravaillerai en vue de la séance publique car il est essentiel de travailler à la transition écologique en accompagnant les Français les plus modestes et les plus fragiles.

Mme la rapporteure. Je vous propose de retirer cet amendement au profit de celui que je m'appête à vous présenter.

M. Thierry Michels. Je le retire et je le retravaillerai pour la séance publique.

L'amendement est retiré.

Amendement AS213 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. L'amendement vise donc à rétablir les missions d'audit et d'évaluation de la CNSA prévues par l'article 32 *bis* adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

M. Thibault Bazin. En première lecture, des amendements gouvernementaux, notamment, ont confié des missions supplémentaires à la CNSA. S'ils vont la plupart dans le bon sens, la question des moyens dont elle dispose se posera. Une réflexion a-t-elle été engagée pour s'assurer qu'ils seront adéquats ? Si tel n'est pas le cas, nous allons au-devant de bien des frustrations.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS214 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. L'amendement a le même objet que le précédent.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 32 bis modifié.

Article 32 quater : *Obligation d'accréditation pour les organismes procédant à l'évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux*

*La commission **adopte** l'article 32 quater **non modifié**.*

Article 32 quinquies : *Amélioration de l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap*

Amendement AS215 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. L'amendement vise à rétablir la rédaction que nous avons adoptée en première lecture relative à l'accès aux aides techniques pour les personnes en situation de handicap.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 32 quinquies **modifié**.*

Article 32 sexies A (nouveau) : *Garantir la liberté de choix des dispositifs médicaux d'aide à la mobilité dans le cadre du référencement sélectif*

Amendement de suppression AS216 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. Cet article, introduit par le Sénat, portant sur le référencement sélectif des dispositifs médicaux pour les personnes en situation de handicap, me semble satisfait.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 32 sexies A est **supprimé**.*

Article 32 sexies : *Revalorisation et extension de l'allocation journalière de proche aidant et de l'allocation journalière de présence parentale*

*La commission **adopte** l'article 32 sexies **non modifié**.*

Article 32 octies : *Rapport sur la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale*

Amendement AS208 de Mme Caroline Janvier.

Mme la rapporteure. Il vise à rétablir la rédaction de l'article 32 octies que nous avons adoptée en première lecture, demandant un rapport consacré au bilan de la mise en œuvre de la cinquième branche de sécurité sociale et visant à proposer des solutions pour la création d'un service territorial de l'autonomie.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 32 octies est **ainsi rédigé**.*

Article 32 nonies : *Rapport sur les dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie*

Amendement AS179 de M. Raphaël Gérard.

Mme Véronique Hammerer. L'amendement vise à demander au Gouvernement un rapport détaillant le financement par la sécurité sociale des dépenses de santé des détenus en perte d'autonomie. Depuis 2017, l'État a transféré vers la sécurité sociale le financement des dépenses de santé des personnes écrouées. Le Gouvernement a également fait du repérage, en détention, de la perte d'autonomie et de la prise en charge de la dépendance un axe prioritaire d'action. La santé des détenus en situation de perte d'autonomie ne peut pas passer au second plan, dans un contexte de vieillissement de la population carcérale. Il importe d'évaluer précisément les conséquences d'une inadéquation de l'offre de soins.

Suivant l'avis de la rapporteure, la commission adopte l'amendement et l'article 32 nonies est ainsi rédigé.

CHAPITRE III RÉNOVER LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE PRODUITS DE SANTÉ

Article 33 : *Rénover la régulation des dépenses de produits de santé*

Amendement AS189 de Mme Catherine Fabre.

Mme Catherine Fabre. Dans le cadre du plan France 2030, le Président de la République a fait de la montée en puissance des thérapies innovantes une priorité. Le septième objectif consiste ainsi à « créer les dispositifs médicaux de demain ».

L'article 33 traduit cette préoccupation. Toutefois, il prévoit que seront prises en charge de la même façon des solutions très différentes, qui n'impliquent pas les mêmes coûts de développement. Les produits à vocation curative doivent ainsi être traités du point de vue tarifaire comme tous les autres médicaments, de manière à financer les étapes du développement et de la recherche clinique, qui coûtent extrêmement cher.

J'ai été sensibilisée à la question par la fondatrice d'une entreprise de ma circonscription, Lucine, qui fait un travail très prometteur pour la santé de demain en mettant au point des médicaments numériques pour traiter des douleurs chroniques, comme l'endométriose. C'est à l'avenir de ces entreprises françaises innovantes que je pense en vous présentant cet amendement. Les thérapies numériques représentent un potentiel de développement thérapeutique, technologique et industriel considérable. Nous devons donc nous assurer que ces dispositifs seront rémunérés à leur juste valeur.

M. le rapporteur général. La prise en charge sera décidée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de la Haute Autorité de santé, qui déterminera le bénéfice clinique ou organisationnel du dispositif. Ce que vous appelez dans l'exposé sommaire « *la vertu thérapeutique du produit* » sera donc bien pris en considération.

Votre demande étant satisfaite, je vous suggère de retirer votre amendement ; à défaut, mon avis serait défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendement AS257 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à supprimer une disposition qui a été introduite par le Sénat mais qui est d'ores et déjà satisfaite par l'article 33, lequel prévoit que la prise en charge anticipée est subordonnée à l'utilisation effective du dispositif médical numérique par le patient.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

Article 34 : *Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux*

Amendement AS222 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de rétablir l'article 34 dans la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 34 modifié.

Article 34 bis : *Conditions de prise en charge des médicaments dispensés en association de traitement et modalités d'inscription de certains dispositifs médicaux*

La commission adopte l'article 34 bis non modifié.

Article 35 : *Production en urgence de médicaments critiques et règles relatives aux préparations magistrales et hospitalières*

Amendement AS120 de M. Cyril Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'un amendement de précision.

M. le rapporteur général. Les préparations hospitalières réalisées dans les pharmacies à usage intérieur ne peuvent être fabriquées qu'en petites séries et en l'absence d'une spécialité pharmaceutique disponible et adaptée déjà mise à disposition dans le cadre d'une autorisation de mise sur le marché, d'une autorisation temporaire d'utilisation ou d'une autorisation d'importation. Vous souhaitez préciser qu'elles doivent être adaptées « à la situation du patient ».

D'une part, la terminologie employée dans l'article est celle retenue depuis 2002, qui n'a je crois jamais posé de problème. D'autre part, votre rédaction

me semble potentiellement plus restrictive. Je vous propose donc de retirer l'amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je suis d'accord avec vous, l'amendement n'est pas que de simple précision. Néanmoins, il permettrait de sécuriser les acteurs français face aux étrangers. Je veux bien retirer l'amendement, mais c'est une question qu'il faudra examiner.

L'amendement est retiré.

Amendements AS256 et AS220 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit dans les deux cas de revenir à la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

La commission adopte successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 35 modifié.

Article 36 : *Expérimentation de la prise en charge de certains médicaments directement après leur évaluation par la Haute Autorité de santé*

Amendement AS223 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je propose de revenir sur une disposition introduite par l'Assemblée nationale et modifiée par le Sénat, prévoyant une articulation entre l'accès précoce et l'accès direct. L'objectif était que les médicaments éligibles à l'accès précoce passent préférentiellement par cette voie et n'attendent pas l'accès direct. Après discussion et expertise, une telle corrélation entre les deux dispositifs de prise en charge dérogatoire risquerait de ralentir et d'alourdir la procédure d'accès direct, au détriment des patients. En conséquence, il serait préférable de supprimer l'alinéa 4.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS224 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il convient de supprimer la disposition adoptée par le Sénat qui prévoit que l'arrêté actant la prise en charge au titre de l'accès direct doit être publié dans les six semaines suivant le dépôt de la demande. S'il est essentiel de s'assurer de la parution rapide des mesures réglementaires, il ne paraît pas pertinent de prévoir, dans la loi, un délai pour la publication des arrêtés.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 36 modifié.

Article 36 bis (supprimé) : *Rapport visant à présenter l'avancement de la révision des actes hors nomenclature et de leur financement*

La commission maintient la suppression de l'article 36 bis.

Article 37 : *Possibilité, pour les pharmaciens d'officine, de substituer des biosimilaires aux médicaments biologiques de référence*

Amendement AS100 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. L'amendement vise à préciser que l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) est pris après consultation des associations de patients concernées et que cet avis et les critères retenus pour l'inclusion sur la liste sont publiés sur le site internet de l'Agence. Cela permettrait de renforcer la confiance dans notre système de santé, en allant vers une gouvernance partagée.

M. le rapporteur général. L'ANSM implique systématiquement les usagers du système de santé dans ses instances consultatives d'expertise : la transparence que vous souhaitez est donc assurée. Demande de retrait, ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Ce sont pourtant les associations d'usagers qui nous le demandent ! Elles n'ont pas dû encore prendre toute la mesure de la transparence du dispositif...

