



N° 339

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

SEIZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 13 octobre 2022

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES
SUR LE PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2023*
(n° 274)

PAR MME STÉPHANIE RIST

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

MME CAROLINE JANVIER

Rapporteuse pour la branche autonomie, Députée

M. PAUL CHRISTOPHE

Rapporteur pour la branche famille, Député

M. CYRILLE ISAAC-SIBILLE

Rapporteur pour la branche vieillesse, Député

M. THIBAUT BAZIN

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

TOME II
COMMENTAIRE DES ARTICLES
ET ANNEXES

SOMMAIRE

	Pages
COMMENTAIRE DES ARTICLES	7
<i>Article liminaire</i> : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023	7
PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021	15
<i>Article 1^{er}</i> : Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021.....	15
<i>Article 2</i> : Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2021 (annexe A).....	38
DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022	43
<i>Article 3</i> : Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022	43
<i>Article 4</i> : Rectification de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que de ses sous-objectifs	54
TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2022	59
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE	59
<i>Article 5</i> : Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers en matière de services à la personne	59
<i>Article 6</i> : Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants	79
<i>Article 7</i> : Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)	89
<i>Article 8</i> : Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac.....	96
<i>Article 9</i> : Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins.....	117
TITRE II – CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	124
<i>Article 10</i> : Transfert du financement des indemnités journalières maternité post-natales à la branche famille	124
<i>Article 11</i> : Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale.....	130

<i>Articles 12 et 13</i> : Approbation, pour l'année 2023, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse	138
<i>Article 14</i> : Habilitation des régimes de base et des organismes concourant à leur financement à recourir à l'emprunt	148
<i>Article 15</i> : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe B)	155
QUATRIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2023	163
TITRE I^{ER} – DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES	163
Chapitre I ^{er} – Renforcer les actions de prévention en santé	163
<i>Article 16</i> : Protection des populations et des travailleurs face à la covid-19	163
<i>Article 17</i> : Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés	166
<i>Article 18</i> : Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux IST autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans	169
<i>Article 19</i> : Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale	172
<i>Article 20</i> : Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins	174
Chapitre II – Renforcer l'accès aux soins	178
<i>Article 21</i> : Exonération de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers	178
<i>Article 22</i> : Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins	182
<i>Article 23</i> : Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale	188
<i>Article 24</i> : Augmenter l'impact des aides à installation	191
<i>Article 25</i> : Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé	194
Chapitre III – Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins	201
<i>Article 26</i> : Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale	201
<i>Article 27</i> : Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses	207
<i>Article 28</i> : Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire	215
Chapitre IV – Rénover la régulation des dépenses de produits de santé	219
<i>Article 29</i> : Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé	219

<i>Article 30</i> : Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficacité de leur prise en charge	235
<i>Article 31</i> : Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge.....	251
Chapitre V – Renforcer la politique de soutien à l'autonomie	263
<i>Article 32</i> : Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux	263
<i>Article 33</i> : Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile	273
<i>Article 34</i> : Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile.....	282
<i>Article 35</i> : Assurer pour l'habitat inclusif la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée.....	287
Chapitre VI – Moderniser les prestations familiales	295
<i>Article 36</i> : Amélioration du soutien à la garde d'enfants : complément de libre choix de mode de garde (CMG) horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée	295
<i>Article 37</i> : Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant	310
Chapitre VII – Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale	315
<i>Article 38</i> : Accélérer la convergence sociale à Mayotte	315
<i>Article 39</i> : Moderniser la législation de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon	322
<i>Article 40</i> : Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille.....	326
Chapitre VIII – Poursuivre les actions de lutte contre les abus et les fraudes	329
<i>Article 41</i> : Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale	329
<i>Article 42</i> : Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé.....	349
<i>Article 43</i> : Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus	351
<i>Article 44</i> : Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures	354
TITRE II – DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES	357
<i>Article 45</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, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales	357
<i>Article 46</i> : Objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès	360

<i>Article 47</i> : Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2023.....	362
<i>Article 48</i> : Dotation de la branche AT-MP au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et 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.....	367
<i>Article 49</i> : Objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.....	373
<i>Article 50</i> : Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023.....	377
<i>Article 51</i> : Objectifs de dépenses de la branche famille	382
<i>Article 52</i> : Objectifs de dépenses de la branche autonomie.....	385
<i>Article 53</i> : Prévision des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires (Fonds de solidarité vieillesse)	391
ANNEXES	393
ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES	393
ANNEXE N° 2 : TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI	401
ANNEXE N° 3 : LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION	407

COMMENTAIRE DES ARTICLES

Article liminaire

Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2022 et 2023

Adopté par la commission sans modification

L'article liminaire constitue l'une des novations organiques qu'intègre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, en application du nouveau cadre défini par la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

Il présente, pour l'exercice en cours et l'exercice à venir, les prévisions de dépenses, de recettes et de solde pour les administrations de sécurité sociale, ce qui représente un champ plus important que celui qui est traditionnellement applicable aux lois de financement.

Le présent article présente un solde excédentaire de 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) pour 2022 et de 0,8 % du PIB pour 2023.

I. L'ARTICLE LIMINAIRE, OUTIL D'INTÉGRATION DES LOIS DE FINANCEMENT DANS LE CADRE GÉNÉRAL DES FINANCES PUBLIQUES

Le cadre organique général de la programmation des finances publiques tel qu'établi en 2012 ⁽²⁾, prévoyait que les lois de finances de l'année, les lois de finances rectificatives ainsi que les lois de financement rectificatives de la sécurité sociale comprennent un article liminaire « *présentant un tableau de synthèse retraçant, pour l'année sur laquelle elles portent, l'état des prévisions de solde structurel et de solde effectif de l'ensemble des administrations publiques, avec l'indication des calculs permettant d'établir le passage de l'un à l'autre* ».

Cette disposition s'est trouvée à ne s'appliquer qu'une fois dans le champ des lois de financement, en 2014 ⁽³⁾, mais le champ établi présentait la situation pour l'ensemble des administrations publiques (« toutes APU »), mal adapté à l'objet de la loi de financement de la sécurité sociale.

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

(3) Loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014.

Seule dépourvue d'article liminaire, la loi de financement de l'année en a été dotée par la récente loi organique relative aux lois de financement ⁽¹⁾, l'intention étant de remédier à une situation atypique, le législateur organique estimant que l'« absence pour les lois de financement de l'année malgré leur importance dans le pilotage du champ "ROBSS", qui constitue l'essentiel du champ "ASSO", qui lui-même représente 60 % des dépenses publiques globales, [semblait] aujourd'hui pour le moins surprenante » ⁽²⁾.

C'est pourquoi les dispositions suivantes prévoient désormais l'examen d'un article liminaire.

Dispositions relatives à l'intégration d'un article liminaire dans la loi de financement de l'année

Article L.O. 111-3-1 du code de la sécurité sociale

« La loi de financement de la sécurité sociale de l'année comprend un article liminaire et trois parties :

« 1° Une première partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours ;

« 2° Une deuxième partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir ;

« 3° Une troisième partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir. »

Article L.O. 111-3-2 du code de la sécurité sociale

« Dans son article liminaire, la loi de financement de l'année présente, pour l'exercice en cours et pour l'année à venir, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale. »

Concomitante de l'intégration dans les annexes informatives à la loi de financement d'une analyse des comptes des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires et du régime d'assurance-chômage, cet article liminaire témoigne d'une certaine volonté d'étendre le champ d'information des parlementaires au-delà des seules limites que représentent les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS).

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 précitée.

(2) Rapport (n° 4378) fait au nom de la commission spéciale chargée d'examiner la proposition de loi organique relative à la modernisation de la gestion des finances publiques et la proposition de loi portant diverses dispositions relatives au Haut Conseil des finances publiques et à l'information du Parlement sur les finances publiques ainsi que la proposition de loi organique et la proposition de loi relatives aux lois de financement de la sécurité sociale, après engagement de la procédure accélérée, sur la proposition de loi organique et sur la proposition de loi relative aux lois de financement de la sécurité sociale, par M. Thomas Mesnier.

La distinction entre le champ des ROBSS et des ASSO

Périmètre traditionnel des lois de financement de la sécurité sociale, les ROBSS constituent une notion plus institutionnelle que comptable, puisqu'ils comprennent l'ensemble des régimes auxquels les assurés doivent obligatoirement être affiliés pour la couverture des risques sociaux auxquels ils peuvent être confrontés.

La nature de ces régimes exclut donc de leur champ :

- les régimes complémentaires légalement obligatoires, qui régissent principalement la couverture du risque vieillesse en plus des régimes de base ;
- les régimes qui ne sont pas considérés comme intégrés dans le champ de la sécurité sociale, comme le régime d'assurance chômage ;
- les régimes facultatifs de couverture des risques sociaux.

Les régimes obligatoires de base encadrent le champ d'action des lois de financement.

Le champ des « administrations de sécurité sociale » ou « ASSO » constitue, lui, un sous-ensemble du secteur des administrations publiques en comptabilité nationale. Le système européen des comptes (SEC) de 2010 définit le secteur des ASSO comme *« toutes les unités de sécurité sociale, indépendamment du niveau administratif qui gère ou administre les régimes. Si un régime de sécurité sociale ne répond pas aux critères requis pour être qualifié d'unité institutionnelle, il est classé avec son unité mère dans l'un des autres sous-secteurs du secteur des administrations publiques. Si les hôpitaux publics fournissent un service non marchand à la communauté dans son ensemble et s'ils sont contrôlés par des régimes de sécurité sociale, ils sont classés dans le sous-secteur des fonds de sécurité sociale. »*

Ce secteur comprend donc l'ensemble des personnes institutionnelles qui ont pour fonction de verser des prestations sociales dans le cadre de régimes au sein desquels :

- l'ensemble ou une partie de la population sont tenus de participer au régime ou de verser des cotisations en vertu des dispositions légales ou réglementaires ;
- les administrations publiques sont responsables de la gestion de ces personnes pour ce qui concerne la fixation ou l'approbation des cotisations et des prestations.

Ce champ comptable est retenu par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) au moment de l'établissement des comptes de la nation mais aussi par la loi de finances dans le cadre de son propre article liminaire.

Le champ des ASSO est naturellement plus large que celui des ROBSS, même s'il faut ôter de ce champ les systèmes en vertu desquels l'employeur verse lui-même les prestations aux personnes qu'il emploie. Les régimes de retraite obligatoires de l'État entrent bien dans le champ des ROBSS, mais pas dans celui des ASSO. Ce secteur comprend, par ailleurs :

- les régimes complémentaires d'assurance vieillesse et d'assistance maladie ;
- le régime d'assurance chômage ;
- les comptes des établissements de santé ;
- le solde de l'ensemble des « satellites » comme la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) ou le Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

L'intérêt de la présentation de ce nouveau champ dans la loi de financement permet non seulement une intégration dans les catégories comptables utilisées dans les autres lois financières, mais éclaire aussi sous un autre jour la situation financière des régimes de la sécurité sociale et ceux qui lui sont proches.

II. LA DÉLIMITATION DU CHAMP RETENU FAIT APPARAÎTRE UN EXCÉDENT POUR L'ENSEMBLE DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE EN 2022

A. LES EXCÉDENTS DE LA CADES CONTRIBUENT MAJORITAIREMENT À LA SITUATION EXCÉDENTAIRE DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

L'absence de communication des annexes relatives à la situation des régimes de retraite complémentaire et des régimes d'assurance chômage au moment de la rédaction du présent commentaire ne permet malheureusement pas une approche aussi approfondie du présent article liminaire qu'espéré. La documentation annexée au projet de loi de finances, qui présente également les dépenses, les recettes et le solde des ASSO permet toutefois de pallier en partie cette déficience.

Ainsi que le montre l'exposé des motifs du présent article, la prise en compte des comptes de la Cades dans le champ ASSO déforme quelque peu optiquement l'image qu'on peut avoir de la situation des administrations de la sécurité sociale. Les excédents de la caisse sont enregistrés comme les ressources, estimées à 19,9 milliards d'euros pour 2022, contre 1,3 milliard d'euros pour les charges financières nettes, soit un excédent de 18,6 milliards d'euros, qui correspond au montant de la dette amortie.

Cette déformation optique de la situation des comptes étant établie, le présent article fixe le montant du solde pour 2022 à 0,5 % du PIB, soit la différence entre des recettes à hauteur de 27 % du PIB et des dépenses à hauteur de 26,5 % du PIB. Cet excédent tient notamment au rétablissement spectaculaire de la situation économique en 2022, telle qu'elle apparaît dans l'annexe B du présent projet de loi.

ÉVOLUTION DES CONDITIONS MACRO-ÉCONOMIQUES (2019-2022)

(en pourcentages)

Année	2019	2020	2021	2022 (prévision)
PIB en volume	1,8 %	- 7,8 %	6,8 %	2,7 %
Masse salariale du secteur privé*	3,1 %	- 5,7 %	8,9 %	8,6 %
Inflation hors tabac	0,9 %	0,2 %	1,6 %	5,4 %

(*) Le calcul de la masse salariale comprend également les effets de la prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et de la prime de partage de la valeur, sur la base des statistiques des Urssaf, à hauteur de 0,2 point pour 2022.

Source : Annexe B au PLFSS 2023.

Le maintien d'un taux de croissance supérieur aux prévisions moyennes pour 2022, qui évaluaient un effet supérieur de la dégradation de la situation internationale sur la trajectoire de la croissance française, à 2,7 % du PIB, permet à la masse salariale de croître à un rythme comparable à celui de 2021. Traduit en euros par le biais du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances (PLF) pour 2023, le solde des ASSO pour 2022 est positif à hauteur de 12,7 milliards d'euros.

SOLDE, RECETTES ET DÉPENSES DES ASSO POUR 2022 ET 2023

(en milliards d'euros)

	2022	2023
Recettes	713,2	742,6
Dépenses	700,5	721,5
Solde	12,7	21,1

Source : Rapport économique, social et financier annexé au PLF 2023.

Les recettes pour l'ensemble des ASSO poursuivent une trajectoire ascendante poussée notamment par l'augmentation de la masse salariale, à hauteur de 7,2 %, et ce notamment par le biais d'une augmentation des cotisations sociales (+ 6,7 %). Mais le solde positif tient surtout à la progression modérée des dépenses (+ 2,6 %), liée à une amélioration du solde de l'Unédic sous l'effet de la poursuite d'un rythme élevé de créations d'emploi. L'effet inverse de progression des dépenses, liées notamment à l'indexation des prestations de l'assurance vieillesse et des prestations familiales au 1^{er} juillet 2022, ne compense pas entièrement cette diminution du déficit du régime d'assurance chômage.

B. LA SITUATION EXCÉDENTAIRE DES RÉGIMES DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE LÉGALEMENT OBLIGATOIRES ET DU RÉGIME D'ASSURANCE-CHÔMAGE

L'annexe 8, issue du nouveau cadre organique⁽¹⁾, permet d'embrasser rapidement la situation du régime de l'assurance-chômage et des retraites

(1) 8° du L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale.

complémentaires légalement obligatoires. Si ceux-ci, n'étant pas intégrés dans le champ des ROBSS, ne font pas l'objet à proprement parler des lois de financement de la sécurité sociale, les informations financières à leur sujet sont des items dont il est parfaitement légitime qu'ils soient à la disposition des parlementaires, compte tenu des millions de Français qui sont allocataires de l'un ou de l'autre de ces régimes.

1. Les excédents de l'assurance-chômage permettent au régime d'initier une trajectoire de réduction de sa dette

Les mesures exceptionnelles mises en œuvre en 2020 et en 2021 pour garantir l'activité des Français face aux conséquences économiques de la crise sanitaire et des mesures de santé publique qui avaient dû être prises pour y faire face ont naturellement creusé fortement les déficits du régime d'assurance-chômage. Pour rappel, l'activité partielle, dont ont bénéficié près de 8 millions de salariés au plus fort de la crise en avril 2020, est financée pour un tiers d'entre elle, par l'Unédic. En 2021, ces dépenses ont représenté près de 4,3 milliards d'euros, soit près de 10 % de l'ensemble des dépenses de l'Unédic, mais elles ne représenteraient plus que 500 millions d'euros en 2022 ⁽¹⁾. Il convient de compter également parmi ces dépenses exceptionnelles, en 2021 :

– la prolongation des droits à l'allocation chômage pour les demandeurs d'emploi en fin de droit pendant la crise sanitaire, pour un coût de 2 milliards d'euros ;

– la prolongation spécifique des droits des intermittents du spectacle pour un coût de 500 millions d'euros.

La disparition des dispositifs exceptionnels, comme la croissance de l'emploi salarié, à un niveau supérieur de 3,2 % par rapport à son niveau antérieur à la crise sanitaire, contribuent à améliorer sensiblement le solde du régime d'assurance chômage. L'« effet ciseau » positif provient ainsi, en 2022 :

– d'une augmentation des recettes de 3,1 milliards d'euros, soit une augmentation de 7,8 %, liée à la progression de la masse salariale (nombre d'emplois et montant des salaires) ;

– d'une diminution des dépenses, notamment des dépenses d'indemnisation en raison de la forte progression du nombre d'emplois (– 10 milliards d'euros, soit une baisse de 20,3 %), ainsi que sous l'effet de la réforme de l'assurance chômage.

(1) Unédic, « Situation financière de l'assurance-chômage 2021-2023 », 22 octobre 2021.

Le régime d'assurance chômage connaîtrait en 2022 un excédent de trésorerie ⁽¹⁾ de 4,1 milliards d'euros, en augmentation de 13,2 milliards d'euros par rapport à 2021.

Cet excédent serait encore amélioré en 2023, sous l'effet de la progression de la masse salariale sur les recettes de l'assurance-chômage et de la stabilité des dépenses d'indemnisation, à hauteur de 4,5 milliards d'euros.

Ces excédents sur deux exercices consécutifs devraient permettre au régime d'assurance-chômage d'initier une trajectoire de diminution de la dette accumulée au cours de la crise sanitaire, puisque celle-ci est passée de 36,8 milliards d'euros en 2019 à 63,6 milliards d'euros fin 2021. L'effet atténuateur des excédents sur la dette devrait se traduire par une réduction du montant de cette dernière à 59,5 milliards d'euros en 2022, puis 55 milliards d'euros en 2023.

2. La situation excédentaire des régimes de retraite complémentaires légalement obligatoires devrait connaître un fléchissement en 2023

Assurant la couverture du risque « vieillesse » en complément des régimes de base, les régimes de retraite complémentaires légalement obligatoires couvrent la majeure partie de la population, à l'exception des pensionnés auprès des « régimes spéciaux » ⁽²⁾ qui bénéficient déjà de taux de remplacement élevés au regard de leur régime de base.

Parmi ceux-ci, le régime de l'Agirc-Arrco ⁽³⁾, applicable aux salariés et aux cadres du secteur privé, représente plus de 87 % des prestations, et près de 20 millions de cotisants actifs pour plus de 15 millions de pensionnés de droit direct et de droit dérivé.

La situation de l'ensemble des régimes de retraite complémentaires légalement obligatoires est nettement excédentaire en 2022, à hauteur de 8,9 milliards d'euros, porté par l'augmentation des recettes (+ 7,1 % de cotisations), nettement supérieur à celles des dépenses (+ 1,5 %), en dépit, cependant d'une indexation anticipée sur l'inflation au 1^{er} juillet 2022 pour certains régimes (Ircantec, régime complémentaire des travailleurs indépendants), à hauteur de 4 %, sur le modèle du régime général de base. Cette augmentation du montant des pensions prend également en compte la revalorisation des prestations versées par l'Agirc-Arrco à hauteur de 5,1 % à compter de novembre 2022.

En 2023, la situation excédentaire de ces régimes connaîtrait un fléchissement, puisque leur solde ne serait plus positif que de 5,1 milliards d'euros,

(1) La comptabilité de l'Unédic diffère de celle des autres régimes de sécurité sociale, qui sont en droits constatés. La comptabilité en trésorerie recense les encaissements et les décaissements, indépendamment de l'exercice au cours duquel naît la charge ou le produit.

(2) Régimes recensés, à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

(3) Association générale des institutions de retraite des cadres et association des régimes de retraite complémentaire.

en raison des effets de l'indexation des prestations sur l'inflation, dans un contexte de réduction de l'augmentation de la masse salariale, à hauteur de 5 %.

III. UN RALENTISSEMENT DE LA CROISSANCE DES EXCÉDENTS EN 2023

Bien que l'année 2023 se traduise par un excédent plus important encore qu'en 2022, à hauteur de 21,1 milliards d'euros, les recettes des ASSO ne progresseraient plus qu'à un rythme de 4,1 %, en ligne avec la croissance prévue de la masse salariale (+ 4,5 %), alors que les dépenses poursuivraient un rythme plus élevé qu'en 2022 (+ 3 %), sous l'effet notamment de l'inflation sur le rythme d'évolution du montant des prestations.

*

* *

**PREMIÈRE PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2021**

Article 1^{er}

Approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2021

Adopté par la commission avec modifications

L'article 1^{er} du projet de loi de financement pour 2023 vise à approuver les comptes, pour l'année 2021, des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) ainsi que ceux des organismes qui concourent au financement de ces régimes, mais aussi le montant des recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l'amortissement de leur dette. Il vise également à approuver le montant définitif des dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Cet article obligatoire est inscrit dans la première partie des lois de financement qui prendra la forme, à compter de l'année 2023, d'une loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS), en application de la loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale ⁽¹⁾. Aussi cet article portant approbation des comptes de l'exercice passé intégré aux lois de financement de l'année est-il le dernier.

L'exercice 2021 lui-même est marqué du sceau de la reprise économique et de la diminution rapide du déficit des ROBSS, qui demeure à un niveau historiquement élevé.

I. L'APPROBATION DES COMPTES DE L'EXERCICE N-1 : UNE DISPOSITION TRADITIONNELLE SENSIBLEMENT MODIFIÉE PAR LA RÉVISION DU CADRE ORGANIQUE DES LOIS DE FINANCEMENT

A. L'APPROBATION DES COMPTES DE L'EXERCICE ANTÉRIEUR À L'ANNÉE DE PRÉSENTATION DES LOIS DE FINANCEMENT CONSTITUE UNE OBLIGATION ORGANIQUE

En 2005, le législateur organique a souhaité conférer aux lois de financement une organisation permettant d'examiner des dispositions financières sur trois exercices différents. À ce titre, l'article L.O. 111-3 dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur du nouveau cadre organique prévoit que, dans une première partie comprenant les dispositions relatives au dernier exercice clos, les lois de financement approuvent :

– les tableaux d'équilibre par branche des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, du régime général et des organismes concourant au financement de ces régimes, soit le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice clos ;

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

– les dépenses relevant de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie (Ondam) pour ce même exercice ;

– les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l’amortissement de leur dette. Ces organismes sont respectivement le Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et la Caisse d’amortissement de la dette sociale (Cades).

Cette première partie permet de respecter, dans le cadre des lois de financement, le principe selon lequel « *les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière* », en application de l’article 47-2 de la Constitution.

B. LE CADRE ORGANIQUE PRÉVOIT DÉSORMAIS UN CYCLE BUDGÉTAIRE ANNUEL

La loi organique du 14 mars 2022 précitée modifie, à compter de 2023, la structuration des lois de financement de la sécurité sociale, de telle sorte que la première partie est supprimée des lois de financement de l’année. Elle constituera désormais un texte autonome : les lois d’approbation des comptes de la sécurité sociale (LACSS).

Inspirée du modèle ancien du règlement du budget de l’État, la LACSS a vocation à être examinée au printemps sur le modèle du calendrier établi par la loi organique relative aux lois de finances ⁽¹⁾. Instituée comme une loi de financement de la sécurité sociale au regard de l’article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la LACSS comprendra l’équivalent du présent article, soit une approbation :

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

– des « *montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base et aux organismes concourant au financement de ces régimes et les montants correspondant à l’amortissement de leur dette* ».

(1) Loi organique n° 2001-692 du 1 août 2001 relative aux lois de finances. S’agissant du calendrier d’examen budgétaire, il est à noter que le législateur organique, dans le cadre de la loi organique n° 2021-1836 du 28 décembre 2021 relative à la modernisation de la gestion des finances publiques, a modifié le calendrier d’examen de ce qu’il convient désormais d’appeler les projets de loi relative aux résultats de la gestion et portant approbation des comptes de l’année. Celui-ci, à compter du 1^{er} mai 2023, sera déposée au plus tard le 1^{er} mai de l’année suivant celle de l’exécution du budget auquel il se rapporte.

Seule est soustraite au champ de la clôture des comptes l'approbation des comptes du régime général. Bien que ce régime, qui embrasse désormais les salariés et les travailleurs indépendants, représente la majorité des cotisants et des assurés, le champ d'application des lois de financement demeure celui des ROBSS. La présentation des comptes d'un régime particulier, fût-il le plus important numériquement, ne conservait pas beaucoup de pertinence alors même que l'intégration des travailleurs indépendants en son sein par la loi de financement pour 2018 ⁽¹⁾ a montré que les frontières de ces régimes étaient suffisamment mouvantes pour interdire un véritable suivi dans le temps, y compris au moment de l'examen des comptes.

Cette nouvelle loi, déposée par le Gouvernement sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 1^{er} juin de l'année qui suit l'exercice dont elle porte approbation des comptes, a vocation à encourager la représentation nationale à consacrer du temps à l'exécution des lois de financement. Bien que le contenu de la loi elle-même ne porte pas sur les précédentes mesures des lois de financement, les documents qui lui seront annexés permettront aux parlementaires, dans un temps moins restreint que celui de l'examen des lois de financement de l'année, d'examiner tant la situation des comptes que l'impact des précédentes lois de financement sur ceux-ci. Les annexes à la LACSS comprendront ainsi notamment :

– les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale (REPS), portant chacun sur une branche de la sécurité sociale et visant, dans une logique d'objectifs et de moyens, à faire part de la satisfaction des objectifs fixés à chacune des branches au cours des trois années précédentes. Les objectifs et les moyens décrits dans ces rapports découlent naturellement en grande partie des conventions d'objectif et de gestion (COG), établies pour une durée de cinq ans entre l'État et chacune des caisses de sécurité sociale. Ces rapports, déjà annexés aux lois de financement de l'année, présenteront en outre, s'agissant de la branche vieillesse, « *l'évolution de la soutenabilité financière de l'ensemble des régimes de retraite de base et complémentaires légalement obligatoires* » ⁽²⁾, ce qui fournira à la représentation nationale des informations utiles sur l'ensemble du système de retraite, en complément des rapports annuels du Conseil d'orientation des retraites (COR) ;

– des rapports relatifs à l'exécution des mesures adoptées en lois de financement du dernier exercice clos et aux mesures prises par le Gouvernement pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos ;

– des rapports relatifs aux comptes définitifs des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base, à l'amortissement de leur dette et à la mise en réserve de recettes à leur profit, ainsi que des organismes financés par

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

(2) Article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

des régimes obligatoires de base, en détaillant, le cas échéant, le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie affectée à ces organismes ;

– une présentation, proche de celle des tableaux d'équilibre actuels, de l'état des recettes, des dépenses et du solde du régime d'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires pour le dernier exercice clos. Bien que n'appartenant pas au champ des ROBSS qui constitue l'unité de délibération et de vote des lois de financement, ces régimes représentent des masses financières et ont un impact tel sur plusieurs millions d'assurés qu'il est apparu naturel au législateur organique que le Parlement soit informé de leur évolution.

La rapporteure générale souhaite, pour la législature qui s'ouvre, que l'examen de la prochaine LACSS se fasse à la suite d'un moment consacré, à son initiative ainsi qu'à celle de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS), qui prenait la forme, au cours de la XV^e législature d'un « printemps social de l'évaluation ». Le travail préalable des membres de la commission des affaires sociales permettrait ainsi de nourrir les débats dans l'hémicycle non pas seulement autour de l'approbation des comptes – exercice qui, aussi fondamental qu'il soit pour le respect des exigences constitutionnelles qui s'attachent aux lois de financement, n'a que rarement induit des débats parlementaires prolongés sur l'actuelle première partie des lois de financement – mais aussi sur la bonne application des mesures votées au cours des précédents exercices et l'évaluation de leurs effets budgétaires et sociaux.

II. UN EXERCICE 2021 QUI TÉMOIGNE D'UN REDRESSEMENT RAPIDE, BIEN QU'INCOMPLET, DES COMPTES DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE

A. UNE APPRÉCIATION DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES, DES RECETTES ET DU SOLDE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Dans l'esprit de la réforme organique, l'appréciation de la situation des comptes de l'exercice 2021 par rapport aux prévisions des précédents exercices se fera à l'échelle de l'ensemble des régimes obligatoires. La rapporteure générale placera donc l'essentiel de son analyse à cette focale.

La loi organique du 14 mars 2022 relative aux lois de financement ⁽¹⁾ prévoit toutefois que la présente loi, afin de clore les comptes de l'exercice 2021, comporte les mêmes éléments que les lois précédentes, et notamment les tableaux d'équilibre du régime général. Ce tableau ne figure pas dans le projet de loi déposé par le Gouvernement. Or, il peut s'attacher une fragilité constitutionnelle à l'absence d'un élément cité parmi les dispositions obligatoirement prévues dans une loi de financement par les dispositions organiques. C'est pourquoi la rapporteure générale s'attachera à intégrer par amendement, en commission, le tableau d'équilibre par branche du régime général pour l'exercice 2021 au présent article.

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 précitée.

B. UNE ÉVOLUTION DIFFÉRENTIELLE MARQUÉE ENTRE LES DIFFÉRENTES BRANCHES DES RÉGIMES DE BASE

L'évolution des comptes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale en 2021 fait apparaître, au regard de l'exercice précédent qui s'était traduit par un déficit historique, un redressement certes rapide, mais qui n'empêche pas ces régimes de faire face à un déficit majeur.

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

(en milliards d'euros)

	Résultats 2020 (LFSS 2022)			Résultats 2021 (PLFSS 2023)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,8	240,2	- 30,5	209,4	235,4	- 26,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,5	13,6	- 0,1	15,1	13,9	1,3
Vieillesse	241,2	246,1	- 4,9	249,4	250,5	- 1,1
Famille	48,2	50	- 1,8	32,8	32,6	0,3
Autonomie*	NA	NA	NA	32,8	32,6	0,3
Total**	499,3	536,6	- 37,3	544,2	567	- 22,7
Total incluant le FSV*	497,2	537	- 39,7	543	567,3	- 24,3

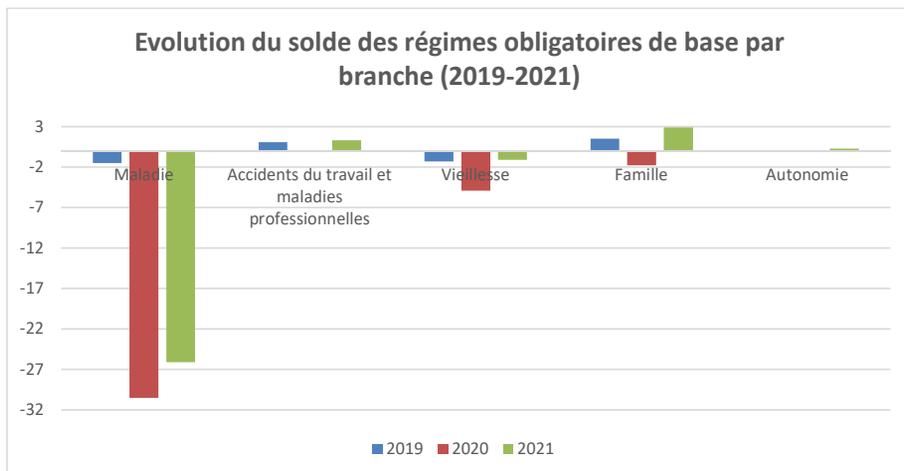
(*) La création de la branche autonomie dans le cadre de la LFSS 2021 ne permet pas d'établir une comparaison avec l'exercice 2021, sauf à reproduire *pro forma* les comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

(**) Hors transferts entre branches.

Sources : LFSS 2022 et PLFSS 2023.

Le redressement des comptes sociaux après l'année 2020 s'est traduit par une diminution du déficit de 39,7 milliards d'euros à 24,3 milliards d'euros, soit une amélioration inédite de 15,4 milliards d'euros en un an. Cette amélioration ne s'est toutefois pas traduite de la même manière pour toutes les branches, elle était plus spectaculaire pour les branches maladie et vieillesse qui avaient été les plus touchées en 2020 par l'effet ciseau entre baisse des recettes et maintien, voire augmentation des dépenses en ce qui concerne l'assurance maladie.

Cette disparité dans les comptes des différentes branches fait apparaître une nette distinction entre les branches dont le solde, pour 2021, demeure négatif, voire fortement négatif (vieillesse et maladie), et celles qui sont excédentaires (accidents du travail et maladies professionnelles, autonomie et famille).



Source : commission des affaires sociales, à partir des données issues de l'annexe B au présent projet de loi.