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS4 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il importe de préciser que la substitution n'est possible que si le patient ne s'y oppose pas.

M. le rapporteur général. Avis défavorable : je pense que l'amendement est satisfait.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS101 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Il serait prudent que les moins de 16 ans ne soient pas, dans un premier temps, concernés par les substitutions de médicaments – quitte à étendre ensuite le champ du dispositif, en fonction des résultats et des évaluations.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Je ne pense pas qu'il faille renforcer dans la loi l'encadrement de la substitution. Il me semble préférable de l'adapter aux classes thérapeutiques, aux pathologies et aux patients concernés, en concertation avec les professionnels de santé et les associations de patients.

M. Thibault Bazin. Les enfants sont justement une population spécifique, particulièrement fragile, et je ne suis pas sûr qu'ils soient les premiers à qui il faille appliquer la substitution, surtout dans le cas de certaines hormones. Les biosimilaires sont censés pallier les risques de pénurie, et je ne suis pas sûr qu'il y en ait un en l'espèce. Il vaudrait mieux jouer la sécurité.

M. le rapporteur général. D'abord, il n'est nulle part dit qu'on commencera par les enfants. Ensuite, le recours aux biosimilaires n'est pas qu'un mode de gestion de la pénurie. Enfin, il se fera en concertation avec les patients et les professionnels de santé – et, dans le cas de la pédiatrie, on est toujours extrêmement précautionneux. Mais si tout le monde était d'accord, il serait absurde de s'en empêcher par la loi.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS103 de M. Jean-Pierre Door.

M. Thibault Bazin. Il s'agit de préciser que les modalités d'application du mécanisme de substitution seront fixées par décret en Conseil d'État. Afin de garantir la lisibilité et la transparence du dispositif pour l'ensemble des acteurs concernés – patients, prescripteurs, pharmaciens d'officine, entreprises productrices de médicaments biosimilaires – il convient notamment que soient clairement définis les critères pris en considération pour l'inscription de molécules sur la liste des groupes biologiques similaires, ainsi que pour leur éventuelle radiation. C'est d'autant plus important que cette liste fait l'objet de débats.

M. le rapporteur général. Certes, il y a des débats, mais on avance et une telle disposition risquerait de rigidifier le dispositif et de retarder son entrée en vigueur – bref, d'être contre-productive. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 37 non modifié.

Article 38 : *Prise en compte d'un critère de sécurité d'approvisionnement dans la tarification des produits de santé*

Amendement AS226 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je vous propose précisément de supprimer le recours à un décret en Conseil d'État, ajouté par le Sénat, car cela risque de retarder l'entrée en vigueur de la mesure.

M. Thibault Bazin. Le Conseil d'État est le premier conseiller du Gouvernement. Il n'est pas là pour ralentir les choses : son intervention permet de sécuriser et d'améliorer l'effectivité des mesures. Ne confondons pas vitesse et précipitation !

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS231 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer une autre disposition ajoutée par le Sénat et qui prévoit que le prix des médicaments tient systématiquement compte de considérations de politique industrielle. Au-delà du fait que cette notion est imprécise et risque d'être source d'insécurité juridique, il doit revenir au Comité économique des produits de santé (CEPS) de déterminer au cas par cas s'il est ou non pertinent de prendre en considération tel ou tel élément de la politique industrielle dans le prix du médicament. De plus, le dernier accord-cadre signé entre le CEPS et les entreprises du médicament prévoit déjà d'intégrer dans le prix les investissements réalisés dans l'outil de production.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS42 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Je propose que la délocalisation de la production d'une industrie pharmaceutique puisse être utilisée comme critère pour baisser le prix du médicament concerné, en miroir de ce qui se fait déjà, puisque l'implantation sur le territoire national induit un effet favorable sur le prix pour l'industriel. Une telle mesure contribuerait à sécuriser notre approvisionnement en médicaments essentiels.

M. le rapporteur général. Nous en avons déjà discuté en première lecture. Il me semble que votre demande est satisfaite : dès lors que l'intérêt d'une politique industrielle peut influencer à la hausse sur le prix, tout changement dans ce domaine peut, mécaniquement, jouer dans l'autre sens. Je vous demande de retirer l'amendement, car nous sommes parvenus dans cet article à un équilibre que je souhaite préserver. La mesure que vous proposez pourrait susciter de la défiance chez certains d'industriels et se révéler en définitive contre-productive.

M. Jean-Louis Touraine. C'est précisément l'objectif : dissuader les industriels qui produisent des médicaments essentiels de quitter le territoire national ! Le prix du médicament en France est beaucoup moins suivi qu'en Allemagne, en Espagne ou dans d'autres pays européens : une fois qu'il est fixé, il faut des événements très inhabituels pour qu'il soit révisé. Si l'on n'indique pas que le fait de délocaliser la production d'un médicament essentiel fera courir à l'industriel le risque d'une révision à la baisse de son prix de vente en France, je crains que l'on ne voie se poursuivre le phénomène en cours depuis quelques décennies, à savoir l'externalisation de l'immense majorité de la production pharmaceutique. Le résultat, c'est que notre production de médicaments d'un intérêt thérapeutique majeur ne nous permet plus de subvenir à nos besoins. Il est urgent d'y remédier. C'est d'ailleurs la conclusion du rapport d'information sur les médicaments qu'Audrey Dufeu, Pierre Dharréville et moi-même avons remis : il faut entretenir avec les industriels une relation de confiance quand ils sont vertueux, et les pénaliser quand ils ne le sont pas.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS232 et AS229 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Pour des raisons déjà exposées, le premier amendement tend à supprimer le recours à un décret en Conseil d'État et le second à revenir sur un ajout du Sénat.

La commission adopte successivement les amendements.

Puis elle adopte l'article 38 modifié.

Article 38 bis A (nouveau) : *Encadrement des déclarations de prix faites au Comité économique des produits de santé*

Amendement de suppression AS233 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Cet article ne va pas dans le sens de la transparence car il limite les informations que doivent transmettre les exploitants ou fournisseurs de dispositifs médicaux au CEPS. Je propose donc de le supprimer.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 38 bis A est supprimé.

CHAPITRE IV

RENFORCER L'ACCÈS AUX SOINS ET LES ACTIONS DE PRÉVENTION EN SANTÉ

Article 40 : *Autorisation des orthoptistes à réaliser certains actes en accès direct*

Amendement AS5 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Je vous propose une série d'amendements de précision en vue d'améliorer la rédaction de l'article 40. En l'occurrence, il s'agit de faire mention du protocole organisationnel, modèle de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes. Cela permettrait d'en renforcer la visibilité et de faciliter sa reconnaissance par les deux professions.

M. le rapporteur général. Nous avons beaucoup avancé en matière de coopération entre professionnels de santé depuis le début de la législature, notamment grâce à la loi de 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé et à la « loi Rist » visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification. Les protocoles de coopération sont déjà définis dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Il ne me paraît pas opportun d'en faire mention dans la loi.

Demande de retrait ou avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS119 de M. Cyril Isaac-Sibille.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il s'agit d'une mesure que j'ai déjà proposée et qui m'est particulièrement chère.

Chacun sait que l'accès territorial aux soins est devenu un enjeu majeur. Il faut beaucoup de temps avant d'obtenir un rendez-vous chez un ophtalmologiste et l'on est parfois amené à faire plusieurs dizaines de kilomètres pour consulter. L'article 40 est intéressant, parce qu'il permet d'améliorer la filière en permettant un accès direct aux orthoptistes. Le problème, c'est qu'aujourd'hui ceux-ci soit sont salariés des ophtalmologistes, au sein du même cabinet, soit installés en libéral, mais souvent à proximité des ophtalmologistes. En l'état, l'article aura donc surtout pour effet de réduire les délais pour obtenir un rendez-vous. La mesure que je propose assurerait un meilleur accès territorial, en permettant un accès direct aux seuls orthoptistes qui exercent dans les zones sous-denses, sans avoir à faire 50 ou 80 kilomètres pour aller voir l'ophtalmologiste.

M. le rapporteur général. Nous en avons déjà discuté, et nous constatons tous dans nos territoires des difficultés croissantes d'accès aux soins. Nous nous efforçons d'y remédier, sachant que c'est le fruit d'une incurie qui a duré des décennies et que cinq ans n'y suffiront pas.