S'agissant de la branche maladie, tout d'abord, hors effet de périmètre lié à la création de la branche autonomie ⁽¹⁾, le redressement des comptes entre 2020 et 2021 tient notamment à une augmentation des produits de 13,7 % entre 2020 et 2021 tandis que les charges n'ont augmenté que de 9,7 % sous l'effet des dépenses exceptionnelles relatives au covid-19 (voir *infra* sur les écarts de projection) mais aussi des mesures pérennes du Ségur de la Santé (24,7 milliards pour ces deux ensembles).

Après un déficit fortement creusé en 2020 (- 3,7 milliards d'euros), la branche vieillesse a retrouvé en 2021 une situation financière plus favorable qu'en 2019 avec un déficit de 1,1 milliard d'euros. Le ralentissement de l'augmentation du montant des prestations, lié à la fin de la revalorisation exceptionnelle du minimum vieillesse, s'est conjugué avec une augmentation des recettes comparable à celle des autres branches pour retrouver une situation proche de l'équilibre.

La branche accidents du travail-maladies professionnelles dégage un excédent à hauteur de 1,3 milliard d'euros. Bien que les dépenses aient été tirées par l'augmentation du nombre d'accidents du travail et de dépenses dans le champ de l'Ondam, les produits de la branche ont augmenté de 12,8 %, en raison notamment d'une augmentation rapide du produit des cotisations sociales. La branche bénéficie également des plans d'apurement mis en place pendant la crise, diminuant les risques provisionnés pour non-recouvrement.

La branche famille retrouve une position excédentaire marquée à hauteur de 2,9 milliards d'euros en 2021, en raison d'une faible augmentation des prestations

(1) La loi de financement pour 2021 a adapté la distribution des recettes et des dépenses par branche afin d'intégrer dans les trajectoires financières des ROBSS la branche autonomie, créée dans le cadre de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie. Le transfert de l'objectif global de dépenses pour l'autonomie à cette nouvelle branche a naturellement des effets majeurs sur les comptes de la branche maladie, à la fois en recettes et en dépenses. L'analyse proposée ici se place à périmètre constant et non à périmètre courant, afin d'apprécier les différences entre les trois dernières LFSS sur le même champ.

légales ⁽¹⁾, malgré le retour à une situation normale des services de la petite enfance entraînant une augmentation du montant des prestations versées au titre de l'accueil du jeune enfant (PAJE). À l'inverse, les recettes ont crû de 10,5 % à périmètre constant.

La branche autonomie enfin, dont l'exercice 2021 est la première occasion de déterminer le tableau d'équilibre, est en excédent de 0,3 milliard d'euros pour 2021. L'appréciation de l'évolution des dépenses et des recettes de la branche est rendue complexe du fait de nombreux effets de périmètre. Les dépenses ont ainsi fortement augmenté du fait de l'intégration dans les compétences de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de la prise en charge financière de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH). Le transfert de cette prestation, auparavant financée par la branche famille, s'est accompagnée d'un transfert de recettes équivalent. L'exercice 2021 constituera néanmoins un point de référence utile pour une branche dont les comptes sont déjà excédentaires.

C. UN REDRESSEMENT DONT L'AMPLEUR N'AVAIT PAS ÉTÉ ANTICIPÉE

Le redressement rapide des comptes présenté ci-dessus a entraîné une révision progressive à la hausse des hypothèses sur lesquelles se fondaient les précédentes lois de financement.

(1) Cette faible revalorisation tient notamment au contrecoup comptable de l'augmentation exceptionnelle de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) en 2020

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, DE DÉPENSES ET DE SOLDES, PAR BRANCHE, DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE POUR L'EXERCICE 2021

Comparaison entre les lois de financement pour 2021, 2022 et 2023

(en milliards d'euros)

	Catégorie	LFSS 2021	LFSS 2022	LFSS 2023
Maladie	Recettes	195,5	203,9	209,4
	Dépenses	219,1	233,6	235,4
	Solde	-23,7	-29,7	-26,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	Recettes	14,4	14,7	15,1
	Dépenses	14,1	13,9	13,9
	Solde	0,3	0,8	1,3
Vieillesse	Recettes	242,9	247,2	249,4
	Dépenses	251,9	250,4	250,5
	Solde	-9	-3,3	-1,1
Famille	Recettes	49,6	50,8	51,8
	Dépenses	49,3	49,4	48,9
	Solde	0,3	1,4	2,9
Autonomie	Recettes	31,2	32	32,8
	Dépenses	31,6	32,4	32,6
	Solde	-0,4	-0,5	0,3
L'ensemble des branches*	Recettes	519,5	534,2	544,2
	Dépenses	552	565,5	567
	Solde	-32,5	-31,2	-22,7
L'ensemble des branches ainsi que le FSV	Recettes	517,5	532,1	543
	Dépenses	552,4	565,8	567,3
	Solde	-34,9	-33,7	-24,3

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Source : commission des affaires sociales.

Le redressement spectaculaire des comptes qui se traduit, à l'échelle des ROBSS et du FSV, par une réduction du déficit de 15,4 milliards d'euros, tient principalement à une augmentation spectaculaire des recettes de la sécurité sociale dans un contexte d'augmentation contenue des dépenses.

1. La hausse des recettes constitue le principal facteur explicatif de redressement des comptes

L'augmentation du montant des recettes pour l'exercice 2021 au regard de ce qui avait été anticipé a conduit à une réévaluation sensible pour l'ensemble des branches à la fois entre la prévision inscrite en LFSS 2021 et la rectification en LFSS 2022, mais aussi entre cette même rectification et la clôture des comptes inscrite au 1^o du présent article.

ÉVOLUTION ENTRE LA PRÉVISION, LA RECTIFICATION ET L'EXÉCUTION EN LFSS DES RECETTES PAR BRANCHE DES ROBSS POUR L'EXERCICE 2021

(en milliards d'euros)

Recettes par branche	Prévision en LFSS 2021	Rectification en LFSS 2022	Écart entre la prévision et la rectification	Exécution en LFSS 2023	Écart entre la rectification et l'exécution	Écart entre la prévision et l'exécution
Maladie	195,5	203,9	4%	209,4	3%	7%
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,4	14,7	2%	15,1	3%	5%
Vieillesse	242,9	247,2	2%	249,4	1%	3%
Famille	49,6	50,8	2%	51,8	2%	4%
Autonomie	31,2	32	3%	32,8	2%	5%
Ensemble des branches*	519,5	534,2	3%	544,2	2%	5%
L'ensemble des branches ainsi que le FSV	517,5	532,1	3%	543	2%	5%

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Source : commission des affaires sociales.

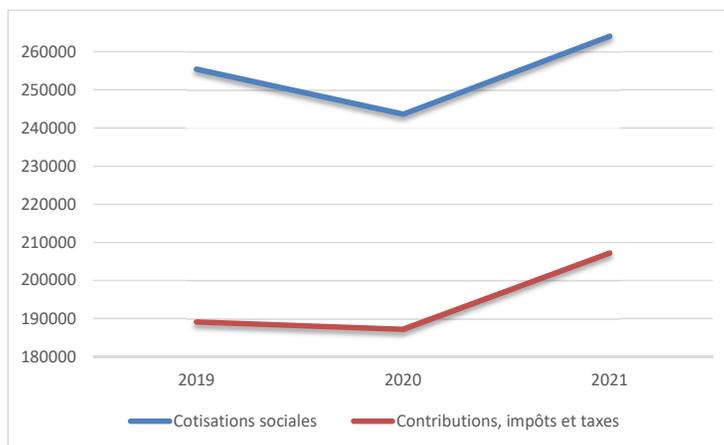
Le tableau ci-dessus n'appelle que peu de remarques au regard de l'homogénéité de l'augmentation du montant des recettes finalement collectées par les ROBSS au titre de l'exercice 2021, puisque cette tendance est relativement homogène entre les différentes branches. Elle est néanmoins plus forte concernant la branche maladie, dont les produits ont finalement augmenté de 13,7 % entre 2020 et 2021, si on neutralise l'effet de la création de la branche autonomie. Cela s'explique notamment par la part majeure que représentent les ressources assises sur les revenus d'activité parmi les recettes de la Cnam (122,5 milliards d'euros pour 2021).

Cette hausse de l'ensemble des recettes tient naturellement des mesures prises au début de la crise sanitaire, à compter de mars 2020, pour maintenir l'activité. Les mesures d'activité partielle, le report du paiement des cotisations pour

les travailleurs indépendants et les employeurs exerçant dans les secteurs particulièrement touchés par les mesures de restriction sanitaire, les exonérations de cotisation pour ces mêmes secteurs, notamment dans le cadre de la troisième loi de finances rectificative pour 2020 ⁽¹⁾, ont été autant de facteurs atténuant le montant des recettes sociales pour cet exercice.

La diminution progressive du taux de l'indemnité d'activité partielle ⁽²⁾ comme la fin des régimes d'exonération de cotisations sociales ⁽³⁾ ont conduit mécaniquement à un rebond de la masse salariale du secteur privé à hauteur de 8,9 %. Les ressources des ROBSS étant issues, pour 65 % d'entre elles, de cotisations sociales et d'impositions pesant avant tout sur l'activité, elles ont progressé à un rythme de 8 %, légèrement inférieur à celui de la masse salariale.

ÉVOLUTION DES RECETTES DES ROBSS ENTRE 2019 ET 2021



Source : commission des affaires sociales à partir des données du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022.

Mis à part l'effet des régularisations des cotisations dues par les travailleurs indépendants qui ont fait l'objet d'un report, dont l'appréciation est, selon la Cour des Comptes, entachée d'erreurs ne lui permettant pas de certifier les comptes du réseau de recouvrement pour 2021 (voir *infra*), les évolutions des principales recettes sont relativement similaires puisque :

- le produit de la CSG a augmenté de 10,1 % ;
- le produit des impôts et taxes affectés (TVA, forfait social, taxe sur les salaires...) a augmenté de 9 % ;
- le produit des cotisations sociales a augmenté de 8,4 %.

(1) Article 65 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative pour 2020.

(2) Décret n° 2021-671 du 28 mai 2021 modifiant le décret n° 2020-1316 du 30 octobre 2020 relatif à l'activité partielle et au dispositif d'activité partielle spécifique en cas de réduction d'activité durable.

(3) Article 9 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021.

Le rétablissement rapide de l'activité économique a ainsi permis de retrouver le chemin de croissance des recettes attendu avant le début de la crise sanitaire.

2. Des prévisions de dépense globalement cohérentes avec l'exécution

L'impact de l'évolution des recettes sur le solde est d'autant plus notable que le niveau des dépenses, s'il était assez largement sous-estimé en LFSS 2021, était relativement proche entre la rectification adoptée en LFSS 2022 et l'exécution inscrite au présent article.

ÉVOLUTION ENTRE LA PRÉVISION, LA RECTIFICATION ET L'EXÉCUTION EN LFSS DES DÉPENSES PAR BRANCHE DES ROBSS POUR L'EXERCICE 2021

(en milliards d'euros)

Dépenses par branche	Prévision en LFSS 2021	Rectification en LFSS 2022	Écart entre la prévision et la rectification	Exécution en LFSS 2023	Écart entre la rectification et l'exécution	Écart entre la prévision et l'exécution
Maladie	219,1	233,6	7%	235,4	1%	7%
Accidents du travail et maladies professionnelles	14,1	13,9	- 1%	13,9	0%	- 1%
Vieillesse	251,9	250,4	- 1%	250,5	0%	- 1%
Famille	49,3	49,4	0%	48,9	- 1%	- 1%
Autonomie	31,6	32,4	3%	32,6	1%	3%
Ensemble des branches*	552	565,5	2%	567	0%	3%
L'ensemble des branches ainsi que le FSV	552,4	565,8	2%	567,3	0%	3%

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Source : commission des affaires sociales.

Sans grande surprise, la principale évolution des dépenses au regard des prévisions pour 2021 concerne celles de la branche maladie. Hors effets de périmètre liés à la création de la branche autonomie, l'augmentation des dépenses de 7 % par rapport à la prévision en LFSS 2021 tient principalement des dépenses supplémentaires liées à l'évolution de la situation sanitaire, ces dépenses exceptionnelles ayant atteint un total de 17,4 milliards d'euros pour la branche indépendamment de l'effort porté par la branche autonomie.

S'agissant de la branche famille, en sous-exécution de 500 millions d'euros en 2023, l'effet tient notamment à une estimation trop importante de la reprise de

modes de gardes formels ayant un impact sur le complément de libre choix de mode de garde (100 millions d'euros) et de dépenses administratives (100 millions d'euros).

3. Des soldes par branche meilleurs qu'attendus bien que le déficit de l'ensemble des régimes demeure massif

La progression du montant des recettes pour l'ensemble des branches aboutit à une amélioration des soldes de chacune des branches par rapport aux prévisions inscrites en LFSS 2021, à hauteur de :

- 2,4 milliards d'euros pour la branche maladie ;
- 1 milliard d'euros pour la branche accidents du travail – maladies professionnelles ;
- 7,9 milliards d'euros pour la branche vieillesse ;
- 2,1 milliards d'euros pour la branche famille ;
- 0,7 milliards d'euros pour la branche autonomie qui se trouve finalement en position excédentaire ;
- 10,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base et le FSV.

Cette amélioration des comptes sociaux de l'ensemble des régimes au regard des prévisions antérieures est naturellement de nature à réjouir la rapporteure générale. Les difficultés prévisionnelles dans un contexte économique incertain rappellent toutefois la prudence avec laquelle les tendances financières de fond doivent être interprétées. Ainsi qu'il apparaît avec la présentation des comptes à venir, le rétablissement comptable rapide, qui s'appuyait principalement sur une évolution positive des recettes et une stabilité des dépenses, pourrait se heurter à un principe de réalité pour les prochains exercices, qui pourraient se traduire par un retour de déficits comparables aux points bas atteints au cours de l'année 2020.

III. LA CERTIFICATION DES COMPTES DU RÉGIME GÉNÉRAL AU TITRE DE L'EXERCICE 2021 : DES DIFFICULTÉS PERSISTANTES, UNE PROBLÉMATIQUE PROPRE AU RECOUVREMENT

A. LE NOUVEAU CALENDRIER RELATIF À L'AVIS DE LA COUR DES COMPTES SUR LES TABLEAUX D'ÉQUILIBRE PAR BRANCHE DE L'EXERCICE CLOS

L'examen de la première partie des lois de financement s'accompagne traditionnellement de la production par la Cour des comptes d'un rapport relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS). En application de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières dans sa

rédaction antérieure à l'adoption de la loi organique du 14 mars 2022⁽¹⁾, la Cour établissait un rapport comprenant un avis sur les tableaux d'équilibre par branche du dernier exercice clos ainsi que sur la cohérence du tableau patrimonial du dernier exercice clos, qui fait l'objet de l'article 2 du présent projet de loi.

Le nouveau cadre organique a déplacé le calendrier de production de ce rapport afin que ce dernier soit, en toute cohérence, remis au moment du dépôt du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale. L'avis de la Cour sur les comptes comme sur le tableau patrimonial qui composeront l'essentiel des mesures inscrites en LACSS ne peut qu'être remis au même moment.

Ce dépôt présente en outre, pour la rapporteure générale, un second intérêt. Le rapport présente en effet, toujours aux termes de l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières « *une analyse de l'ensemble des comptes des organismes de sécurité sociale soumis à son contrôle et fait une synthèse des rapports et avis émis par les organismes de contrôle placés sous sa surveillance.* » Or, ces analyses poussées pourront non seulement être utilement reprises dans les débats portant sur l'application des précédentes lois de financement, mais également être confrontées aux conclusions auxquelles sont parvenus les parlementaires dans le cadre de leurs propres travaux de contrôle menés au printemps.

S'agissant de l'exercice 2021, là encore au titre de la clôture des comptes de l'année et en application de la période de transition inscrite à l'article 9 de la loi organique du 14 mars 2022 précitée, la Cour des comptes a remis un dernier RALFSS en annexe de la loi de financement de l'année, dans laquelle elle rend son avis sur les tableaux d'équilibres inscrits au présent article. Cet avis est très largement négatif pour des raisons de forme et de fond :

– en premier lieu, la Cour des comptes n'a pas été destinataire de l'ancienne annexe 4 au projet de loi de financement, détaillant les produits et les charges et en commentant l'évolution. Cette absence de transmission renoue avec une tradition dommageable avec laquelle avait pourtant rompu l'exercice précédent. La rapporteure générale regrette naturellement cette absence de nature non seulement à diminuer la pertinence de l'avis de la Cour, mais également, par ricochet, l'information du Parlement destinataire de l'avis de la Cour ;

– en deuxième lieu, la Cour émet trois observations quant à la capacité des tableaux d'équilibre à fournir « une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde » des tableaux d'équilibre. Ces observations, qui s'apparentent à des réserves quant à la construction des tableaux d'équilibre, sont relativement classiques pour les deux dernières d'entre elles. La première, qui est plus nouvelle et qui a justifié le refus de certifier les comptes de l'activité de recouvrement, fait l'objet de développements *infra*.