Votre amendement soulève plusieurs difficultés. Il rendrait le dispositif moins lisible pour les patients, puisque l'accès aux soins serait différent suivant l'endroit où l'on habite, ainsi que pour les professionnels, puisque leurs compétences seraient reconnues différemment suivant leur lieu d'installation, alors qu'ils ont la même formation. Cela aboutirait inévitablement à une prise en charge à deux vitesses. J'y suis totalement opposé.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Il ne s'agit pas d'instaurer une prise en charge à deux vitesses ! Jusqu'à présent, l'inégalité dans l'accès aux soins était financière. Désormais, elle est aussi territoriale. Si l'on autorise les orthoptistes qui sont dans les villes à réaliser certains actes en accès direct, cela n'améliorera pas les choses ailleurs. L'existence de zones denses et sous-denses en matière médicale et paramédicale est officiellement reconnue et définie. Ce que je dis, c'est que si l'on veut vraiment améliorer l'accès territorial aux soins, il faut favoriser l'accès direct dans les zones sous-denses : dans les zones denses, il y a moins de difficultés. Cet amendement est vraiment essentiel.

M. le rapporteur général. Les zones denses et sous-denses sont des notions statistiques. En réalité, les zones denses sont simplement des zones moins sous-denses ! Que l'on habite à la campagne ou à la ville, y compris dans de grandes métropoles, l'accès aux soins est de plus en plus difficile.

M. Cyrille Isaac-Sibille. Certes, mais reconnaissez qu'il existe des zones blanches pour les ophtalmologistes et orthoptistes. Il serait utile que tous nos concitoyens puissent bénéficier d'un accès de proximité à la prescription de lunettes.

La commission rejette l'amendement.

Puis, suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements AS6 et AS7 de M. Thibault Bazin.

Amendement AS9 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. En général, on porte des lentilles après avoir porté des lunettes : sauf cas particulier, il ne s'agit pas d'un équipement de première intention, ni d'un besoin de correction urgent. C'est pourquoi le présent amendement vise à préciser que les orthoptistes ne peuvent pas prescrire des lentilles de contact à leurs patients.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

M. Didier Martin. Je ne veux pas rouvrir le débat que nous avons eu en première lecture, mais tous ces amendements sont loin d'être de simple précision. C'est une question de fond : faut-il un examen par un ophtalmologiste avant toute prescription de verres correcteurs ? C'est mon avis, partagé par d'autres. Ce serait une sécurité, y compris pour l'orthoptiste, qui, s'il passe à côté d'une pathologie, pourrait en subir les conséquences.

M. le rapporteur général. Je crois que, sur le sujet, nous sommes arrivés à une position d'équilibre. Nul doute que le décret d'application insistera sur la nécessité pour le bilan orthoptique de dépister d'éventuelles contre-indications au port de lentilles, et une consultation avec un ophtalmologiste par la suite est prévue.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS8 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Il s'agit de corriger une erreur de rédaction : les ophtalmologistes réalisent des « examens oculaires », dont les formes peuvent varier, et non des « bilans visuels », expression absente de la nomenclature et du référentiel de formation.

M. le rapporteur général. Par définition, un médecin procède à un examen médical. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de le préciser dans la loi.

Un orthoptiste réalise donc un examen orthoptique. D'ailleurs, le bilan orthoptique est défini dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Il y a donc bien une différence entre l'examen médical réalisé par l'ophtalmologiste et l'examen orthoptique. Nul besoin d'entrer plus avant dans les détails sémantiques.

Demande de retrait, ou avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Monsieur le rapporteur général, vous abondez dans mon sens : il faut bien parler d'« examen », comme vous le faites, et non de « bilan ».

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 40 non modifié.

Article 41 bis A (nouveau) : *Conventionnement des médecins conditionné à un exercice, pendant six mois, en zone sous-dense*

Amendements de suppression AS236 de M. Thomas Mesnier et AS102 de M. Jean-Pierre Door.

M. le rapporteur général. J'ai été assez surpris que la majorité sénatoriale introduise cette disposition qui conditionne le conventionnement des médecins à un exercice pendant six mois en zone sous-dense. Une telle mesure risquerait de favoriser un exercice non conventionné qui nuirait aux patients, tout en n'incitant pas les jeunes médecins à s'installer en libéral. J'espère que ma proposition de suppression de cet article sera très largement suivie.

M. Thibault Bazin. Il est en effet urgent de revaloriser la pratique libérale et la médecine générale, ainsi que d'inciter les jeunes à s'installer et à se conventionner. Seulement 8 % des jeunes médecins s'installent : cela doit nous faire réfléchir et il ne faudrait pas qu'ils soient de moins en moins nombreux à le faire. D'autant qu'avec 30 % de postes vacants à l'hôpital, on court le risque que demain personne ne s'installe ou ne se conventionne. C'est la raison pour laquelle je soutiens ces amendements.

La commission adopte les amendements et l'article 41 bis A est supprimé.

En conséquence, l'amendement AS161 de M. Joël Aviragnet tombe.

Article 41 bis (supprimé) : *Régulation des centres de santé*

Amendement AS92 de Mme Fadila Khattabi.

Mme la présidente Fadila Khattabi L'amendement vise à rétablir l'article 41 bis, que le Sénat a supprimé. Les mesures prévues, issues d'un amendement adopté en première lecture par l'Assemblée nationale, sont essentielles pour assurer la sécurité sanitaire de nos concitoyens face aux dérives de certains centres de santé. Elles vont aussi permettre de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, en renforçant les moyens de contrôle pour lutter plus efficacement contre les pratiques frauduleuses – comme les surfacturations. Ce dispositif s'inscrit dans une démarche de promotion de la qualité, avec l'instauration d'un agrément préalable par le directeur général de l'ARS.

M. Thibault Bazin. Je vous remercie d'avoir conduit ce combat, qui nous est commun – j'ai déposé l'amendement AS10 qui suit, très similaire. Nous ne pouvons pas continuer de tolérer ces abus. Le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), M. Thomas Fatome, nous a indiqué qu'il avait saisi la justice pénale du cas d'une douzaine de centres de santé. On ne peut pas supprimer l'article au prétexte qu'il n'aurait pas de lien avec le PLFSS, car le coût de ces fraudes pour l'assurance maladie est avéré.

Ces graves dérives concernent les centres de santé dentaire et ophtalmique, avec des témoignages poignants des victimes, mais on les observe aussi dans le domaine de l'imagerie médicale, où l'on s'aperçoit que les actes réalisés ne sont pas toujours pertinents ni de qualité. Il est donc urgent d'intervenir.

La rédaction retenue par l'Assemblée en première lecture va dans le bon sens, et elle constitue une source d'économies potentielles pour l'assurance maladie. En outre, ces centres ne s'installent pas dans les territoires manquant de professionnels de santé.

M. le rapporteur général. Avis favorable à cet amendement, qui rétablit le texte de l'Assemblée nationale tout en apportant une modification rédactionnelle à l'alinéa 10 – il convient de parler des contrats de travail des « chirurgiens-dentistes » et non des « médecins ».

M. Thibault Bazin. Cette précision rédactionnelle ne risque-t-elle pas de limiter le champ de la mesure aux chirurgiens-dentistes, alors que les dérives concernent aussi des médecins et d'autres professionnels ?

M. le rapporteur général. Il s'agit d'une modification de cohérence, puisqu'elle s'applique à la partie de l'article qui traite des seuls centres de santé dentaire.

Mme la présidente Fadila Khattabi. Cette précision a été suggérée par le président de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes. Vous le voyez, monsieur Bazin, nous sommes à l'écoute des acteurs de terrain.

La commission adopte l'amendement et l'article 41 bis est ainsi rédigé.

En conséquence, l'amendement AS10 de M. Thibault Bazin tombe.

Article 41 ter : *Moyens de sanction à l'encontre de gestionnaires de centres de santé*

Amendement AS11 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Dans son rapport annuel sur les charges et les produits pour 2022, l'assurance maladie a appelé l'attention sur des pratiques de facturation anormales, avec suspicion de fraudes, d'abus de cotation, voire d'actes non pertinents, dans certains centres de santé. Cet amendement propose de rendre obligatoire la remise aux patients d'une facture pour les actes effectués. Cela pourrait avoir un effet préventif et permettre de mieux caractériser la fraude, si elle existe. C'est un pas supplémentaire, qui complète l'amendement que nous venons d'adopter.

M. le rapporteur général. L'édition d'une facture n'est pas nécessaire dans un contexte de dématérialisation des documents administratifs. En effet, le patient peut déjà vérifier sur son compte ameli la facturation des actes effectués et ainsi alerter sa caisse primaire, le cas échéant.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de prévoir cette mesure dans la loi. Rien n'empêche l'accord national entre l'assurance maladie et les centres de santé de la prévoir.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS12 de M. Thibault Bazin.

M. Thibault Bazin. Afin de mieux encadrer la pratique des centres de santé et de permettre aux patients de s'y retrouver parmi les intervenants, cet amendement propose de rendre obligatoire une signalétique indiquant le nom et le titre professionnel des intervenants dans les centres de santé.

Ces centres sont très visibles, mais aucune plaque de médecin n'y figure. Cela conduit à s'interroger. Vous allez sans doute objecter encore une fois que la mesure proposée serait une contrainte administrative supplémentaire et que les patients peuvent s'informer sur internet, mais je pense qu'elle va dans le bon sens.

M. le rapporteur général. Vous semblez lire dans mes pensées : cela ne relève pas du domaine de la loi, mais de celui du règlement ou bien de l'accord entre l'assurance maladie et les centres de santé. Avis défavorable.

M. Thibault Bazin. J'espère que lors de la discussion en séance le Gouvernement pourra préciser s'il a l'intention de prendre des dispositions réglementaires sur ce point.

M. Didier Martin. Les professionnels concernés ont-ils envie que leur nom apparaisse de cette façon-là ? Je ne souhaite pas me prononcer à leur place...

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 41 ter non modifié.

Article 41 quinquies : *Expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes*

Amendement AS245 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Cet amendement vise, tout d'abord, à rétablir le périmètre de l'expérimentation de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes tel qu'adopté par l'Assemblée nationale, soit six départements. Le Sénat a limité ce périmètre à une seule région, ce qui ne permettrait pas d'avoir une vision suffisamment représentative et d'évaluer au mieux l'opportunité de généraliser l'expérimentation à l'ensemble du territoire. Quant à l'inclusion d'un département ultramarin, cela peut être prévu par la voie réglementaire – ce que le Gouvernement s'est engagé à faire lors de la discussion au Sénat.

Ensuite, l'amendement prévoit de recourir à un décret simple, pour accélérer la mise en œuvre de l'expérimentation.

Enfin, comme dans la rédaction du Sénat, il prévoit que les avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Académie nationale de médecine sont réputés avoir été rendus s'ils n'ont pas été reçus par le Gouvernement dans un délai de trois mois à compter de la notification du projet de décret. L'objectif est de ne pas retarder l'expérimentation.

Mme Stéphanie Rist. Il est nécessaire de mettre très rapidement en place ces expérimentations et leur évaluation, en vue d'une généralisation. Compte tenu des difficultés d'accès aux soins, particulièrement dans la région Centre-Val de Loire, il faut accélérer le recours à des accès directs et à des coopérations avec délégation de tâches.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 41 quinquies est **ainsi rédigé**.*

*En conséquence, l'amendement AS180 de Mme Stéphanie Rist **tombe**.*

Article 41 sexies : Expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes

Amendement AS246 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. L'amendement procède aux mêmes modifications que pour l'article précédent en ce qui concerne le périmètre de l'expérimentation de l'accès direct aux orthophonistes, son extension outre-mer par voie réglementaire, le recours à un décret simple et les délais d'avis de la HAS et de l'Académie nationale de médecine.

Ces derniers avis ne sont au demeurant pas exclusifs et je suis certain que le Gouvernement procèdera à une large consultation des professions concernées.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 41 sexies est **ainsi rédigé**.*

*En conséquence, l'amendement AS181 de Mme Stéphanie Rist **tombe**.*

Article 41 septies (supprimé) : Mise à disposition de l'accès gratuit au « guide du bon usage des examens d'imagerie médicale »

Amendement AS182 de Mme Stéphanie Rist.

Mme Stéphanie Rist. L'amendement vise à rétablir l'article 41 septies, supprimé par le Sénat. Cela permettra d'expérimenter la mise à disposition de l'accès gratuit au guide du bon usage des examens d'imagerie médicale au sein de l'espace numérique des médecins généralistes.

M. le rapporteur général. Avis favorable, même si je souhaiterais que l'on avance d'emblée de manière plus large.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 41 septies est **ainsi rétabli**.*

Article 41 octies : *Expérimentation de la primo-prescription par les infirmiers exerçant en pratique avancée pour des prescriptions médicales obligatoires*

Amendements identiques AS243 de M. Thomas Mesnier et AS183 de Mme Sereine Mauborgne.

M. le rapporteur général. L'amendement vise à rétablir le périmètre de l'expérimentation tel qu'il a été adopté par l'Assemblée nationale en première lecture.

Mme Stéphanie Rist. La rédaction de l'Assemblée nationale, à laquelle l'amendement AS183 propose de revenir, autorise une expérimentation dans trois régions pour ouvrir la primo-prescription aux infirmiers exerçant en pratique avancée pour des prescriptions médicales obligatoires. Il est très important d'avancer dans cette voie.

*La commission **adopte** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 41 octies **modifié**.*

Article 42 : *Généralisation d'expérimentations en santé*

*La commission **adopte** l'article 42 **non modifié**.*

Article 42 bis A (nouveau) : *Extension de dérogations facilitant la dispensation de traitements chroniques par les pharmaciens*

*La commission **adopte** l'article 42 bis A **non modifié**.*

Article 42 bis B (nouveau) : *Financement forfaitaire de la radiothérapie*

Amendement de suppression AS225 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Comme nos collègues sénateurs, je souhaite que les travaux relatifs au financement forfaitaire de la radiothérapie débouchent sur un résultat le plus vite possible. Toutefois, l'adoption de cet article pourrait perturber les travaux en cours, qui devraient aboutir d'ici à 2023.

Par ailleurs, il fait référence à l'article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, qui a été abrogé.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 42 bis B est **supprimé**.*

Article 42 bis : *Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire de prestations d'accompagnement psychologique*

Amendement AS227 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. L'amendement supprime une disposition ajoutée par le Sénat, qui prévoit la sélection des psychologues par les directeurs généraux des ARS.

Cette sélection sera effectuée à partir de critères définis avec les représentants de la profession relatifs au parcours, aux diplômes et à l'expérience professionnelle des psychologues. Afin d'aller vite, mais aussi de définir une doctrine partagée et d'être prudents dans un premier temps en ce qui concerne ce dispositif très novateur, cette expertise doit d'abord être réalisée au niveau national, sous la responsabilité directe du ministère des solidarités et de la santé, puis déléguée aux ARS dans un second temps seulement.

Le Sénat va donc trop vite.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS228 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. L'amendement supprime une disposition introduite par le Sénat, qui prévoit la participation obligatoire des psychologues inclus dans le dispositif de l'article 42 *bis* au projet territorial de santé mentale.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS230 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Cet amendement supprime une disposition introduite par le Sénat, qui prévoit que les médecins du travail peuvent solliciter la prise en charge des prestations d'assistance psychologique pour leurs patients. Le rôle du médecin traitant doit rester central dans ce dispositif, et plus généralement dans l'organisation du parcours de soins.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS165 de Mme Chantal Jourdan.

M. Boris Vallaud. Les éléments dont nous disposons étant insuffisants, nous proposons que le Gouvernement remette au Parlement un rapport évaluant les divers dispositifs de remboursement des consultations psychologiques depuis 2017. Cet état des lieux constituera une base claire pour proposer un dispositif adapté, en accord avec la profession.

La prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'accompagnement psychologique est conditionnée à une première évaluation par un médecin, qui adresse ensuite le patient à un psychologue. Cette forme de prescription est un déni des compétences des psychologues, tout à fait capables de conduire un premier bilan psychique.

Par ailleurs, cette obligation fait complètement abstraction des problèmes de démographie médicale, dont on vient de parler et qui sont de plus en plus prononcés. Cela revient à poser des obstacles à l'accès d'un certain nombre de personnes à un accompagnement psychique, dont nous savons pourtant à quel point il est important.

La prédétermination de la durée et du nombre de séances pose de sérieux problèmes pratiques. Une durée de séance limitée à 30 minutes avec un forfait de dix séances, par exemple, est incompatible avec le bon fonctionnement de l'accompagnement psychothérapeutique.

Telles sont les raisons pour lesquelles nous demandons ce rapport, afin de revoir la copie du Gouvernement.

M. le rapporteur général. L'alinéa 18 de cet article prévoit déjà la remise d'un rapport s'appuyant sur des données robustes. Le délai que vous proposez – six mois après la promulgation de la loi – est beaucoup trop court. Demande de retrait.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 42 bis modifié.

Article 42 ter A (nouveau) : *Précision relative au parcours post-cancer*

Amendement de suppression AS247 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Je propose de supprimer cet article introduit par le Sénat, visant à préciser l'articulation entre le parcours post-cancer et le protocole de soins en affection de longue durée (ALD).

Je partage l'intention de nos collègues sénateurs. Toutefois, le parcours de soins global après le traitement d'un cancer étant prescrit par le médecin, celui-ci dispose d'ores et déjà du protocole de soins en ALD. Il peut donc le prendre en compte, en fonction des besoins du patient.

Faisons confiance aux médecins généralistes. Ne complexifions pas davantage les tâches administratives des médecins en ajoutant une couche de normes supplémentaires – ils n'ont pas besoin de cela.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 42 ter A est supprimé.

Article 42 quater (supprimé) : *Expérimentation d'un financement du transport bariatrique*

Amendements identiques AS118 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS184 de M. Thierry Michels, amendements AS175 de M. Thierry Michels et AS112 de Mme Isabelle Valentin (discussion commune).