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 précitée.

Les observations de la Cour des Comptes sur la cohérence des tableaux d'équilibre pour 2021

La Cour formule les trois observations :

- sous l'effet des modalités de comptabilisation des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants, les montants intégrés en 2021 aux tableaux d'équilibre du régime général et de l'ensemble des régimes de base ne fournissent pas une image fidèle des montants de produits et de solde ;
- des faiblesses persistantes des dispositifs de contrôle interne et des difficultés comptables continuent à affecter la fiabilité des comptes intégrés aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2021, comme le soulignent le rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale pour l'exercice 2021 et les rapports d'opinion des commissaires aux comptes de la Mutualité sociale agricole et du FSV pour ce même exercice ;
- les tableaux d'équilibre sont établis en procédant à des contractions de produits et de charges non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale pour l'établissement des comptes annuels.

B. DES DIFFICULTÉS PROPRES À LA CERTIFICATION DES COMPTES DES BRANCHES DU RÉGIME GÉNÉRAL

Bien que le présent article ne comporte aucune mention du régime général au stade du dépôt, et en cohérence avec sa volonté d'y intégrer le tableau d'équilibre du régime général, la rapporteure générale estime qu'il convient, ainsi qu'il était fait régulièrement par ses prédécesseurs, de se pencher sur la certification des comptes du régime général par la Cour des comptes. Celle-ci tient cette mission de l'article L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières. Dans ce cadre, elle établit chaque année « *un rapport présentant le compte rendu des vérifications qu'elle a opérées en vue de certifier la régularité, la sincérité et la fidélité des comptes des organismes nationaux du régime général et des comptes de chaque branche et de l'activité de recouvrement du régime général, relatifs au dernier exercice clos* ». La loi organique précitée du 14 mars 2022 a modifié à la marge cette disposition en supprimant la notion de « comptes combinés », notion susceptible d'empêcher la Cour de certifier les comptes de la branche autonomie, qui ne dispose pas d'organismes locaux avec lesquels il conviendrait de combiner les comptes de la CNSA.

Il est d'autant plus nécessaire de rappeler les modalités spécifiques de certification des comptes du régime général pour l'exercice 2021 que les auditions menées par la rapporteure générale ont souligné les incertitudes autour de l'activité de recouvrement du régime général, ainsi qu'il est rappelé *infra*.

Le rapport de certification des compte du régime général de sécurité sociale produit par la Cour en mai 2022, portant sur l'exercice 2021 ⁽¹⁾ aboutit à une

(1) *Cour des comptes*, Certification des comptes 2021 du régime général de sécurité sociale, mai 2022, consultable ici : <https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-05/20220524-rapport-certification-comptes-securite-sociale-2021.pdf>.

certification avec réserve des comptes des cinq branches du régime général. Alors que la Cour avait formulé 22 réserves concernant l'exercice 2020, naturellement particulier au regard des conditions dans lesquelles s'étaient opérés à la fois l'établissement des comptes, le contrôle interne et la certification, la Cour procède cette fois-ci à six remarques, résumées ci-dessous.

**Les six principales remarques de la Cour des comptes
sur les comptes du régime général pour l'exercice 2021**

La Cour des comptes a substitué à l'énumération habituelle de ses réserves des remarques portant sur les cinq branches du régime général et l'activité du recouvrement :

- s'agissant de la détermination même du solde du régime général, la Cour relève que les traitements retenus pour comptabiliser les produits de cotisations et de contributions sociales des travailleurs indépendants conduisent à ne pas donner une image fidèle du déficit en 2021 et de son évolution entre 2020 et 2021 ;
- la Cour estime par ailleurs que la création de la branche autonomie demeure inachevée au regard des difficultés que rencontre la CNSA, « tête de pont » de la nouvelle branche, à exercer ses missions de caisse nationale ;
- un retour inachevé à la normale en matière de contrôle interne, après les mesures de suspension engagées pendant la crise sanitaire. Cette lenteur accentue notamment les risques auxquels sont confrontées les Urssaf dans le recouvrement des dettes des cotisants ayant bénéficié de report de paiement ou les lacunes de l'assurance maladie dans le contrôle de l'activité des établissements de santé ;
- les dispositifs de maîtrise des risques de portée financière restent insuffisamment efficaces, entraînant des erreurs dans l'attribution des prestations ;
- des progrès significatifs sont attendus du déploiement de systèmes informatiques permettant d'améliorer la fiabilité des déclarations de bénéficiaires de prestations, comme le dispositif ressources mensuelles (DRM) pour la branche famille ou le système de régularisation des carrières (Syrca) pour la branche vieillesse ;
- des désaccords et des limitations imposées à l'audit affectent encore les comptes du réseau de recouvrement, comme des branches maladie et autonomie.

C. LE REFUS DE CERTIFIER L'ACTIVITÉ DE RECOUVREMENT POUR 2021

Outre la certification des branches avec réserve, le constat de désaccords persistants entre l'Urssaf Caisse nationale et la Cour a conduit cette dernière, après une impossibilité de certifier en 2020, à refuser de certifier les comptes de l'activité de recouvrement pour l'exercice 2021.

Ce refus s'appuie, pour la Cour, sur une comptabilisation déficiente du montant des cotisations des travailleurs indépendants pour l'année 2020.

Les divergences d'appréciation dans l'enregistrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants pour l'année 2020

La Cour a estimé dans son avis de 2020 ⁽¹⁾ que, parmi les nombreux dispositifs dérogatoires mis en place au cours de la crise sanitaire pour maintenir l'activité économique ou garantir le bon fonctionnement des établissements de santé et médico-sociaux, les modalités d'enregistrement du report de paiement pour les travailleurs indépendants présentaient un risque particulier.

Sans nécessairement entrer dans le détail des subtilités qui opposent l'Urssaf Caisse Nationale et la Cour des comptes dans leur appréciation comptable, que le lecteur curieux – et assidu – pourra retrouver dans le rapport de certification, la rapporteure générale rappelle que les travailleurs indépendants avaient bénéficié, au titre de l'année 2020, d'une réduction de moitié des revenus pris en compte pour établir l'appel provisionnel de cotisations. Ce dispositif a été entaché, selon la Cour :

– d'un risque significatif de sous-évaluation des produits de l'exercice 2020, ayant potentiellement une incidence inverse sur l'exercice 2021 ;

– d'une méthode d'estimation des charges liées aux dépréciations de créances sur les cotisants appliquée « à une partie seulement des créances, avec des taux conventionnels », suscitant un risque de surestimation des dépréciations.

Or, au titre du rapport de certification des comptes pour 2021, la Cour relève que ces deux risques se sont matérialisés avec une majoration des produits de 5 milliards d'euros pour le premier risque et de 1 à 1,5 milliard d'euros pour le second. Les comptes corrigés en application de la méthode de la Cour auraient abouti, selon elle, à un déficit de 31,2 milliards d'euros au titre de 2020 et de 27,8 milliards d'euros au titre de 2021, réduisant l'écart de dix milliards d'euros entre les deux exercices par rapport à l'estimation retenue par le Gouvernement.

La Cour estime que « l'absence de neutralisation dans les comptes de l'exercice 2021 de l'effet en 2021 de la régularisation des acomptes provisionnels appelés en 2020 pour des montants minorés affecte ainsi dans une mesure très significative la lecture même des comptes de la sécurité sociale ».

Interrogé à ce sujet par la commission des affaires sociales du Sénat ⁽²⁾ en juillet 2022, le directeur de l'Urssaf Caisse nationale a estimé que les critiques de la Cour relevaient d'une divergence d'approche dans la norme comptable retenue : « Nous avons appliqué la norme comptable, définie notamment par le Conseil de normalisation des comptes publics (CNOCP) dans le recueil des normes comptables applicables aux établissements publics, qui prévoit que ces régularisations soient rattachées à l'exercice relatif aux déclarations de revenus, c'est-à-dire à l'exercice au cours duquel on connaît les montants régularisés. Ce sujet a donné lieu à de nombreux travaux, qui ont montré qu'il était impossible de prévoir avec suffisamment de robustesse l'ampleur de ces régularisations. Nous n'avons fait qu'appliquer les normes comptables en intégrant les régularisations l'année où leur montant est connu avec certitude. L'Unédic, qui reçoit les recettes correspondantes, a vu ses comptes certifiés sans réserve par ses commissaires aux comptes, alors que la question aurait pu se poser vu l'avis de la Cour des comptes... Nous avons eu une divergence avec la Cour, qui n'a pas voulu tenir compte de cette norme comptable, alors que celle-ci s'impose à nous. »

Sans trancher le débat sur la norme comptable la plus pertinente, la rapporteure générale estime que le refus de certifier jette naturellement le trouble

non seulement sur l’approbation des comptes pour 2021, mais également sur les bases sur lesquelles les comptes des années 2022 et 2023 sont fixés ⁽³⁾. Elle sera donc particulièrement attentive aux modalités de certification des comptes du régime général de l’année 2022, dont les parlementaires pourront prendre connaissance au moment du dépôt de la prochaine – et première – LACSS, en espérant que les comptes de l’activité de recouvrement puissent faire enfin l’objet d’une certification, après deux exercices non certifiés.

Par ailleurs, la rapporteure générale prend note que cette absence de certification n’a pas eu pour conséquence la remise en cause de la cohérence des tableaux d’équilibre par la Cour.

IV. L’APPROBATION DES COMPTES DES ORGANISMES QUI CONCOURENT AU FINANCEMENT ET QUI SONT FINANCÉS PAR LES RÉGIMES OBLIGATOIRES, AINSI QUE DE L’ONDAM POUR 2021

Outre les tableaux d’équilibre des régimes obligatoires de base et du régime général, la loi organique prévoit que la première partie des lois de financement approuve le tableau d’équilibre des organismes concourant au financement de ces régimes, à savoir le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), les dépenses relevant du champ de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie constatées pour l’exercice à clore, et qu’elle approuve, *« pour ce même exercice, les montants correspondant aux recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ceux correspondant à l’amortissement de leur dette »* ⁽⁴⁾.

Ces dispositions sont également transposées au sein de la LACSS par le nouveau cadre organique.

A. L’ORGANISME CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE : LE FSV

Le 2° prévoit les recettes, les dépenses et le solde du FSV pour l’année 2021. Pour rappel, le FSV est un établissement public administratif créé par la loi du 22 juillet 1993 ⁽⁵⁾, dont les missions, qui relèvent du financement des prestations non contributives à l’assurance vieillesse, sont définies aux articles L. 135-1 à L. 135- 5 du code de la sécurité sociale. À ce titre, le fonds :

(1) *Cour des comptes, Certification des comptes 2020 du régime général de sécurité sociale, mai 2021, consultable ici : <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-05/20210518-rapport-certification-comptes-securite-sociale.pdf>*

(2) *Audition par la commission des affaires sociales le mardi 12 juillet 2022 de M. Yann-Gaël Amghar, directeur de l’Urssaf-Caisse nationale.*

(3) *Voir le commentaire des articles 3 et 12.*

(4) *Article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure à l’entrée en vigueur de la loi organique du 14 mars 2022 précitée.*

(5) *Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale.*

– assure le refinancement des régimes de retraite au titre de certains avantages vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale comme, sous certaines conditions, les validations de trimestres d’assurance vieillesse au titre du chômage, de l’activité partielle, des arrêts de travail, du volontariat du service civique, des périodes d’apprentissage et de stages de formation professionnelle ;

– finance l’intégralité du minimum vieillesse versé par les régimes de retraite.

Pour ce faire, il dispose de recettes dont la composition a varié au cours du temps, mais qui ont toujours porté majoritairement sur le capital, et qui se composent, pour 2021, de 6,67 points de CSG « patrimoine » et de CSG « placement » et de 2,94 points de CSG « remplacement » ⁽¹⁾.

L’exercice 2021 témoigne que, en dépit du maintien d’un déficit de 1,5 milliard d’euros, qui correspond à 8,5 % des recettes du fonds, sa situation financière s’améliore notamment grâce aux recettes, supérieures d’un milliard d’euros par rapport à 2020.

ÉVOLUTION DES RECETTES, DES DÉPENSES ET DU SOLDE DU FSV

2019-2021

(milliards d’euros)

	2019	2020	2021
Recettes	17,2	16,7	17,7
Dépenses	18,8	19,1	19,3
Solde	-1,6	-2,5	-1,5

Source : commission des affaires sociales.

Cette évolution positive est supérieure aux prévisions et rectifications antérieures (de 500 millions d’euros par rapport à la LFSS 2022) en raison, comme pour les branches de la sécurité sociale, d’une croissance de l’activité plus vigoureuse qu’anticipé et du dynamisme particulier des ressources du capital.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DES RECETTES, DES DÉPENSES ET DU SOLDE DU FSV (2019-2021)

(en milliards d’euros)

	Prévision en LFSS 2021	Rectification en LFSS 2022	Exécution en LFSS 2023
Recettes	16,7	17,2	17,7
Dépenses	19,2	19,7	19,3
Solde	- 2,4	- 2,5	- 1,5

Source : commission des affaires sociales.

(1) Ces termes renvoient à deux assiettes sur lesquelles est assise la contribution sociale généralisée.

Informée par la documentation particulièrement riche qui lui a été transmise par le fonds, le rapporteure générale est en mesure d'estimer que cette modération des dépenses et ce surcroît de recettes proviennent :

– pour la première, de l'inflexion des dépenses au titre du chômage et de l'activité partielle ainsi que de la diminution de l'incidence de la crise sanitaire sur les arrêts de travail ;

– pour le second, d'un redressement rapide des produits de la CSG (+ 6,2 %, contre – 3,0 % en 2020).

L'amélioration du solde de 900 millions d'euros place le FSV sur une trajectoire positive qui semble se confirmer pour les exercices à venir.

B. L'ONDAM DÉFINITIF POUR 2021

Le 3^o du présent article arrête un objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) à hauteur de 240,1 milliard d'euros, en augmentation de 8,7 % par rapport à l'exercice 2020.

Né avec les lois de financement, l'Ondam est inscrit dès 1996 dans la loi organique⁽¹⁾ comme un outil de régulation du montant des dépenses de santé remboursées par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, et en particulier par l'assurance maladie.

La loi organique de 2005⁽²⁾, qui visait à affiner l'exercice des lois de financement, a créé le principe de sous-objectifs de l'Ondam. Cet objectif est ainsi décliné en six sous-objectifs, qui font l'objet d'un examen au titre des exercices de l'année N et de l'année N+1 dans les deuxième et quatrième parties des lois de financement.

La LFSS 2021 prévoyait un Ondam à 225,4 milliards d'euros, objectif rectifié de plus de 13 milliards d'euros par la LFSS 2022, qui avait établi l'Ondam pour 2021 à 238,8 milliards d'euros. Le présent article arrête finalement le montant de cet objectif à un niveau légèrement supérieur à l'objectif rectifié, à 240,1 milliards d'euros, soit 14,7 milliards d'euros de plus que l'Ondam prévu en LFSS 2021.

(1) Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

Tableau 1 • Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2021

Constat 2021 (en Md€)	Constat 2020	Base 2021	ONDAM 2021 en LFSS 2021	ONDAM 2021 en LFSS 2022	Constat 2021	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif en LFSS 2021	Ecart à l'objectif en LFSS 2022
ONDAM TOTAL	219,4	220,8	225,4	238,8	240,1	8,7%	14,7	1,3
Soins de ville	94,6	94,6	98,9	105,0	105,2	11,2%	6,3	0,2
Établissements de santé	89,9	89,9	92,9	95,5	96,8	7,7%	3,9	1,3
Établissements et services médico-sociaux	24,0	25,4	26,1	26,7	26,8	5,3%	0,7	0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	12,0	13,1	13,6	14,2	14,4	9,7%	0,8	0,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,0	12,3	12,4	12,5	12,4	0,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	3,9	3,9	3,8	4,3	4,3	10,5%	0,5	0,0
Autres prises en charges	7,0	7,0	3,8	7,3	7,0	-0,2%	3,2	-0,3

Source : DSS/SDEPF/6B

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I, septembre 2022.

Ce dépassement de l'Ondam à la fois au regard des dispositions votées et des prévisions s'explique naturellement par l'ampleur de la crise sanitaire et des efforts engagés par l'assurance maladie. Ce surcoût a notamment eu un impact sur les sous-objectifs « soins de ville » et « établissements de santé ».

La provision intégrée initialement à l'Ondam pour 2021 dans la LFSS 2021, à hauteur de 4,3 milliards d'euros, s'est rapidement trouvée insuffisante au regard des dépenses engagées pour faire face aux vagues successives de covid-19. C'est ce qui explique la correction du montant lié à la crise sanitaire à 15,9 milliards en LFSS 2022. Cette correction n'a pourtant pas suffi à couvrir les coûts de prise en charge des personnes touchées par le variant *Omicron*, ce qui conduit, dans le cadre du présent article, à évaluer les surcoûts à 18,3 milliards d'euros ⁽¹⁾.

1. Les dépenses de soins de ville : un surcoût majeur lié à la crise sanitaire

Les dépenses de soins de ville, qui ont représenté 105,2 milliards d'euros, ont été largement portées par le déploiement de mesures exceptionnelles telles que :

- la réalisation de tests diagnostiques en ville à hauteur de 6,3 milliards d'euros ;
- la rémunération du personnel au titre de la campagne vaccinale à hauteur de 1,3 milliard d'euros ;
- les indemnités journalières pour les personnes malades de la covid-19, qui étaient cas contact, ainsi que pour la garde d'enfants ou de personnes vulnérables, à hauteur de 900 millions d'euros.

Hors mesures exceptionnelles, les dépenses de soins de ville ont toutefois représenté 96,3 milliards d'euros, soit un montant en baisse de 840 millions d'euros par rapport au sous-objectif affiché en 2022, ce qui s'explique notamment par :

(1) Ce surcoût est estimé à hauteur de 18,2 milliards d'euros par la Cour des comptes dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale d'octobre 2022.

– des dépenses nettes de produit de santé d'un montant de 355 millions d'euros inférieur à celui qui était attendu, qui intègre notamment le montant de la clause de sauvegarde pour 2021 à hauteur de 500 millions d'euros ;

– des remboursements d'honoraires médicaux et dentaires inférieurs de 300 millions d'euros à ce qui était attendu.

Le sous-Ondam est enfin tiré par les dépenses de produits de santé en ville, qui ont augmenté de 2,1 % après prise en compte des remises et contributions.

2. Des dépenses des établissements de santé et des établissements médico-sociaux tirées par les mesures exceptionnelles comme par le Ségur

Les dépenses relatives à ce sous-objectif, qui devaient être de 92,9 milliards d'euros au titre de la LFSS 2021, se sont finalement établies à 96,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 6,9 milliards d'euros par rapport à la base 2021.

Les dépenses exceptionnelles pour faire face à la crise sanitaire ont représenté un montant moindre que les dépenses de ville pour les établissements de santé et les établissements médico-sociaux. Mais elles accusent néanmoins un surcoût de 4,8 milliards d'euros par rapport aux prévisions, dont notamment :

– 2,9 milliards d'euros pour la dotation de l'assurance maladie aux établissements de santé ;

– 700 millions d'euros pour la réalisation de tests diagnostiques à l'hôpital.

S'ajoute à cela la mise en œuvre du Ségur de la santé qui se traduit par une augmentation de 7,9 milliards d'euros en raison des revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux, contre 1,4 milliard d'euros en 2020.

Hors crise et hors Ségur, les dépenses relatives aux établissements de santé ont augmenté de 200 millions d'euros par rapport aux prévisions établies en LFSS 2022, tandis que les dépenses relatives aux produits de santé inscrits sur la liste en sus ⁽¹⁾ ont augmenté de 700 millions d'euros après prise en compte des remises et contributions.

3. Les autres sous-objectifs sont demeurés globalement conformes aux prévisions

En dehors des mesures exceptionnelles, les dépenses du sous-Ondam médico-social, qui ont représenté en tout 26,8 milliards d'euros, sont restées globalement stables, en sous-exécution de 100 millions d'euros par rapport à la rectification pour 2022.

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

Si la contribution de l'assurance maladie aux dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR), portée à 4,3 milliards d'euros, était conforme aux attentes en LFSS 2022, les dépenses au titre du sixième sous-objectif de l'Ondam, à hauteur de 7 milliards d'euros, demeurent inférieures de 300 millions d'euros par rapport à l'Ondam rectifié dans la LFSS 2022, en raison notamment d'une baisse des soins des Français à l'étranger, conséquence de la diminution des déplacements internationaux.

C. LES ORGANISMES CHARGÉS DE LA MISE EN RÉSERVE DE RECETTES ET DE L'AMORTISSEMENT DE LA DETTE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE : LE FRR ET LA CADES

1. Le Fonds de réserve pour les retraites

● Le 4^o porte approbation du montant de la dotation au FRR, constamment nul depuis 2011. Il constitue une donnée obligatoire en application de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui fait obligation au législateur de mentionner dans la première partie de la LFSS le montant des recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes au profit des régimes obligatoires, catégorie comprenant le seul FRR dans le droit positif.

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

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

● Dans la même logique, le 5^o prévoit que le FSV ne met aucune somme en réserve, comme chaque année depuis 2011 ⁽³⁾.

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

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

(3) *L'article 109 de la LFSS 2011 précitée avait prévu une mise en réserves de recettes pour le financement de dispositifs dérogatoires de retraite. Abondée seulement entre 2011 et 2013, cette troisième section a finalement été récupérée par la CNAMTS en application de la LFSS 2017, par une opération comptable*

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

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

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

– depuis la LFSS 2008, d'une fraction de contribution sociale généralisée (CSG)⁽¹⁾ ;

– depuis 2011, du versement annuel précité du FRR ⁽²⁾.

Ces ressources lui permettent chaque année d'assurer l'amortissement d'une partie de la dette sociale reprise et financée par des opérations d'emprunt sur les marchés ⁽³⁾. L'amortissement est égal à la différence entre le produit des ressources affectées et le montant des charges financières nettes de la Caisse (déduction faite, donc, des produits financiers qu'elle peut percevoir).

Le 6° porte ainsi approbation du montant de la dette amortie par la Cades en 2020, à savoir 17,8 milliards d'euros.

Cet objectif d'amortissement est supérieur de 400 millions d'euros à celui qui avait été fixé en LFSS 2022 (17,4 milliards d'euros), lui-même supérieur de 400 millions d'euros à l'objectif fixé en LFSS 2021 (17 milliards d'euros).

*

* *

ponctuelle, vigoureusement critiquée par la Cour des comptes, en faveur du fonds de financement pour l'innovation pharmaceutique – depuis supprimé.

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

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

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

Article 2

Approbation du rapport annexé sur le tableau patrimonial et la couverture des déficits de l'exercice 2021 (annexe A)

Adopté par la commission sans modification

L'article 2 porte approbation du tableau patrimonial qui retrace la situation financière dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale au 31 décembre du dernier exercice clos (2021) ainsi que l'affectation des excédents et des déficits constatés au terme de cet exercice.

Ce tableau reflète la situation globalement détériorée de la situation patrimoniale de la sécurité sociale en 2021.

Cet article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques en définissant le contenu, dans leur version antérieure à la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾, qui s'appliquent encore au présent texte.

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

La loi de financement « 3° Approuve le rapport mentionné au II de l'article LO 111-4 et, le cas échéant, détermine, dans le respect de l'équilibre financier de chaque branche de la sécurité sociale, les mesures législatives relatives aux modalités d'emploi des excédents ou de couverture des déficits du dernier exercice clos, tels que ces excédents ou ces déficits éventuels sont constatés dans les tableaux d'équilibre prévus au 1° ».

Le II de l'article L.O. 111-14 précise qu'il s'agit d'« un rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs au dernier exercice clos [, qui] présente également un tableau, établi au 31 décembre du dernier exercice clos, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement ⁽²⁾, à l'amortissement de leur dette ⁽³⁾ ou à la mise en réserve de recettes à leur profit ⁽⁴⁾ ».

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement sur l'état de la situation patrimoniale d'une partie des régimes faisant partie du champ des lois de financement de la sécurité sociale ⁽⁵⁾. Celui-ci permet, au-delà du solde qui peut s'analyser comme un flux à un moment donné, d'apprécier la situation financière nette consolidée en y intégrant l'ensemble de l'actif et du passif du champ des lois

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Fonds de solidarité vieillesse (FSV).

(3) Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

(4) Fonds de réserve pour les retraites.

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

de financement. Les stocks sont ainsi présentés (réserves, dettes) ainsi que la manière dont les déficits sont finalement pris en charge.

I. LE TABLEAU PRÉSENTANT LA SITUATION PATRIMONIALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE REFLÈTE UNE DÉTÉRIORATION DE LA SITUATION DES COMPTES SOCIAUX EN 2020

L'annexe A reflète la poursuite, après un exercice 2020 très déficitaire, de la dégradation des comptes sociaux en 2021, qu'il s'agisse du passif net (dette) ou du passif financier net (endettement financier).

A. UN PASSIF NET EN HAUSSE

Le passif net en 2021, retracé dans la première partie du tableau du I de l'annexe A, s'est accru de 6,8 milliards d'euros par rapport à 2020, après une hausse de 25,3 milliards d'euros au cours de l'année précédente.

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

ÉVOLUTION DU PASSIF NET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE DEPUIS 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Passif net au 31/12 (capitaux propres négatifs)	-66,3	-87,1	-100,6	-107,2	-110,9	-110,7	-109,5	-101,4	-88,5	-77,0	-61,4	-86,7	-93,5

Source : annexe A du PLFSS 2023.

Cette évolution traduit le maintien de la situation déficitaire des régimes obligatoires de base et du FSV, à hauteur de 24,3 milliards d'euros, d'une part, que ne permet pas de compenser l'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) (17,8 milliards d'euros) et le résultat du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), d'autre part. Le résultat net global des organismes dans le champ serait de -4,9 milliards d'euros, en nette amélioration par rapport à 2020 (-22,9 milliards d'euros).

Ce redressement tient notamment à celui du régime général (en amélioration de 13,4 milliards d'euros par rapport à 2020) et du FSV (+ 1 milliard d'euros), mais aussi à la poursuite de la hausse des soldes excédentaires de la Cades (+ 1,7 milliard d'euros par rapport à 2020) et du FRR (+ 0,9 milliard d'euros par rapport à 2020).

À l'inverse, le « report à nouveau » connaît une nette dégradation (28,2 milliards d'euros), du fait des « effets-retours » par rapport à 2020, et notamment de l'affectation, au sein de cette catégorie, des soldes négatifs du régime général (-36,2 milliards d'euros)

B. UN ENDETTEMENT FINANCIER ÉGALEMENT EN FORTE HAUSSE

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

Cet endettement financier s'est lui stabilisé en 2021 (+ 4,7 milliards d'euros par rapport à 2020), après une augmentation massive en 2020.

ÉVOLUTION DE L'ENDETTEMENT FINANCIER DEPUIS 2009

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Endettement financier net au 31/12	- 76,3	- 96,0	- 111,2	- 116,2	- 118,0	- 121,3	- 120,8	- 118,0	- 102,9	- 86,8	- 74,6	- 110,6	- 115,3

Source : Annexe A du PLFSS 2023.

C. L'AVIS DE LA COUR DES COMPTES SUR LE TABLEAU PATRIMONIAL

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

Dans son *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* d'octobre 2022, la Cour juge que le tableau patrimonial figurant à l'annexe A du présent projet « *fournit une représentation cohérente de la situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2021* » ⁽¹⁾.

Elle formule toutefois une observation liée à son refus de certifier l'activité de recouvrement ⁽²⁾ et à la réserve lors de la certification des comptes de la mutualité sociale agricole (MSA) en raison de la « *fiabilité insuffisante des données notifiées par l'État et par les organismes de sécurité sociale tiers à la MSA* ».

II. LA DESCRIPTION DES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS ET L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS ILLUSTRENT L'HÉTÉROGÉNÉITÉ DES SITUATIONS FINANCIÈRES DE CHAQUE RÉGIME

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

– le régime général et le FSV étaient en déficit de 22,8 milliards d'euros en 2021, et celui-ci s'est ainsi ajouté à la dette gérée par l'Acoss, en attendant une reprise par la Cades achève sa trajectoire à l'horizon 2023 (les législateur organique ⁽³⁾)

(1) Page 95 : https://www.ccomptes.fr/system/files/2022-10/20221004-rapport-securite-sociale-2022_0.pdf

(2) Voir le commentaire de l'article 1^{er}.

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

et ordinaire⁽¹⁾ ont en effet provisionné 92 milliards d'euros pour la reprise des déficits 2020-2023) ;

– en excédent de 500 millions d'euros en 2021, le régime de retraite des exploitants agricoles voyait jusqu'ici les déficits cumulés financés (3,6 milliards d'euros en 2020) par des avances rémunérées de l'Acoss, conformément aux nouvelles dispositions adoptées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 ; ces déficits ont été entièrement repris par la Cades en 2020 et 2021 ; les perspectives démographiques combinées à cet apurement de la situation financière devraient donc permettre au régime de ne plus solliciter que des ressources non permanentes pour couvrir sa trésorerie dans les années à venir ;

– la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) a de nouveau enregistré un déficit en 2021 (– 1,2 milliard d'euros) en raison de la dégradation de ses recettes, dans un contexte de gel des rémunérations et de forte hausse de ses prestations, l'effet du report de l'âge légal ayant pris fin ; la Cades a accueilli ses déficits 2018 et 2019 dans le cadre d'une reprise intervenue au 1^{er} janvier 2021. La caisse est désormais la seule, hors régime général, des régimes de base à être dans une telle situation déficitaire ;

– la Caisse nationale des barreaux français (CNBF) retrouve un léger excédent en 2021 (+ 100 millions d'euros) ;

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

– les excédents du régime de retraite des professions libérales (0,1 milliard d'euros) et du régime de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (0,3 milliard d'euros) sont affectés aux réserves de ces deux régimes.

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

*

* *

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

DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2022

Article 3

Rectification des prévisions et objectifs relatifs à 2022

Adopté par la commission sans modification

L'article 3 vise à rectifier les prévisions de recettes, les objectifs de dépense et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'exercice 2022.

Il rectifie également les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

I. UNE MODIFICATION À LA MARGE DANS LE NOUVEAU CADRE ORGANIQUE

Le présent article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en application des dispositions organiques qui en définissent le contenu dans leur rédaction antérieure à la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

B du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale *(rédaction antérieure à la loi organique du 14 mars 2022)*

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

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

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

Il s'agit d'assurer l'information du Parlement quant aux perspectives financières pour les différents régimes ainsi que le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) pour l'année en cours, soit 2022, en utilisant notamment les données fournies par la direction de la sécurité sociale à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du 27 septembre 2022. La présentation de cet article se

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

distingue des exercices précédents en ceci qu'aucune mesure d'ordre législatif ne vient justifier la rectification des comptes pour 2022.

Outre l'article liminaire, le présent article sera, au titre du nouveau cadre organique, la première disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. Sa présentation obéit désormais aux prescriptions de l'article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale.

Article L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale

(rédaction issue de la loi organique du 14 mars 2022)

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives à l'année en cours, la loi de financement de l'année :

1° Rectifie les prévisions de recettes et les tableaux d'équilibre des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que ceux des organismes concourant au financement de ces régimes ;

2° Rectifie les objectifs de dépenses, par branche, de ces régimes et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que leurs sous-objectifs approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;

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

Ce nouveau cadre organique supprime la mention du régime général pour les raisons mentionnées dans le commentaire de l'article premier.

II. LA RECTIFICATION DES PRÉVISIONS DE RECETTES, OBJECTIFS DE DÉPENSES ET TABLEAUX POUR L'EXERCICE 2021

Le présent article rectifie les prévisions inscrites dans la loi de financement pour 2022 ⁽¹⁾ :

– au titre des tableaux d'équilibre et des prévisions de recettes :

- l'article 31, approuvant les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que du FSV. Sont rectifiées au même titre les prévisions inscrites à l'annexe B, approuvée à l'article 35 ;

– au titre des objectifs de dépenses :

- l'article 113 pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès ⁽²⁾ ;

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

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

- l'article 117 pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;
- l'article 118 pour la branche vieillesse ;
- l'article 119 pour la branche famille ;
- l'article 120 pour la branche autonomie ;
- l'article 121 pour le Fonds de solidarité vieillesse.

Concernant l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), le présent article rectifie le montant prévu par l'article 33. De la même manière qu'en première partie, les dispositions relatives à l'affectation de recettes pour le FRR et le FSV sont identiques puisque l'affectation est nulle.

III. EN DÉPIT D'UN DÉFICIT QUI RESTE MAJEUR, LE RÉTABLISSEMENT DES COMPTES SOCIAUX SE CONFIRME EN 2022

Le 1° du I du présent article arrête, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que le FSV, les nouvelles prévisions de recettes, les objectifs de dépenses afférents et le tableau d'équilibre, fixant ainsi provisoirement le déficit de ce périmètre à 17,8 milliards d'euros.

Comme pour les tableaux d'équilibre pour le dernier exercice clos, l'analyse du solde suppose de le comparer avec ce qui était attendu en LFSS 2022, d'une part, et avec l'exercice précédent, d'autre part.