M. Cyrille Isaac-Sibille. L'amendement vise à rétablir l'expérimentation d'une prise en charge des transports bariatriques, supprimée par le Sénat.

M. Thierry Michels. Un grand nombre de députés du groupe La République en Marche s'étaient prononcés en faveur de cette expérimentation, car il s'agit de permettre à des concitoyens en grande difficulté de bénéficier de solutions de transport adaptées, qui conditionnent leur accès aux soins.

M. le rapporteur général. Cet amendement était à l'origine un amendement d'appel, qui a été adopté de manière fortuite lors de la discussion en première lecture à l'Assemblée nationale.

La prise en charge du transport bariatrique ne doit pas faire l'objet d'une expérimentation, mais bien de travaux menés au niveau national et de chaque ARS. Le lancement d'expérimentations régionales ne ferait que retarder ce processus et il faudrait ensuite attendre leur évaluation pour avancer. Il y a aussi une question d'égalité de traitement.

D'où la nécessité d'actionner deux leviers à l'échelon national : celui de l'offre, en estimant les besoins en véhicules spécialisés, et celui du financement, pour compenser les éventuels surcoûts. La CNAM et les transporteurs sanitaires doivent encore progresser en ce qui concerne la définition précise du transport bariatrique, mais surtout affiner la connaissance de l'offre et des financements existants. Les négociations conventionnelles menées à partir de ces données pourront ensuite aboutir.

Demande de retrait, à défaut maintien de l'avis défavorable.

M. Thibault Bazin. Je soutiens d'autant plus cet amendement qu'il a été présenté à de nombreuses reprises par Gérard Cherpion ces dernières années.

Je suis très intéressé par le dispositif, mais la rédaction de l'exposé sommaire de l'amendement AS184 me surprend. Son rédacteur devrait consulter un orthoptiste, car il souffre d'une sorte de strabisme divergent. Il a dû oublier que d'autres députés que ceux du groupe La République en Marche se sont mobilisés pour l'adoption de cet amendement. S'agissant d'un sujet qui rassemble par-delà les affiliations à des groupes politiques, il aurait été bien de le mentionner et de ne pas faire preuve d'amnésie.

M. Thierry Michels. Vous avez raison, c'est un sujet qui nous rassemble.

Monsieur le rapporteur général, cette expérimentation ne doit pas être vue comme un obstacle à un travail plus général. Au contraire, elle peut fournir des informations complémentaires permettant de dessiner un schéma d'ensemble. L'un n'exclut pas l'autre et il est important d'avancer.

M. Boris Vallaud. Cela fait quatre ans que le même amendement est proposé, avec à chaque fois la même réponse. Or il ne s'est rien passé depuis. Débutons donc une expérimentation et continuons à travailler.

*La commission **adopte** les amendements AS118 et AS184 et l'article 42 quater est **ainsi rétabli**.*

*En conséquence, l'amendement AS175 **tombe**.*

Article 42 quinquies (supprimé) : *Rapport évaluant la mise en œuvre de soins après le traitement d'un cancer*

Amendement AS185 de Mme Audrey Dufeu.

Mme Stéphanie Rist. En première lecture, notre collègue Audrey Dufeu avait présenté un amendement salué sur tous les bancs, qui prévoyait la remise d'un rapport étudiant le remboursement par la sécurité sociale des traitements favorisant le retour à une vie sexuelle normale des femmes à la suite d'un cancer. Il s'agit d'une question importante pour les femmes concernées. Le groupe La République en Marche estime que ce sujet ne doit pas rester tabou et propose donc le rétablissement de cet article supprimé par le Sénat.

M. le rapporteur général. Nous demandons beaucoup trop de rapports – et nous ne recevons d'ailleurs que la moitié de ceux qui ont été sollicités. Nous devrions aborder cette question au travers d'auditions menées au sein de cette commission, notamment en entendant les représentants de la HAS.

Avis défavorable.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 42 quinquies est **ainsi rétabli**.*

Article 43 : *Prolongation de l'expérimentation halte soins addictions*

Amendement AS237 de M. Thomas Mesnier.

M. le rapporteur général. Il s'agit de rétablir la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale en première lecture.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 43 **modifié**.*

Article 43 bis (nouveau) : *Extension du périmètre d'intervention du fonds de lutte contre les addictions*

Amendement de suppression AS188 de M. Jean-Louis Touraine.

M. Jean-Louis Touraine. Cet article introduit par le Sénat augmente le périmètre des missions du fonds de lutte contre les addictions, mais sans lui fournir de moyens complémentaires.

L'objectif de santé publique est louable, voire essentiel. Mais ce fonds n'est doté que d'une centaine de millions d'euros par an et a déjà de multiples missions, notamment de lutte contre l'addiction aux stupéfiants, au tabac et à l'alcool. Nous

lui avons également confié celle d'assurer l'émergence de la première génération sans tabac à l'horizon 2030.

À moyens constants, son activité sera diluée et son efficacité affectée. Or les deux premières causes de mortalité évitable en France sont dans l'ordre l'addiction au tabac et celle à l'alcool. Si l'on diminue l'effort de prévention en la matière, les effets sur la santé publique seront très néfastes.

Voilà pourquoi je propose de supprimer l'ajout opéré par le Sénat, avec l'idée de trouver des moyens complémentaires qui permettront alors de lutter contre d'autres addictions.

M. le rapporteur général. À titre personnel, je suis favorable à ce que nous puissions financer la lutte contre d'autres addictions que celles aux substances psychoactives. L'addiction aux écrans ou aux jeux a aussi des conséquences sur la santé somatique ou psychique. Je soutiens donc la démarche du Sénat.

Toutefois, vous soulevez le point important de la dilution de l'action du fonds faute de moyens, et nous devons être vigilants. Je vous propose de retirer l'amendement et que nous ayons un débat avec le Gouvernement sur cette question lors de l'examen en séance.

L'amendement est retiré.

La commission adopte l'article 43 bis non modifié.

Article 44 : *Extension de la prise en charge de la contraception aux assurées jusqu'à 25 ans*

Amendement AS186 de M. Raphaël Gérard.

Mme Annie Vidal. Lors de la première lecture à l'Assemblée nationale, notre collègue Raphaël Gérard avait présenté un amendement prévoyant la remise d'un rapport sur les moyens de promouvoir et prendre en charge la contraception masculine. Ce rapport a été supprimé par le Sénat. Le groupe La République en Marche estime qu'il s'agit d'un sujet de premier plan en matière d'égalité hommes-femmes et propose donc de rétablir cette disposition.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 44 modifié.

Article 44 ter (supprimé) : *Campagnes d'information afin de promouvoir, de communiquer et d'informer sur les compétences des sages-femmes*

Amendement AS187 de Mme Aurore Bergé.

Mme Stéphanie Rist. Le présent amendement vise à rétablir cet article, introduit par l'Assemblée nationale en première lecture et visant à mener des

campagnes d'information de l'assurance maladie pour promouvoir, communiquer et informer sur les compétences des sages-femmes.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement et l'article 44 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 44 quater (supprimé) : *Première consultation d'une patiente dans le cadre d'une demande de stérilisation auprès d'une sage-femme*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 44 quater.*

Article 45 : *Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire*

Amendement AS238 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. L'amendement tend à rétablir la rédaction votée en première lecture à l'Assemblée nationale.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS167 de M. Joël Aviragnet

M. Boris Vallaud. Nous demandons la remise au Parlement d'un rapport d'évaluation sur les dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 relatives au non-recours et sur la faisabilité d'une automatisation du versement des allocations sociales, notamment compte tenu de sa complexité technique.

M. le rapporteur général. Je l'ai dit en première lecture, nous pourrions nous saisir du sujet dans le cadre de notre commission ou du Printemps social de l'évaluation au lieu de demander un énième rapport au Gouvernement. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 45 **modifié**.*

Article 45 bis A (nouveau) : *Extension de l'âge de rattachement des étudiants ayants droit au régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle*

*La commission **adopte** l'article 45 bis A **non modifié**.*

M. Thierry Michels. Nous venons d'adopter l'extension aux ayants droit de moins de 24 ans du bénéfice du régime local de sécurité sociale d'Alsace-Moselle, qui ne concernait jusqu'à présent que les jeunes de moins de 20 ans. 4 millions d'euros sont mis sur la table pour le permettre ; il s'agit d'une belle prise en charge sans surcoût pour les intéressés et d'une belle avancée pour les départements concernés du Grand Est – la collectivité européenne d'Alsace et la Moselle.

Je remercie le Gouvernement, notamment Brigitte Klinkert, très active à ce sujet et qui a proposé cette extension au Sénat. Avec mes collègues de la majorité alsacienne – Bruno Studer, Vincent Thiébaud, Bruno Fuchs, Sylvain Wasserman et

Antoine Herth –, nous avons tenté de faire adopter la mesure dès la première lecture, mais notre amendement avait été jugé financièrement irrecevable.