A. LA RECTIFICATION DES PRÉVISIONS : D'IMPORTANTES MODIFICATIONS EN RECETTES ET EN DÉPENSES QUI SE « NEUTRALISENT » QUASIMENT

En vue de procéder à cette première comparaison, les données rectificatives sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des prévisions et objectifs initiaux de la LFSS 2022.

**TABLEAU D'ÉQUILIBRE 2022 DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES
DE BASE ET DU FSV**

(en milliards d'euros)

	Prévisions 2022 (LFSS 2022)			Rectification 2022 (PLFSS 2023)			Écart à la prévision		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	211	230,1	-19,1	221,6	241,9	-20,3	5,0 %	5,1 %	- 6,3 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,6	14,1	1,5	16,2	14,2	2	3,8 %	0,7 %	33,3 %
Vieillesse	253,6	256,6	-3	258,9	261,9	-3	2,1 %	2,1 %	0,0 %
Famille	51,6	49,7	1,9	53,5	50,9	2,6	3,7 %	2,4 %	36,8 %
Autonomie	33,4	34,4	-1,1	34,9	35,4	-0,5	4,5 %	2,9 %	54,5 %
Total	550,5	570,2	-19,7	570,1	589,3	-19,2	3,6 %	3,3 %	2,5 %
Total incluant le FSV	549,2	570,6	-21,4	571,7	589,6	-17,8	4,1 %	3,3 %	16,8 %

Sources : LFSS 2022 et PLFSS 2023.

1. Une augmentation des dépenses plus que compensée par celle des recettes

a. Une croissance plus forte que prévue a abondé les recettes

La surprise que constituent ces résultats meilleurs qu'espérés pour 2022 s'apparente à la demi-surprise que fut déjà le rétablissement spectaculaire de la croissance et de l'activité en 2021. Cet « effet base » a conduit à une augmentation de la masse salariale de 8,9 %, contre 7,2 % initialement prévu pour 2021. S'est ajouté à cette base un « effet flux » par lequel la masse salariale a également augmenté de deux points par rapport aux prévisions de la LFSS 2022 (8,4 % contre 6,4 %). Avec un point de masse salariale équivalant à 2 150 millions d'euros pour tous les régimes, selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, cette augmentation de 3,7 points équivalait à près de 8 milliards d'euros pour 2022.

S'ajoutent à cela des recettes fiscales supérieures de 5,2 milliards d'euros à ce qui était prévu en LFSS 2022. Cette croissance s'explique à la fois par la forte reprise de la consommation, affectant directement le produit de la TVA qui avait été estimé dans son ensemble à 145 milliards d'euros en 2021 et qui devrait normalement s'élever à 163,8 milliards d'euros ⁽²⁾.

L'inflation, qui est estimée à 5,4 %, entraîne naturellement une hausse des recettes, qui bénéficie également de « l'effet retour » des dépenses supplémentaires

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

(2) Projet de loi de finances pour 2022 (n° 4482).

engagées au cours de l'année 2022, et notamment de l'indexation anticipée des prestations familiales et des pensions de retraite sur l'inflation au 1^{er} juillet 2022 ⁽¹⁾.

b. Des dépenses plus élevées que prévu, principalement pour la branche maladie

Si les écarts en prévision concernant le solde, exposés ci-dessus, n'ont pas grand sens au regard de la sensibilité des évolutions pour des ordres de grandeur aussi petits, force est de constater que les écarts à la prévision concernant les dépenses sont importants pour la branche maladie (+ 5,1 %) et, d'une manière moins spectaculaire, par la branche autonomie.

S'agissant de la première, cette augmentation s'explique naturellement, dans le champ de l'Ondam, par des dépenses de crise plus élevées qu'anticipé en raison des contaminations liées au variant « omicron » au début de l'année 2022. Alors que la LFSS 2022 avait intégré une provision au titre des surcoûts liés au covid-19 à hauteur de 4,9 milliards d'euros, la prise en charge de ces dépenses s'est finalement élevée à 11,5 milliards d'euros.

La sous-estimation des dépenses de la branche autonomie vient principalement des mesures de revalorisations adoptées au cours de l'année 2022 à l'issue de la conférence des métiers de l'accompagnement social et du médico-social. Cette conférence prévoit, à terme, le financement à hauteur de 1,3 milliard d'euros de la revalorisation salariale des professionnels de la filière socio-éducative, assuré conjointement par les départements, l'État et la sécurité sociale.

L'augmentation des dépenses de la branche vieillesse (+ 5,3 milliards d'euros) et de la branche famille (+ 1,2 milliard d'euros) tient notamment à la revalorisation anticipée des prestations susmentionnées. Les prestations versées par ces branches ont en effet connu une augmentation de 3,1 % pour la branche vieillesse en moyenne annuelle en 2022 et de 3,4 % pour la branche famille. S'agissant de la branche famille, celle-ci doit assumer en outre une augmentation de 150 % du montant de l'allocation de soutien familial (ASF) correspondant à 140 millions d'euros pour l'année 2022 ⁽²⁾.

Les dépenses de la branche AT-MP demeurent, quant à elles, proches des prévisions, en simple sur-exécution de 100 millions d'euros.

(1) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat

(2) D'après l'annexe 3 du présent projet de loi, ce coût correspond à l'entrée en vigueur de la revalorisation au 1^{er} novembre 2022.

2. Une poursuite de l'amélioration du solde des ROBSS

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

(en milliards d'euros)

	Comptes des régimes obligatoires de base et du FSV en 2021 (PLFSS 2023)			Comptes des régimes obligatoires de base et du FSV en 2022 (PLFSS 2023)			Écart entre les deux exercices		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	209,4	235,4	- 26	221,6	241,9	- 20,3	5,8 %	2,8 %	21,9 %
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,1	13,9	1,2	16,2	14,2	2	7,3 %	2,2 %	66,7 %
Vieillesse	249,4	250,5	- 1,1	258,9	261,9	- 3	3,8 %	4,6 %	- 172,7 %
Famille	51,8	48,9	2,9	53,5	50,9	2,6	3,3 %	4,1 %	- 10,3 %
Autonomie	32,8	32,6	- 1,1	34,9	35,4	- 0,5	6,4 %	8,6 %	54,5 %
Total	544,2	567	- 22,8	570,1	589,3	- 19,2	4,8 %	3,9 %	15,8 %
Total incluant le FSV	543	567,3	- 24,3	571,7	589,6	- 17,8	5,3 %	3,9 %	26,7 %

Source : PLFSS 2023.

● Après un exercice 2021 qui renouait avec une trajectoire de rétablissement des comptes sociaux, l'exercice 2022 poursuit cet effort vers l'équilibre avec une réduction du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS).

● Ainsi qu'il est vu concernant la rectification des prévisions, il apparaît que le rythme de croissance des recettes, de l'ordre de 5 % en moyenne pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, ait excédé le rythme de croissance des dépenses, qui atteint pourtant 8,6 % s'agissant de la branche autonomie.

Cette situation s'explique notamment par la révision à la hausse des hypothèses macroéconomiques qui entourent l'exercice 2022, comme il a été exposé dans le commentaire de l'article liminaire. La sensibilité des différentes branches à l'évolution des recettes dépend naturellement de leur structure pour chacune d'entre elles.

Ainsi, la branche AT-MP, dont la structure des recettes dépend à 90 % de cotisations patronales, a-t-elle connu une augmentation de ses recettes proportionnellement plus importantes que celle des autres branches. Il en va de

même pour la branche autonomie qui s'appuie à 88 % sur des recettes issues de la CSG, qui lui ont été affectées à sa création ⁽¹⁾.

Les recettes de la branche maladie évolueraient à un taux moindre. Si elles bénéficient, à l'instar des autres branches, de l'augmentation de la masse salariale, le poids des allègements généraux et, surtout, de la réduction de six points du taux de la cotisation maladie, viennent diminuer le rythme de croissance des recettes ⁽²⁾. La dynamique des allègements généraux, portée par les revalorisations successives du montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic), explique également l'évolution des recettes de la branche vieillesse, qui n'est « que » de 3,8 %.

S'agissant de la branche famille, le dynamisme des recettes est amoindri par la baisse ponctuelle de la quote-part de la taxe sur les salaires affectée à cette branche pour l'exercice 2022. Cette quote-part, passée de 18,5 % à 10,7 %, au profit des branches maladie et autonomie pour compenser le coût des indemnités journalières dérogatoires versées aux parents contraints d'interrompre leur activité en raison de la crise sanitaire, pèse sur les recettes de la branche à hauteur de 1 milliard d'euros.

• S'agissant du rythme d'augmentation des dépenses, celui-ci diffère notamment en raison des mesures prises au cours de l'année 2022.

La branche autonomie, qui connaît le rythme de progression des dépenses le plus élevé (+ 8,6 %), doit en effet assumer l'extension des mesures de revalorisation salariales « Ségur » aux personnels des établissements accueillant des personnes en situation de handicap, en application des accords dits « Laforcade » (500 millions d'euros). S'ajoutent à cet accord celui concernant l'accompagnement social et du médico-social susmentionné (400 millions d'euros), et l'augmentation de 3,5 % du point d'indice des fonctionnaires intervenant dans le champ de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

En outre, une partie des prestations versées par la CNSA connaissent une forte croissance. Il en va ainsi de :

– l'AEEH (allocation d'éducation de l'enfant handicapé), transférée depuis la branche famille, dont la dynamique tiendrait notamment à une meilleure reconnaissance de la situation de ses bénéficiaires ;

– l'AJPA (allocation journalière du proche aidant), dont la progressive montée en charge depuis sa création ⁽³⁾ porterait le coût à 77 millions d'euros en 2022 ⁽⁴⁾.

La branche vieillesse et la branche famille connaîtraient en 2022 une évolution respective du montant de leurs dépenses de 4,6 % et de 4,1 %, en lien

(1) Article 40 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

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

(4) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

direct avec l'indexation anticipée de leurs prestations sur l'inflation le 1^{er} juillet 2022.

Les dépenses de la branche maladie seraient toujours soutenues, en 2022, par trois principaux moteurs :

– en dépit d'une baisse de 7,4 milliards d'euros par rapport à 2020, les dépenses exceptionnelles liées à la crise du covid-19 se sont élevées à 11,5 milliards d'euros en intégrant notamment le dépistage, des achats de vaccins et la poursuite de la campagne vaccinale. Cette augmentation entraîne naturellement une progression de l'Ondam supérieure à celle qui était prévue ⁽¹⁾ ;

– la poursuite des mesures issues du « Ségur de la santé » ;

– la revalorisation des prestations hors Ondam telles que les pensions d'invalidité, en raison de leur indexation anticipée sur l'inflation.

Les dépenses de la branche AT-MP, enfin, augmenteraient de 2,2 % sous les effets contraires d'une augmentation des prestations indexées sur l'inflation et d'une diminution des prestations liées à la prise en charge des personnes touchées par l'amiante, du fait d'une diminution du nombre d'allocataires.

Il convient de noter en outre que deux mesures d'ordre rectificatif ont affecté le solde 2022 ⁽²⁾ :

– la revalorisation de l'allocation de soutien familial (ASF) au 1^{er} novembre 2022, pour un impact financier sur l'année estimé à 140 millions d'euros ;

– des dispositions visant à développer l'habitat inclusif pour faire face à la perte d'autonomie, à hauteur de 45 millions d'euros. La rapporteure générale observe à cet égard que la mesure proposée dans le cadre du présent projet de loi ne contient pas, dans son analyse budgétaire, d'impact financier en 2022, ce qui signifierait qu'une initiative réglementaire viendrait corriger le droit existant avant l'entrée en vigueur dudit projet de loi. Faute de recueil des données issues des annexes au présent projet de loi susceptibles d'éclairer cette problématique, elle s'en remet donc aux données fournies – de manière diligente – par l'administration.

B. UNE AMÉLIORATION NETTE DU SOLDE

● Ces effets entraînent une amélioration du solde de l'ensemble des régimes de 15,8 % et même de 26,7 % en incluant le FSV. Cette amélioration du solde de 6,5 milliards d'euros en un an est naturellement à saluer.

(1) Voir le commentaire de l'article 4 du présent projet de loi.

(2) Ces données sont issues de réponses de la direction de la sécurité sociale à la rapporteure générale.

Le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale supposerait toutefois le maintien d'un rythme identique de réduction des déficits sur la période 2022-2026. Or, au regard de la conjoncture économique comme des trajectoires financières inscrites à l'annexe B du présent projet de loi, la rapporteure générale estime qu'il convient de rester prudent quant aux effets de ce redressement spectaculaire sur les orientations financières des ROBSS à moyen et long terme.

IV. LA SITUATION DES ORGANISMES « SATELLITES » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2022

A. LE FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Le 2° porte rectification, pour les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base – c'est-à-dire le seul FSV – du tableau d'équilibre. Ces données sont mises en regard, dans le tableau ci-après, des corrections que le présent article propose d'apporter aux prévisions de recette, objectifs de dépense et perspectives de solde afférentes.

Le rétablissement de la situation du fonds, tant au regard des prévisions que de la situation finalement arrêtée pour 2021, est spectaculaire.

Au regard de la riche documentation fournie, comme chaque année, par le président du FSV, cette évolution tient à la fois à une dynamique en recettes comparable à celle des branches des ROBSS et à une modération des dépenses plus stricte qu'anticipé.

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions pour 2022 (LFSS 2022)			Rectification pour 2022 (PLFSS 2023)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,9	19,6	- 1,2	19,3	18,0	1,3

	Comptes 2021 (PLFSS 2023)			Comptes 2022 (PLFSS 2023)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	17,7	19,3	- 1,5	19,3	18,0	1,3

Sources : LFSS 2022 et PLFSS 2023.

Côté recettes (+ 1,4 milliard d'euros par rapport aux prévisions initiales, + 1,6 milliard d'euros par rapport à 2021), le FSV bénéficie :

– de la forte progression du rendement de la CSG assise sur les revenus du patrimoine (+ 11,2 %). Cette augmentation tient aux effets décalés de la reprise

économique que la contribution enregistre, son assiette portant sur les revenus de l'année 2021 ;

– de la tout aussi forte progression du rendement de la CSG sur les revenus de remplacement (+ 4,8 %) en raison d'un « effet retour » sur l'augmentation du montant des prestations indexées sur l'inflation.

Côté dépenses (– 1,6 milliard d'euros par rapport aux prévisions initiales, – 1,3 milliard d'euros par rapport à l'exercice 2021), le FSV, dont près de deux tiers des charges correspondent aux cotisations d'assurance vieillesse au titre des périodes assimilées de chômage, bénéficie directement de la diminution du nombre de chômeurs sur l'exercice 2022, soit une baisse de 11,4 %, incluant un effet comptable de surestimation de ce nombre lors de l'arrêt des comptes en 2021.

Cet effet baissier serait en partie compensé par une augmentation de la prise en charge des cotisations maladie, invalidité et AT-MP (+ 6,7 %) en raison de l'incidence de la revalorisation du Smic sur les modalités de calcul du coût unitaire des arrêts de travail. En outre, au titre de l'article 107 de la LFSS 2022 ⁽¹⁾, le Fonds prend en charge, pour un montant estimé à 93 millions d'euros pour l'année en cours, la possibilité pour les travailleurs indépendants dont l'activité a été affectée par la crise sanitaire de bénéficier, de manière dérogatoire, d'un nombre de trimestres de retraite validés en 2020 et 2021 équivalent à la moyenne des trimestres validés lors des exercices 2017, 2018 et 2019.

Au total, le Fonds de solidarité vieillesse retrouve des excédents inattendus, ce dont la rapporteure générale se réjouit d'autant plus que peu de lois de financement ont pu constater une telle situation.

B. LE FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Depuis que la loi du 9 novembre 2010 ⁽²⁾ a transformé le FRR en fonds fermé, aucune recette ne lui est affectée, ce que confirme le 4°.

La mission du FRR est désormais de verser à la Cades, en avril de chaque année, 2,1 milliards d'euros, de 2011 à 2024, soit un total de 29,4 milliards d'euros, comme l'ont encore confirmé les lois organique et ordinaire du 7 août 2020 relatives à la dette sociale et à l'autonomie ⁽³⁾.

Au 31 décembre 2021, soit après déduction du versement annuel de 2,1 milliards d'euros, la valeur de marché du portefeuille du FRR s'élevait à 26 milliards d'euros, en amélioration nette de 700 millions d'euros par rapport à l'exercice 2020.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

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

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

C. LA CAISSE D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE

Le 5^o prévoit un objectif d'amortissement de 18,6 milliards d'euros, supérieur à la fois à l'objectif fixé en LFSS 2022 (18,3 milliards d'euros) et à l'objectif retenu pour l'exercice 2021 (17,8 milliards d'euros) ⁽¹⁾.