Je salue donc le vote du Sénat et le travail de sa majorité comme des oppositions. L'amendement avait également été déposé par les sénateurs du Grand Est des groupes Les Républicains et Socialiste, Écologiste et Républicain. Saluons aussi le travail de nos collègues Patricia Schillinger et Ludovic Haye et de l'ensemble du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants du Sénat, qui avait également déposé l'amendement – celui-ci n'émanait donc pas seulement d'Alsaciens.

Avoir su dépasser nos clivages pour une meilleure sécurité sociale, pour ne pas dire une « grande sécurité sociale » : cela méritait d'être relevé.

Article 45 bis (supprimé) : *Services numériques pour l'application du tiers payant intégral au panier 100 % santé*

La commission maintient la suppression de l'article 45 bis.

Article 45 ter : *Information systématique des bénéficiaires du revenu de solidarité active de la possibilité d'effectuer l'examen de prévention en santé*

La commission adopte l'article 45 ter non modifié.

Article 45 quater : *Prise en charge des frais de santé des pensionnés établis à l'étranger*

Amendement AS258 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. L'amendement tend à rétablir la rédaction issue de l'Assemblée nationale, moyennant quelques ajustements rédactionnels.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 45 quater modifié.

CHAPITRE V

SIMPLIFIER ET MODERNISER LE SERVICE PUBLIC DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 46 : *Adaptation et prolongation du dispositif de prise en charge exceptionnelle par l'assurance maladie en cas de risque sanitaire grave*

Amendement AS244 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. L'amendement rétablit au 31 décembre 2022, conformément au vote de l'Assemblée nationale, la date jusqu'à laquelle les mesures dérogatoires prises par décret en 2021 sur le fondement du dispositif de prise en charge exceptionnelle pourront être prolongées.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 46 **modifié**.*

Article 46 bis (supprimé) : *Possibilité pour l'Agence nationale de santé publique de céder des biens à titre gratuit*

Amendement AS39 de Mme Michèle de Vaucouleurs

Mme Michèle de Vaucouleurs. Il s'agit de réintroduire une disposition adoptée en première lecture mais supprimée par le Sénat, pour autoriser Santé publique France à céder à titre gratuit, avant leur péremption, des biens à des établissements qui en auraient besoin. C'est une mesure de bonne gestion.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement et l'article 46 bis est **ainsi rétabli**.*

Article 46 ter (supprimé) : *Information des patients et transmission de données personnelles aux professionnels de santé par les organismes de sécurité sociale*

Amendement AS239 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. Je propose de rétablir cet article que j'avais fait adopter en première lecture et qui permet de nouvelles exploitations et transmissions des données de l'assurance maladie.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 46 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 47 : *Modernisation de la délivrance des prestations en espèces pour tenir compte des enseignements de la crise sanitaire*

*La commission **adopte** l'article 47 **non modifié**.*

Article 48 : *Simplification et modernisation des prestations en espèces pour les non-salariés agricoles*

*La commission **adopte** l'article 48 **non modifié**.*

Article 48 bis : *Échanges de données entre les organismes de sécurité sociale, Pôle emploi et les administrations de l'État*

*La commission **adopte** l'article 48 bis **non modifié**.*

Article 49 : *Généralisation du recours à l'intermédiation financière des pensions alimentaires*

*La commission **adopte** l'article 49 **non modifié**.*

Article 49 ter : *Modalités de revalorisation et de versement de la prestation d'aide à la restauration scolaire*

*La commission **adopte** l'article 49 ter **non modifié**.*

Article 50 : *Amélioration de l'indemnisation des victimes professionnelles de pesticides.*

*La commission **adopte** l'article 50 **non modifié**.*

Article 50 bis : *Complémentaire santé et possibilité d'affiliation au régime général pour les travailleurs des plateformes*

Amendement AS240 de M. Paul Christophe

M. le rapporteur général. Nous proposons que soient rétablies les dispositions relatives aux garanties collectives de protection sociale complémentaire adoptées à l'Assemblée en première lecture.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 50 bis **modifié**.*

Article 50 ter (supprimé) : *Demande de rapport sur l'amélioration de la couverture accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs des plateformes*

Amendement AS241 de M. Paul Christophe

M. le rapporteur général. Nous proposons de rétablir la demande au Gouvernement d'un rapport sur la couverture accidents du travail et maladies professionnelles des travailleurs des plateformes.

*La commission **adopte** l'amendement et l'article 50 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 52 bis : *Aide sociale aux artistes-auteurs*

Amendement AS218 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. L'amendement tend à rétablir la rédaction de l'article que j'avais proposée par amendement et qui avait été votée par l'Assemblée en première lecture. En effet, la rédaction retenue par le Sénat risque de créer une confusion entre la procédure destinée aux artistes-auteurs qui connaissent des difficultés économiques et le cas de ceux qui n'ont pas pu verser leurs cotisations aux caisses concernées.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 52 bis **modifié**.*

Article 53 : *Extension de la retraite progressive aux salariés en convention de forfait en jours et aux mandataires sociaux*

Amendement AS168 de M. Boris Vallaud

M. Boris Vallaud. L'amendement vise à supprimer l'alinéa 2, qui, sous couvert d'améliorer les règles de cumul d'une pension d'invalidité avec des revenus, peut en fait induire une restriction en la matière.

L'alinéa propose en effet d'ajouter, dans l'appréciation des revenus pris en compte, les revenus de remplacement aux revenus d'activité. Or cette notion couvre un champ bien plus large que celui de la rémunération : il en résultera une restriction des possibilités de cumul entre pensions d'invalidité et des revenus qui ne sont pas tirés d'une activité professionnelle réelle, par exemple les allocations chômage ou les indemnités journalières versées à la suite d'une reprise d'activité.

Pour apprécier les revenus pris en compte, la jurisprudence écartait jusqu'ici les revenus de remplacement dès lors qu'ils ne procédaient pas d'une reprise d'activité effective.

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Les règles de cumul applicables aux pensions d'invalidité ont été précisées par le Gouvernement au Sénat : la notion de rémunération a été remplacée par celle de revenus d'activité et de remplacement, notamment pour inclure les allocations chômage ou les indemnités journalières versées à la suite d'une reprise d'activité.

Vous le savez, un décret est en cours d'examen au Conseil d'État. Le Gouvernement sera plus à même de vous répondre précisément. Je vous propose donc de retirer votre amendement et de le redéposer en vue de la séance pour avoir un échange avec le ministre.

À défaut, avis défavorable.

M. Boris Vallaud. Ma confiance dans le Gouvernement étant limitée, je maintiens mon amendement et je le redéposerai si besoin.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 53 non modifié.

TITRE II
**DOTATIONS ET DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES
CONCOURANT AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE**

Article 54 : *Dotations au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé, aux agences régionales de santé et à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux*

Amendement AS251 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. Je propose de supprimer les dispositions insérées par le Sénat et arrêtant le principe de la fixation par la loi du montant des dotations de la sécurité sociale à l'ensemble des fonds et organismes qu'elle subventionne, sur le modèle des dotations accordées aux agences en loi de finances.

Comme je l'ai dit à mon homologue du Sénat, je suis attaché au caractère évaluatif de la loi de financement de la sécurité sociale, qui est son essence même et la principale différence qui la distingue de la loi de finances.

En revanche, j'ai pris bonne note de la demande sénatoriale d'une meilleure information du Parlement, et j'espère que nous pourrons progresser dans le cadre de ma proposition de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale afin d'être plus clairs et plus complets à propos du financement de ces agences.

La commission adopte l'amendement.

Puis elle adopte l'article 54 modifié.

Article 54 bis (supprimé) : *Rapport sur le Fonds d'intervention régional*

Amendement AS37 de M. Cyrille Isaac-Sibille

M. Cyrille Isaac-Sibille. Je tiens à ce que notre assemblée soit informée. À cette fin, je propose que nous demandions un rapport sur le versement du Fonds d'intervention régional (FIR) comme nous l'avons précédemment fait à propos du financement des hôpitaux. Cette disposition, adoptée en première lecture, a bizarrement été supprimée par le Sénat, qui semble ne pas vouloir être informé... Nous persistons, nous, à souhaiter l'être. Voilà pourquoi je suggère de rétablir cet article.

La commission adopte l'amendement et l'article 54 bis est ainsi rétabli.

Article 56 bis : *Suspension de l'obligation de proposer des mesures de redressement en cas de risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2022*

Amendement AS250 de M. Thomas Mesnier

M. le rapporteur général. Je ne souhaite pas que la réflexion relative à l'information du Parlement sur l'évolution de l'ONDAM soit limitée à un cas très ponctuel et à la seule année 2022.

La commission adopte l'amendement.

Amendement AS170 de M. Boris Vallaud

M. Boris Vallaud. Il s'agit de procéder à une concertation associant acteurs de ville et établissements au sujet des objectifs et de leur mise en œuvre dans le cadre de la construction d'un ONDAM stratégique.