Cette amélioration continue de l'objectif d'amortissement tient au dynamisme des recettes, qui devraient augmenter de 19 milliards d'euros en 2021 à 19,9 milliards d'euros en 2022. Les ressources de la Cades – une fraction de CSG et l'intégralité du produit de la CRDS – pèsent en effet principalement sur la masse salariale, en forte croissance pour l'exercice 2022.

Fin 2022, la Cades devrait avoir amorti 223,9 milliards d'euros de dette soit 62,1 % des 360,5 milliards d'euros de dette sociale transférée à la même date.

Au 31 août 2022, la Cades se refinançait globalement au taux très favorable de 0,77 %, un taux globalement réorienté à la hausse après plusieurs années de baisse.

À la fin de l'année 2022, la Cades aura mené, selon son président auditionné par la rapporteure générale, sept opérations pour un montant total d'émission de 29 milliards d'euros. Dans l'état actuel des conditions de refinancement, en l'absence de nouvelle reprise de dettes, les prévisions de la Cades lui permettent d'estimer qu'elle sera en mesure d'amortir l'ensemble de sa dette en 2032 ⁽²⁾.

*

* *

(1) Article 1^{er} du présent projet de loi.

(2) La loi organique n° 2020-991 du 7 août 2020 prévoit un horizon d'amortissement au plus tard en 2033.

Article 4

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 4 vise à rectifier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2022, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

I. UN ARTICLE OBLIGATOIRE EN LOI DE FINANCEMENT

Le présent article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) en application des dispositions organiques définissant son contenu, y compris dans leur rédaction issue de la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

L.O. 111-3-3 du code de la sécurité sociale

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

[...]

« 2° Rectifie les objectifs de dépenses, par branche, de ces régimes et l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que leurs sous-objectifs approuvés dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale ;

Le présent article rectifie donc les prévisions inscrites à l'article 114 de la LFSS 2022 ⁽²⁾.

II. LA RECTIFICATION DES PRÉVISIONS DE L'ONDAM ET DES SOUS-OBJECTIFS

A. UN DÉPASSEMENT TOUT AU LONG DE L'ANNÉE QUI TIENT PRINCIPALEMENT AUX DÉPENSES DE SANTÉ FACE À LA COVID-19

Les dépenses sous Ondam pour 2022 ont évolué plus rapidement qu'il était prévu dans la précédente loi de financement, en raison notamment d'une croissance plus vive qu'anticipé des sous-objectifs relatifs à l'investissement, aux soins de ville et aux établissements et services pour personnes handicapées. Il en résulte un

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

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

dépassement global de 9,1 milliards d'euros par rapport à l'objectif voté en LFSS 2022.

ÉVOLUTION COMPARÉE DE L'ONDAM POUR 2022 ENTRE LES PRÉVISIONS DE LA LFSS 2022 ET LA RECTIFICATION EN PLFSS 2023

(en milliards d'euros)

	Ondam 2022 et sous-objektifs prévisionnels (LFSS 2022)	Ondam et sous-objektifs rectifiés (PLFSS 2023)	Écart à la prévision
Dépenses de soins de ville	102,5	107,3	5 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	95,3	97,1	2 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,3	14,6	2 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,3	13,8	4 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	5,9	6,3	7 %
Autres prises en charge	5,5	6,8	24 %
Total	236,8	245,9	4 %

Source : LFSS 2022 et PLFSS 2023.

Ce dépassement, selon les analyses présentées à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tiendrait essentiellement à une révision de la prise en charge des dépenses liées au contexte épidémique, et notamment de la cinquième vague de covid-19 au début de l'année 2022.

Cette augmentation à hauteur de 6,6 milliards d'euros a été notamment documentée par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie ⁽¹⁾. Dans son avis du 15 avril 2022 ⁽²⁾, ce comité estimait que la provision de la LFSS 2022 risquait « d'être significativement dépassée », au regard notamment d'un versement atteignant 1,2 milliard d'euros à Santé publique France pour honorer des commandes de vaccins et de médicaments passées fin 2021.

(1) Ce comité, créé par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, rend chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, un avis sur le respect de l'Ondam pour l'exercice en cours. Il se saisit notamment en cas de risque sérieux de dépassement de l'Ondam, caractérisé par un dépassement supérieur de 0,5 % aux prévisions initiales.

(2) Avis du comité d'alerte n° 2022-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, 15 avril 2022.

Dans son second avis ⁽¹⁾, le comité a estimé qu’il existait « *un risque sérieux que les dépenses d’assurance maladie dépassent l’objectif national de dépenses d’assurance maladie pour 2022 avec une ampleur supérieure au seuil de 0,5 % (soit 1 184 millions d’euros)* » dont les causes lui apparaissaient liées pour l’essentiel aux surcoûts induits par l’épidémie de covid-19. Les prévisions du comité ont donc été largement dépassées sur l’année entière.

S’ajoutent à ces dépenses de crise :

– 2,3 milliards d’euros au titre de la revalorisation du point d’indice au sein de la fonction publique hospitalière et son extension dans le secteur privé, ainsi que l’augmentation de l’enveloppe allouée aux établissements de santé et médico-sociaux pour faire face aux conséquences de l’inflation (+ 800 millions d’euros) ;

– 200 millions d’euros pour mettre en œuvre à l’été les mesures issues de la mission « flash » sur les urgences et les soins non programmés ⁽²⁾.

B. UN ONDAM EN HAUSSE DE 2,2 % AU TOTAL

ÉCART ENTRE L’ONDAM CONSTATÉ POUR 2021 ET L’ONDAM RECTIFIÉ POUR 2022

(en milliards d’euros)

	Ondam 2021 constaté ^(*)	Ondam 2022 rectifié (PLFSS 2023)	Écart entre les deux exercices
Dépenses de soins de ville	105,2	107,3	2,0 %
Dépenses relatives aux établissements de santé	96,8	97,1	0,3 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,4	14,6	1,4 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4	13,8	11,3 %
Dépenses relatives au fonds d’intervention régional et au soutien national à l’investissement	4,3	6,3	46,5 %
Autres prises en charge	7	6,8	-2,9 %
Total	240,1	245,9	2,4 % ⁽³⁾

(*) Les données relatives aux sous-objectifs constatés pour 2021 n’étant pas prévus en première partie, ces chiffres sont issus du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale pour septembre 2022.

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022 et PLFSS 2023.

(1) Avis du comité d’alerte n° 2022-2 sur le respect de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie, 15 mai 2022.

(2) François Braun, rapport de la mission flash sur les urgences et les soins non programmés, juin 2022.

(3) Cet écart est supérieur à l’augmentation de l’Ondam pour 2022 en raison d’une différence entre la présentation des montants à champ constant et la présentation des taux d’évolution de l’Ondam en prenant en compte l’inflation, donc en « euros courants ».

Les révisions de la prévision comme les mesures nouvelles adoptées en 2022 aboutissent à un Ondam estimé à 245,9 milliards d’euros, en hausse de 2,4 % sur l’ensemble du périmètre, y compris les mesures « Ségur » et les mesures de crise.

À l’exception des « autres prises en charge », l’ensemble des sous-objectifs est en hausse entre les exercices 2021 et 2022, hausse que le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale estime à 5,4 % hors dépenses liées à la crise sanitaire. Le graphique ci-dessous témoigne en effet d’un rattrapage progressif de la trajectoire de l’Ondam total par celle de l’Ondam hors-crise, témoignant notamment de la montée en charge des mesures du Ségur.



Note 1 : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions dans les bulles sont présentées à champ constant.

Source : Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022

La rapporteure générale estime que, si ces graphiques ont naturellement une vertu pédagogique au regard de la variabilité que fait peser la crise sanitaire sur les prévisions de l’Ondam, ce rattrapage est bienvenu, non seulement parce qu’il signifie en creux que les dépenses de crise n’ont plus lieu d’être, mais également pour la lisibilité des comptes sociaux qui pâtit de la coexistence de plusieurs trajectoires du taux d’évolution de l’Ondam – selon que le périmètre retienne les mesures de crise, les mesures issues du « Ségur de la santé » ou aucune de ces deux catégories.

La décomposition de cette augmentation de l’Ondam global entre les différents sous-objectifs se présente de la façon suivante :

- le sous-objectif « soins de ville » s’accroît de 2,1 milliards d’euros en raison d’un surcoût global lié à la crise sanitaire de 6,5 milliards d’euros, comprenant notamment une augmentation de la réalisation de tests diagnostiques (+ 4,6 milliards d’euros) et des indemnités journalières versées aux personnes malades de la covid-19, aux cas contact ou pour garde d’enfants (+ 1,7 milliard d’euros), ainsi qu’une augmentation tendancielle des dépenses liées aux produits de santé en ville ;

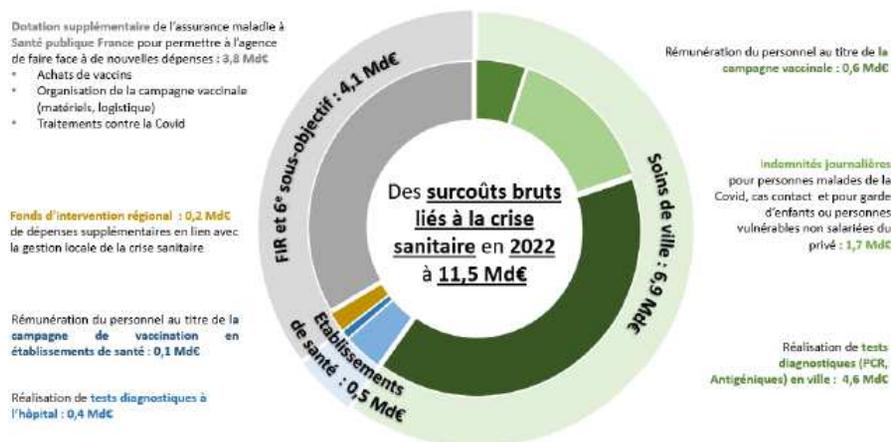
– le sous-objectif « établissements de santé » augmente de 500 millions d’euros sous les effets précédemment exposés relatifs au point d’indice et à la prise en compte de l’inflation ;

– le sous-objectif « établissements et services pour les personnes âgées » demeure globalement stable (+ 200 millions d’euros), mais il bénéficie notamment de l’augmentation des dotations aux établissements médico-sociaux au cours de la campagne 2022 ;

– le sous-objectif « établissements et services pour les personnes handicapées » augmente de 1,4 milliard d’euros, bénéficiant notamment de l’extension des revalorisations du Ségur de la santé aux professionnels de la filière socio-éducative en application de la conférence du 18 février 2022 (+ 348 millions d’euros) ;

– le sous-objectif « fonds d’intervention régional et soutien national à l’investissement » augmente fortement, de 2 milliards d’euros, notamment en raison des achats nécessités par la crise pour un montant de 3,8 milliards d’euros.

Les surcoûts bruts relatifs aux dépenses « covid » ont finalement représenté 11,5 milliards d’euros pour l’année 2022, répartis comme suit.



Source : Annexe 5 au présent projet de loi.

*
* *

**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**

Article 5

**Poursuite de la modernisation des offres de services en faveur des particuliers
en matière de services à la personne**

Adopté par la commission sans modification

L'article 20 de la LFSS 2020 avait lancé une expérimentation dans les départements du Nord et de Paris visant à assurer le « versement contemporain » d'aides aux particuliers, âgés ou en situation de handicap, employant des aides à domicile. Ces publics, sur la base du volontariat, n'avaient plus besoin de procéder à une avance de trésorerie puisque le crédit d'impôt sur le revenu portant sur les dépenses à la charge des particuliers employeurs leur était versé pendant l'année en cours et qu'il était tenu compte des aides qui leur étaient versées par ailleurs – allocation personnalisée d'autonomie et prestation de compensation du handicap notamment.

L'article 13 de la LFSS 2022 avait procédé à la généralisation progressive de ce dispositif. Ainsi, depuis janvier 2022 pour les personnes utilisant le chèque emploi service universel, et depuis juin 2022 pour celles ayant recours à un prestataire extérieur, l'Urssaf calcule l'avantage tiré du crédit d'impôt et déduit cette somme des montants prélevés sur les particuliers employeurs pour le paiement du salarié ou de l'organisme. Ce même article avait également prévu d'inclure dans ce dispositif généralisé les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH) au 1^{er} janvier 2023 ainsi que les particuliers employeurs bénéficiant d'une garde d'enfant au 1^{er} janvier 2024.

Outre des modifications rédactionnelles visant à adapter le cadre législatif à tous les organismes de service à la personne, l'article 5 a pour objectif d'ajuster le calendrier de généralisation de cette expérimentation. Il s'agit ainsi d'anticiper l'ouverture du service d'avance immédiate à la garde d'enfants de plus de 6 ans à septembre 2022 et, compte tenu des enjeux techniques de cette réforme, de prolonger le cadre expérimental pour les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2024, tout en intégrant les activités de garde d'enfants dans cette expérimentation.

I. L'ÉTAT DU DROIT : DE NOMBREUX DISPOSITIFS SOCIAUX ET FISCAUX VISENT À FAVORISER L'EMPLOI À DOMICILE SANS POUR AUTANT ÉRADICHER LE TRAVAIL DISSIMULÉ ET LA SOUS-DÉCLARATION

A. CARACTÉRISÉ PAR UNE GRANDE DIVERSITÉ, L'EMPLOI À DOMICILE BÉNÉFICIE D'UN INVESTISSEMENT PUBLIC IMPORTANT

1. Une grande diversité de particuliers employeurs et d'employés à domicile

D'après les données de l'Urssaf ⁽¹⁾, 3 255 993 employeurs ont effectué au moins une déclaration en 2020.

Énumérées dans le code du travail ⁽²⁾, les activités pouvant faire l'objet de services à la personne peuvent être réparties en trois catégories :

- l'emploi à domicile, hors garde d'enfant ;
- les assistantes maternelles ;
- la garde d'enfant à domicile.

NOMBRE ANNUEL DE PARTICULIERS EMPLOYEURS

nombre annuel de particuliers employeurs	Niveau sur l'ensemble de l'année* (millions)				Evolution annuelle (%)		
	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Employeurs à domicile hors garde d'enfant	2,23	2,22	2,21	2,17	-0,6	-0,3	-1,9
Garde d'enfant à domicile	0,13	0,13	0,13	0,12	+1,1	-0,7	-4,0
Total Emploi à domicile	2,36	2,35	2,34	2,29	-0,5	-0,3	-2,0
Assistants maternelles	1,06	1,04	1,00	0,97	-2,3	-3,2	-3,7
Total particuliers employeurs	3,40	3,36	3,32	3,24	-1,1	-1,2	-2,5

* nombre de comptes employeurs ayant fait au moins une déclaration dans l'année.

Source : Urssaf.

Toujours selon l'Urssaf, en 2020, environ 1,4 milliard d'heures de travail ont été rémunérées, soit environ 437 heures annuelles par employeur, pour une masse salariale totale d'environ 8,1 milliards d'euros et un salaire moyen annuel par employeur de 2 510 euros. Le secteur emploie ainsi 1 225 653 personnes, dont 67,7 % en emploi à domicile hors garde d'enfant. Les employés ont déclaré en 2020 une moyenne de 120 heures par mois.

(1) <https://open.Urssaf.fr/pages/particuliers-employeurs-et-leurs-employes>

(2) Article D. 7231-1 du code du travail.

LES PARTICULIERS EMPLOYEURS PAR DISPOSITIF AU QUATRIÈME TRIMESTRE 2020

	Niveau au T4 (en milliers)				Glissement annuel au T4 (en %)		
	2017	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Cesu	1 608	1 591	1 587	1 567	- 1,1	- 0,3	- 1,3
DNS hors Aged	223	218	213	181	- 2,2	- 2,3	- 15,2
dont associations mandataires	185	183	186	177	- 0,7	+ 1,5	- 5,0
S/s total hors garde d'enfant à domicile (1)	1 830	1 809	1 800	1 747	- 1,2	- 0,5	- 2,9
S/s total garde d'enfant à domicile (2)	96	96	93	88	- 0,5	- 2,3	- 5,7
Total emploi à domicile (1) + (2)	1 926	1 904	1 893	1 835	- 1,2	- 0,6	- 3,0
S/s total assistantes maternelles (3)	802	775	751	720	- 3,4	- 3,1	- 4,0
Total particuliers employeurs (1) + (2) + (3)	2 728	2 679	2 644	2 556	- 1,8	- 1,3	- 3,3
dont garde d'enfant (2) + (3)	898	871	844	808	- 3,0	- 3,0	- 4,2

Source : Urssaf.