Le Ségur de la santé a conclu à la nécessité de revoir en profondeur la place, la régulation, les objectifs et les responsabilités de chacun dans le cadre de l'ONDAM. Le ministre des solidarités et de la santé a adressé à cette fin une lettre de mission au Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Il est déjà proposé d'associer dans un cadre commun de discussion stratégique l'ensemble des acteurs de ville et les représentants des établissements de santé. Ce cadre pourrait être le comité économique de l'hospitalisation publique et privée, ou le HCAAM lui-même. L'objet de cette discussion associant l'ensemble des acteurs de la santé serait de réfléchir aux priorités médicales de l'ONDAM en s'appuyant sur des données épidémiologiques et démographiques.

On connaît les limites de l'ONDAM, progressivement devenu un outil de pilotage de finances publiques et non plus de santé publique. Il est urgent de le réformer.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette l'amendement.

Amendement AS169 de M. Boris Vallaud

M. Boris Vallaud. J'insiste en demandant la remise au Parlement d'un rapport d'information destiné à améliorer la grille de lecture des dépenses d'assurance maladie que propose l'ONDAM. L'ONDAM que nous votons ne dit rien de l'offre de soins, du niveau d'investissement dans les hôpitaux ni de la charge par personnel soignant : il est devenu un outil paradoxalement aveugle à la question sanitaire.

M. le rapporteur général. Le HCAAM a publié un premier rapport qui souligne plusieurs conditions de faisabilité ; il doit en rendre un second à la fin de l'année afin d'approfondir les questions laissées en suspens. Cela permettra de répondre à une grande partie de vos interrogations.

Avis défavorable.

La commission rejette l'amendement.

Puis elle adopte l'article 56 bis modifié.

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

Amendements AS41 de M. Thibault Bazin et AS242 de M. Paul Christophe (discussion commune)

M. Thibault Bazin. Le versement annuel à la charge de la branche AT-MP et au profit de la branche maladie, invalidité, décès du régime général de sécurité sociale, destiné à tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des accidents et affections non pris en charge, fait l'objet d'une sous-déclaration dont nous avons déjà débattu à propos des précédents projets de loi de financement de la sécurité sociale et qui a été mise en évidence par la Cour des comptes. L'avant-dernière évaluation du montant du versement par la commission compétente a abouti à une fourchette allant de 800 millions à 1,5 milliard d'euros, mais l'exercice d'évaluation est difficile.

Nous proposons de fixer ce montant à 800 millions plutôt qu'à 1 milliard.

M. le rapporteur général. Paul Christophe et moi-même préférierions rétablir le montant adopté en première lecture, soit 1,1 milliard d'euros, pour tenir compte de l'actualisation de l'évaluation de la sous-déclaration des AT-MP.

D'une part, ce montant reste en deçà du bas de la fourchette estimée par la commission d'évaluation de la sous-déclaration – 1,2 milliard – et ne semble donc pas surévalué.

D'autre part, malgré le transfert au titre de la sous-déclaration, la branche AT-MP dégage d'importants excédents – pas moins de 1,4 milliard d'euros en 2022. Elle disposera donc bien de marges de manœuvre suffisantes pour réaliser les actions de prévention souhaitées tant par le Sénat que par notre assemblée.

La commission rejette l'amendement AS41.

Elle adopte ensuite l'amendement AS242.

Puis elle adopte l'article 57 modifié.

Article 58 bis (nouveau) : *Mesures de redressement des comptes de la branche vieillesse*

Amendements de suppression AS217 de M. Cyrille Isaac-Sibille et AS171 de M. Boris Vallaud

M. Cyrille Isaac-Sibille, rapporteur. L'article 58 bis, introduit par le Sénat, vise un report progressif de l'âge d'ouverture des droits à la retraite à 64 ans à compter de la génération 1966 et la réunion d'une conférence des financeurs en vue de réformer le système de retraite, des mesures paramétriques portant l'âge de la retraite à 64 ans étant automatiquement prévues en cas d'échec des négociations.

La majorité croit au dialogue social. De toute évidence, une telle réforme mérite une large concertation, qui n'a pas eu lieu avant l'élaboration de cet article. Par ailleurs, le PLFSS ne semble pas être le véhicule législatif le plus approprié pour une réforme aussi importante et profonde.

Si l'on peut partager l'idée qu'une réforme des retraites est nécessaire à moyen terme, les conditions ne semblent pas réunies pour relancer un tel chantier étant donné la situation sanitaire et économique du pays, comme l'a souligné le Président de la République lors de son allocution du 9 novembre. Les partenaires sociaux, réunis par le Gouvernement en septembre dernier, ont rappelé fermement leur opposition à une telle réforme dans le contexte actuel.

M. Boris Vallaud. Nous souhaitons nous aussi la suppression de cet article introduisant des réformes paramétriques destinées à redresser la trajectoire financière de la branche.

M. Thibault Bazin. Les mesures du « quoi qu'il en coûte », que nous avons soutenues lors du premier confinement, entraînent un très gros déficit des régimes de retraite et nous avons besoin d'une réforme paramétrique pour préserver le niveau des pensions.

Rien n'a été prévu en ce sens, car le contexte ne se prête pas à une grande réforme. Mais l'idée d'une large conférence des financeurs en vue de réformer est plutôt bienvenue. Le sujet fera partie de ceux qui seront débattus pendant la campagne présidentielle ; il serait bon que la conférence puisse avoir lieu dans la foulée de l'élection, afin de préserver le pouvoir d'achat de nos retraités. En février 2020, vous étiez favorables à une réforme des retraites, chers collègues de la majorité ! Nous réfléchissons ici en vue non des prochains mois, le contexte n'étant clairement pas propice à une telle réunion, mais de l'année prochaine.

Tout n'est peut-être pas à jeter dans l'article adopté par le Sénat. Une conférence de financement me semble indispensable si l'on veut éviter de réduire à terme le niveau des pensions.

M. le rapporteur. Monsieur Bazin, vous connaissez les préoccupations de nos concitoyens à ce sujet. Imaginons que nous fassions la folie de ne pas supprimer cet article. Comment réagiraient-ils en apprenant que nous avons subrepticement porté à 64 ans l'âge de départ à la retraite à l'occasion du vote du PLFSS ?

Cet article est surréaliste ! La question des retraites demande un débat profond. On sait qu'il existe un problème de financement ; toute la question est de savoir si l'on fait confiance aux partenaires sociaux pour le débrouiller et si l'on associe les Français à la discussion, comme la campagne électorale le permettra. En outre, le problème va bien au-delà de cette question financière. La réforme doit être expliquée à nos concitoyens et acceptée par eux.

M. le rapporteur général. La disposition avait déjà été adoptée au Sénat l'année dernière, et elle ne semblait alors pas si consensuelle de votre côté, monsieur

Bazin. Elle revient ; vous la soutenez. Je suis assez surpris de la méthode consistant à proposer une réforme des retraites par voie d'amendement ; du moins votre camp, dont les candidats à l'élection présidentielle ne parlent aux Français que d'immigration et d'insécurité et courent derrière l'extrême droite, a-t-il des propositions à ce sujet ! Mais il ne s'agit que d'une mesure paramétrique et non de chercher, comme nous le souhaitons, à rendre le système plus juste, lisible et efficace dans le cadre du dialogue social.

M. Thibault Bazin. Je ne demanderai pas au rapporteur général ce qu'il pense du futur candidat à l'élection présidentielle de 2027 qui voudrait la retraite à 67 ans – je parle d'Édouard Philippe, dont il a rejoint le mouvement.

Bien évidemment, il ne faut pas faire la réforme des retraites par voie d'amendement ; si cela va mieux en le disant, je le dis ! Quelle était la raison de l'amendement sénatorial dont est issu l'article ? Il faudrait le demander aux sénateurs.

Mais il y a un problème de responsabilité s'agissant de nos comptes publics et de l'équilibre de notre système de retraite, et le Sénat a cherché, par différents amendements, à rétablir l'équilibre en plusieurs endroits. Soit on est démagogue et on prétend augmenter tout le monde sans dire grâce à quel financement, soit on explique qu'à condition de faire des réformes, des revalorisations seront possibles.

Il y a dans le PLFSS de très belles avancées pour des personnes qui touchent de toutes petites pensions ; je ne le rappellerai pas à votre place. Mais comment les finance-t-on ? Par de la dette ? Alors nous ne serons pas crédibles à long terme, car la dette d'aujourd'hui, ce sont les impôts et les cotisations de demain. On ne peut pas, d'un côté, augmenter les dépenses – ce que vous faites beaucoup cette année – sans, de l'autre, financer ces augmentations.

Sans aller jusqu'à 67 ans comme le propose l'ancien Premier ministre que vous soutenez, il nous faut avoir un vrai débat de fond sur une réforme paramétrique. J'espère que la primaire de la droite en sera l'occasion – encore faut-il que les journalistes choisissent ce thème au lieu d'en rester toujours aux mêmes sujets... Sur les retraites, nous avons des idées, nous avons présenté un projet ; il faut agir avec humanité, en tenant compte de la pénibilité, des carrières longues, de la situation des familles nombreuses – nous avons d'ailleurs réussi à faire évoluer votre propre projet sur ce point, à propos duquel il était très lacunaire. Certes, l'approche doit être beaucoup plus complexe et globale que le vote d'un amendement. Mais il s'agit ici d'un article d'alerte, d'appel. À droite, nous voulons une réforme : discutons-en !

M. le rapporteur général. Je ne voudrais pas laisser M. Bazin faire à ma place des annonces me concernant. Au demeurant, il n'y a aucune annonce à faire à ce jour.

Le système actuel entraîne des inégalités : il est fréquent que les personnes les plus défavorisées et les plus précaires, souvent des femmes ayant eu une carrière hachée, soient déjà obligées de travailler jusqu'à 67 ans pour toucher une retraite complète. C'est sous cet angle qu'il faut analyser les différentes idées défendues dans le débat public.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 58 bis est **supprimé**.*

Article 61 : *Objectifs de dépenses de la branche autonomie*

*La commission **adopte** l'article 61 **non modifié**.*

Article 62 : *Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)*

*La commission **adopte** l'article 62 **non modifié**.*

*Puis elle **adopte** la quatrième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifiée**.*

*Enfin, elle **adopte** l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 **modifié**.*

ANNEXE :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À
L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
4 bis	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	13
11	Code de la sécurité sociale	Intitulé de la section 4 du chapitre III bis du titre III du livre I ^{er} , sous-section 2 de la section 4 du chapitre III bis du titre III du livre I ^{er} [art. L 133- 8-4 à L. 133-8-8 – <i>nouveaux</i>] et sous-section 3 de la section 4 du chapitre III bis du titre III du livre I ^{er} [art. L 133-8-9 et L. 133-8-10 – <i>nouveaux</i>]
11	Code de la sécurité sociale	L. 133-5-6, L. 133-5-12, L. 133-8-3 et L. 531-8-1
11 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 136-6, L. 136-7 et L. 137-41
11 bis A	Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale	15 et 16
11 bis	Livre des procédures fiscales	L. 152
12 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 141-1, L. 145-1, L. 911-2 et L. 911-8
12 bis A	Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les	11

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
	garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques	
12 bis B	Code de la sécurité sociale	L. 862-4
12 bis C	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019	8 [<i>abrogé</i>]
12 bis C	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	16 [<i>abrogé</i>]
12 bis D	Code de la sécurité sociale	L. 241-10
12 bis E	Code de la santé publique	L. 1434-3-1 [<i>nouveau</i>]
12 quater	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
12 quinquies	Code de la sécurité sociale	L. 243-15
13	Code de la sécurité sociale	L. 243-15
13	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	15
13 bis A	Code rural et de la pêche maritime	L. 731-19
13 ter	Code de la sécurité sociale	L. 382-3-2 [<i>nouveau</i>]
13 quater	Code de la sécurité sociale	L. 382-5
14	Code de commerce	Intitulé de la section 2 du chapitre I ^{er} du titre II du livre I ^{er}
14	Code de commerce	L. 121-4 et L. 121-8
14	Code de la sécurité sociale	L. 661-2 [<i>nouveau</i>] et L. 662-1

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
16	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-11, L. 138-13, L. 138-19-8, L. 138-19-9, L. 138-19-10, L. 138-19-12, L. 245-1, L. 245-2, L. 245-4 et L. 245-6
16 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 245-6
16 bis	Code de la santé publique	L. 5423-5
16 quater	Code de la sécurité intérieure	L. 320-12-1 [nouveau]
16 quinquies	Code général des impôts	575
17	Code de la sécurité sociale	L. 131-8
24	Code de la sécurité sociale	Section 11 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [art. L. 162-48 à L. 162-57 – nouveaux]
24	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018	54
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-20-1
25	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	35
25	Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004	33
25	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-4
25	Code de la santé publique	L. 6145-1
25	Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016	78

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
27	Code de la sécurité sociale	L. 162-30-5
27 bis	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-15
27 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-23-15
29	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	48
30	Code de l'action sociale et des familles	Intitulé du chapitre VII du titre IV du livre III
30	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-5, L. 233-1, L. 313-1-3, L. 313-11-1, L. 313-12, L. 314-2-1 [nouveau], L. 314-2-2 [nouveau] et L. 347-1
30	Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement	49 [abrogé]
30 bis A	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021	47
31	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12-4 [nouveau]
32 bis	Code de l'action sociale et des familles	L. 14-10-1 et L. 14-10-8 [rétabli]
32 quater	Code de l'action sociale et des familles	L. 312-8
32 quater	Code de l'action sociale et des familles	L. 543-1

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
32 <i>quinquies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 160-14, L. 161-37, L. 161-41 et L. 165-1
32 <i>sexies</i>	Code de la sécurité sociale	L. 168-9, L. 544-6 et L. 544-8
32 <i>sexies</i>	Code de la sécurité sociale	
32 <i>sexies</i>	Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État	34 et 40 <i>bis</i>
32 <i>sexies</i>	Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale	57 et 60 <i>sexies</i>
32 <i>sexies</i>	Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	41
32 <i>sexies</i>	Code de la défense	L. 4138-7
33	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-23 [nouveau], L. 162-16-5, L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-4, L. 162-16-5-5 [nouveau], L. 162-22-7-3, L. 162-23-4, L. 162-23-6, L. 165-1-1 et L. 165-1-6
34	Code de la sécurité sociale	L. 133-4, L. 162-17-1-2, L. 162-18, L. 162-18-1 [nouveau], L. 162-22-7, L. 165-11 et L. 315-2
34 <i>bis</i>	Code de la santé publique	L. 5211-5-1, L. 5221-6-1 [nouveau], L. 5461-9 et L. 5471-1

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
35	Code de la santé publique	L. 5121-1 et L. 5125-23-2 [rétabli]
35	Code de la sécurité sociale	L. 162-16, L. 162-16-1, L. 162-16-7 et L. 162-22-13
38	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-4 et L. 165-2
38 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 165-2-2
40	Code de la santé publique	L. 4342-1 et L. 4362-10
41 bis A	Code de la santé publique	L. 4131-6-1 [nouveau]
41 ter	Code de la santé publique	L. 6323-1-12
41 ter	Code de la sécurité sociale	L. 162-32, L. 162-32-1, L. 162-32-2, L. 162-32-3 et L. 162-32-4 [nouveau]
42	Code de la santé publique	L. 2112-2-1 [nouveau], L. 6323-1 et L. 6323-3
42	Code de l'éducation	L. 541-1
42 bis A	Code de la santé publique	L. 5125-23-1
42 bis	Code de la sécurité sociale	L. 160-8
42 bis	Code de la sécurité sociale	Section 12 du chapitre II du titre VI du livre I ^{er} [art. L. 162-58 – nouveau]
42 ter A	Code de la santé publique	L. 1415-8
42 ter A	Code de la sécurité sociale	L. 324-1
43	Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé	43

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
43 bis	Code de la sécurité sociale	L. 221-1-4
45	Code de la sécurité sociale	L. 142-3, L. 381-30-1, L. 861-2, L. 861-5, L. 861-11, L. 862-2 et L. 862-7
45	Code de l'organisation judiciaire	L. 211-16
45 bis A	Code de la sécurité sociale	L. 325-1
45 ter	Code de la sécurité sociale	L. 321-3
45 quater	Code de la sécurité sociale	L. 160-3
46	Code de la sécurité sociale	L. 16-10-1
46	Loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 relative à la gestion de la sortie de crise sanitaire	11
48	Code rural et de la pêche maritime	L. 723-11, L. 732-4, L. 732-8, L. 732-9-1 [nouveau], L. 732-10, L. 732-12-1, L. 752-5-2 et L. 752-7
48 bis	Code de la sécurité sociale	L. 114-12
49	Code civil	373-2-2
49	Code pénal	711-1
49 ter	Code de la sécurité sociale	L. 752-8
50	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020	70
52 bis	Code de la sécurité sociale	L. 382-7

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
53	Code de la sécurité sociale	L. 341-12, L. 341-14 [abrogé], L. 341-14-1, L. 351-15, L. 351-16 et L. 634-3-1
54	Code de la santé publique	L. 1111-24, L. 1222-8, L. 1413-12, L. 1418-7, L. 4021-6, L. 5321-2 et L. 6113-10-2
54	Code de la sécurité sociale	L. 161-45
54	Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale	4
54	Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière	116 et 116-2
58 bis	Code de la sécurité sociale	L. 161-17-2, L. 161-17-3 et L. 351-8