2. Les différentes modalités d'emploi à domicile

Les particuliers employeurs ont majoritairement recours à deux types d'emplois : soit l'emploi direct concernant 657 000 salariés au quatrième trimestre 2020, soit le recours à un prestataire.

a. L'emploi direct

Les modalités de déclaration de la rémunération des salariés employés directement par les particuliers sont connues. Elles passent notamment par le chèque emploi service universel (Cesu), service des Urssaf en vigueur depuis 1994⁽¹⁾, que ce soit pour un emploi à temps partiel ou complet. Le Cesu recouvre deux dispositifs :

- le Cesu déclaratif, qui permet à un particulier employeur de déclarer son salarié à domicile et de bénéficier de dispositifs de soutien (décrits plus bas) ;

- le Cesu préfinancé qui consiste en un titre spécial de paiement à montant prédéfini, pour lequel l'identité du bénéficiaire est établie, afin de procéder au paiement des salaires et prestations de services à la personne ou de garde d'enfants. Ce dispositif est pris en charge, en tout ou partie, par l'employeur, *via* par exemple les comités d'entreprise.

Le Cesu ne permet toutefois pas de déclarer l'activité des assistants maternels ou d'une garde d'enfant de moins de 6 ans à domicile, qui doit passer par un autre service des Urssaf, Pajemploi.

(1) Ce dispositif était appelé chèque emploi service (CES) jusqu'au plan dit « Borloo » de 2006, qui en étend également le périmètre pour y intégrer de nouveaux métiers.

RÉCAPITULATIF DES MODES DÉCLARATIFS SELON LE TYPE D'EMPLOI À DOMICILE

Type d'emploi de particulier employeur	Mode déclaratif
Aide-ménagère, soutien scolaire et tout emploi ne relevant pas des types ci-dessous.	Cesu (Chèque emploi service universel) <i>Service de l'Urssaf pour déclarer la rémunération des salariés à domicile (hors assistants maternels). C'est également un moyen de paiement utilisé dans les emplois de service à la personne. Il est introduit en 1993.</i>
Assistants maternels (activité hors domicile de l'employeur) ou garde d'enfant à domicile quand l'employeur bénéficie d'un complément de libre choix du mode de garde (CMG).	Pajemploi (Centre National Pajemploi) <i>Service de l'Urssaf destiné aux formalités administratives des parents employeurs qui font garder leur enfant par un assistant maternel agréé ou une garde d'enfant à domicile (bénéficiaire du CMG). Il a été introduit par un décret d'application de la LFSS de 2004. En pratique, le parent employeur communique à Pajemploi le montant du salaire de l'assistant maternel et Pajemploi se charge de prélever ce montant ainsi que de fournir la fiche de paie à l'employé.</i>

Source : commission des affaires sociales

Les aides à la garde d'enfant

La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) est introduite par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, mettant en œuvre les engagements pris par le Gouvernement lors de la Conférence de la famille de 2003. Elle comprend la prime à la naissance ou d'adoption, l'allocation de base, la prestation partagée d'éducation de l'enfant et le complément de libre choix du mode de garde (CMG). En 2021, 2 millions de familles ont bénéficié d'au moins une des aides financières de la Paje pour un coût de 10,8 milliards d'euros ⁽¹⁾.

Quand l'enfant a plus de 6 ans, les parents ne bénéficient plus de droit au CMG ni d'aides au paiement des cotisations. Les parents employeurs continuent néanmoins de bénéficier du crédit d'impôt relatif à la garde à domicile. Ils ont dès lors deux options pour la déclaration de la garde d'enfant : soit continuer de la déclarer sur Pajemploi, soit la déclarer au Cesu.

Le complément de libre choix pour la garde d'enfant (CMG) est une aide aux parents pour financer la garde de leur enfant de moins de 6 ans par un assistant maternel agréé, une garde à domicile ou une micro-crèche. Le CMG comprend une prise en charge partielle de la rémunération du salarié. Le montant versé par Pajemploi varie selon les ressources, le nombre d'enfants et leur âge. Un minimum de 15 % de la dépense reste à la charge de l'employeur. Les employeurs d'assistants maternels agréés bénéficient d'un crédit d'impôt égal à 50 % des dépenses effectives. Ces dépenses effectives sont limitées à 2 300 euros par an et par enfant gardé ⁽²⁾. L'employeur d'assistant maternel peut donc au maximum déduire 1 150 euros par enfant et jusqu'à 575 euros en cas de garde partagée. En outre, si l'employeur particulier bénéficie du CMG de la Paje et que la rémunération de l'assistant maternel agréé ne dépasse pas le plafond journalier de référence, il n'y a pas de cotisations à payer.

La Paje s'est substituée à cinq prestations ⁽³⁾ afin de simplifier et rendre plus lisibles les prestations liées à l'accueil du jeune enfant. La création de la Paje et de Pajemploi a pour objectif de faciliter les démarches administratives des particuliers employeurs, afin d'éviter le travail à domicile non déclaré et d'augmenter la protection sociale des employés à domicile.

Dans l'ensemble, selon la Cour des comptes ⁽⁴⁾, les prestations Paje n'ont pas d'impact redistributif significatif. En effet, les prestations soumises à conditions de ressources (primes à la naissance et à l'adoption et allocation de base) ne représentent qu'un tiers de la dépense totale, soit 3,7 milliards d'euros, contre 7,2 milliards d'euros pour le CMG et la Prépare en 2021. Depuis 2014, le nombre de bénéficiaires d'au moins une prestation de la Paje a diminué de 14,3 % pour s'établir à un peu moins de deux millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires de la Paje a diminué à un rythme deux fois supérieur à celui des naissances depuis 2014.

Néanmoins, la plateforme Pajemploi semble avoir effectivement simplifié la déclaration d'assistants maternels et de garde d'enfants à domicile. Les études montrent que le bilan de Pajemploi est globalement positif. De plus, 88 % des personnes interrogées dans une étude datée de 2006 ⁽⁵⁾ jugeaient plus facile l'outil de déclaration Pajemploi que le système précédent, c'est-à-dire la déclaration nominative trimestrielle simplifiée (DNS).

Dans le cas de l'emploi direct ⁽⁶⁾, plusieurs données décrivant les tendances récentes sont à prendre en compte :

– le nombre de salariés en emploi direct tend à diminuer en proportion mais représentait encore 91,3 millions d'heures rémunérées en 2020, en hausse de 6,9 % sur un an ⁽⁷⁾ ;

– 81 300 salariés déclarés pour la garde d'enfant à domicile sont rémunérés *via* le dispositif Paje. Ce nombre est en diminution comme en 2019 ;

– on constate également un recul du nombre d'assistants maternels puisque 240 700 d'entre eux étaient déclarés à la Paje en 2020, nombre en recul depuis 2013, y compris en équivalent temps plein. Ils ont en moyenne déclaré 3,1 employeurs et ils effectuent un nombre moyen d'heures rémunérées plus élevé que les gardes d'enfant à domicile ou les salariés du Cesu, du fait de la garde simultanée de plusieurs enfants.

(1) Cour des comptes, « La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale », octobre 2022 (page 51)

(2) 1 150€ si garde alternée

(3) L'allocation pour jeune enfant (APJE) courte et longue, l'allocation parentale d'éducation (APE), l'allocation d'adoption, l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (Afeama) et l'allocation de garde d'enfant à domicile (Aged).

(4) Cour des comptes, « La sécurité sociale. Rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale », octobre 2022 (chapitre VIII)

(5) Chauffaut D., Minonzio J., Nicolas M., Olm C., Simon M.-O., 2006, « La prestation d'accueil du jeune enfant : un dispositif globalement apprécié par ses bénéficiaires », *L'e-ssentiel*, n° 46.

(6) Dans ce cas, le particulier employeur peut faire appel à un mandataire qui se charge des formalités administratives d'embauche mais le particulier reste l'employeur du salarié.

(7) Urssaf, « En 2020, la crise sanitaire accentue le recul de l'emploi direct des particuliers employeurs », *Stai'ur* n° 336, janvier 2022. Cette hausse apparente s'explique par l'augmentation du nombre d'heures rémunérées résultant de la suppression dans les départements et régions d'outre-mer au 1^{er} octobre 2020 de la déclaration sociale nominative au profit du Cesu.

LES SALARIÉS PAR TYPE DÉCLARATIF AU QUATRIÈME TRIMESTRE 2020

Type déclaratif	Nombre de salariés		Volume horaire mensuel moyen	Salaire mensuel net moyen (euros)	Salaire horaire net (euros)	Nombre d'employeurs moyen
	Niveau (en milliers)	Evolution 2020/2019				
Cesu	657,2	- 1,8	46	519	11,22	2,8
Paje-Ged	81,3	- 7,3	61	578	9,46	1,2
Paje-AM	240,7	- 5,9	342	1 238	3,62	3,1

Source : Urssaf, 2020.

Près de neuf salariés à domicile sur dix sont des femmes – en particulier dans le secteur des assistants maternels féminisé à 99 % ⁽¹⁾. 50 % des salariés sont âgés de 50 ans ou plus. Une forte majorité d'entre eux travaille à temps partiel : 55 % des emplois à domicile hors garde d'enfant et 41 % des emplois de garde d'enfant à domicile ont moins de 20 % d'un temps plein.

CAPACITÉ THÉORIQUE D'ACCUEIL DES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS EN 2019

MODES D'ACCUEIL FORMELS	CAPACITÉ THÉORIQUE D'ACCUEIL	NOMBRE DE PLACES POUR 100 ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS
Assistant(e) maternel(le) employé(e) directement par des particuliers	744 300	33,0
Garde d'enfants à domicile	47 700	2,1
Accueil individuel	792 000	35,1
Établissement d'accueil du jeune enfant (collectif, familial et parental, micro-crèche)	471 000	20,9
École maternelle	82 700	3,7
Accueil collectif	553 700	24,6
Capacité théorique d'accueil de l'ensemble des modes formels	1 345 700	59,8

Source : Observatoire de l'emploi à domicile, 2022.

(1) Observatoire de l'emploi à domicile, « Le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile », rapport sectoriel, édition 2022.

L'impact de la crise sanitaire sur les particuliers employeurs ⁽¹⁾

La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'emploi direct des particuliers employeurs. Alors que leur nombre était déjà en recul depuis 2013, il a chuté, en 2020, de 3,3 % (après - 0,6 % en 2019), ce qui est particulièrement frappant pour les gardes d'enfant à domicile (- 5,7 %) et pour l'emploi d'assistantes maternelles (- 4 %). Le nombre d'heures déclarées chute également (- 8,2 %) comme la masse salariale (- 6,6 %).

En outre, pour la première fois, la situation de crise sanitaire a conduit à étendre les mesures de chômage partiel aux salariés des particuliers employeurs, c'est-à-dire tous les salariés à domicile et les assistants maternels qui travaillent pour le compte d'un particulier employeur. Ils ont bénéficié d'une indemnisation à hauteur de 80 % du salaire net afférent aux heures non effectuées avec un montant plancher équivalent au salaire minimum. En 2020, ces indemnités se sont élevées à 445 millions d'euros. Entre mars et juin 2020, 49 % des employeurs de salariés à domicile hors garde d'enfant ont utilisé ce dispositif contre 0,4 % d'entre eux au quatrième trimestre.

b. Le recours à un prestataire

S'ils ne souhaitent pas employer directement leurs salariés, les particuliers employeurs peuvent faire appel à des prestataires qui emploient et rémunèrent des salariés mis à la disposition des particuliers ⁽²⁾.

Ce service est ensuite facturé aux particuliers, leur conférant la position de client. Si elles sont agréées ⁽³⁾, ces structures peuvent bénéficier d'exonérations de cotisations sociales ⁽⁴⁾.

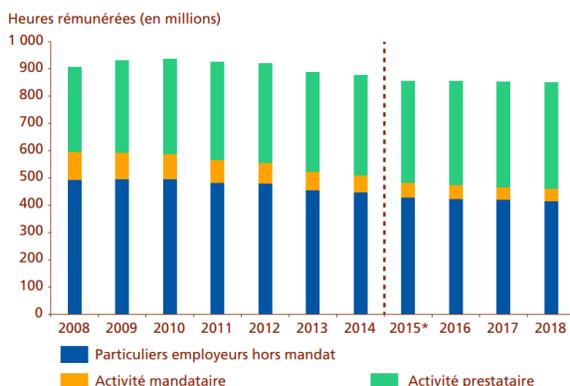
(1) Les données de cet encadré sont issues de : Urssaf, « En 2020, la crise sanitaire accentue le recul de l'emploi direct des particuliers employeurs », Stat'ur n° 336, janvier 2022

(2) Le particulier recourt à un opérateur de services à la personne qui est l'employeur de l'intervenant à domicile. Le consommateur contracte avec l'opérateur qui lui facture ensuite la prestation. Il peut également exister une forme de mise à disposition par laquelle l'organisme de services à la personne recrute des travailleurs qui sont mis à disposition des particuliers. L'opérateur reste l'employeur de l'intervenant mais il délègue une partie de ses responsabilités au consommateur (instructions relatives aux tâches, horaires...).

(3) Deux types d'agrément existent : l'agrément simple et l'agrément qualité. Ce dernier est obligatoire lorsque l'activité de la structure porte sur la garde d'enfant de moins de 3 ans ou l'assistance à un public fragile (personnes âgées et personnes handicapées).

(4) Les structures ayant un agrément qualité pour intervenir auprès d'un public fragile bénéficient d'une exonération des cotisations patronales (hors AT-MP) : les prestataires intervenant auprès de personnes âgées en situation de dépendance ou de handicap bénéficient, quant à eux, de dispositifs d'allègements de cotisations patronales alignés sur la réduction générale dite « Fillon », jusqu'à un salaire de 1,6 Smic. L'exonération est totale jusqu'à 1,2 Smic.

HEURES TOTALES RÉMUNÉRÉES SELON LE TYPE D'EMPLOYEUR (2018)⁽¹⁾



Source : Dares, 2020.

HEURES RÉMUNÉRÉES EN PRESTATAIRE PAR TYPE D'ORGANISMES

Type d'organismes	Heures rémunérées (en millions)		Évolution des heures 2017/2018 (en %)	Répartition des heures (en %)	
	2017	2018		2017	2018
Associations	199,3	194,2	-2,5	51,1	49,8
Organismes publics	35,2	34,1	-3,0	9,0	8,8
Entreprises privées	151,2	161,5	6,7	38,8	41,4
Dont : micro-entrepreneurs....	4,3	4,8	10,5	1,1	1,2
Ensemble	385,7	389,9	1,1	100,0	100,0

Source : Dares, 2020.

Ces prestataires se répartissent en trois catégories : les associations à but non lucratif, les entreprises privées et les organismes publics – notamment les centres communaux d'action sociale. D'après les dernières données de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) datant de 2018, le secteur associatif reste dominant mais les entreprises privées connaissent un fort dynamisme⁽²⁾.

3. Un soutien à l'emploi à domicile par des avantages fiscaux et sociaux

a. Les avantages fiscaux

● L'article 199 *sexdecies* du code général des impôts prévoit une réduction d'impôt, créée en 1992. Le montant équivaut à 50 % des dépenses engagées au titre

(1) Pour rappel, l'activité mandataire est assimilable à un emploi direct par le particulier employeur.

(2) Dares, « Les services à la personnes en 2018. Légère baisse de l'activité, hausse du recours aux organismes prestataires », 27 février 2020, Dares résultats n° 011, Éric Kulanthaivelu.

de la rémunération des aides à domicile. Ce crédit d'impôt est plafonné à 12 000 euros ⁽¹⁾ portés à 20 000 euros si le particulier employeur :

– est dans une situation d'invalidité le contraignant à avoir recours à une tierce personne pour ses actes quotidiens ;

– héberge sous son toit une personne dans la condition décrite ci-dessus ;

– héberge sous son toit un enfant éligible à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

Ce crédit d'impôt constitue un investissement public considérable, d'un montant annuel d'environ 6 milliards d'euros, dont 1,1 milliard d'euros pour le crédit spécifique à la garde d'enfant et 4,8 milliards d'euros pour les autres services ⁽²⁾.

• Il faut également noter que les services d'aides à la personne bénéficient de taux réduits de TVA, en particulier pour les activités d'assistance dans les actes quotidiens des personnes âgées et handicapées (5,5 %), avec un taux intermédiaire pour les activités moins directement liées à une situation de dépendance (10 %).

b. Les avantages sociaux

• Depuis le début des années 1990, le soutien à l'emploi de salariés à domicile a conduit le législateur à accroître les montants de cotisations exonérées dans le but de diminuer le coût du travail des emplois à domicile.

Dans certains cas, quel que soit le mode de déclaration (DSN, Cesu, Paje), l'emploi d'un salarié à domicile peut permettre au particulier employeur concerné de bénéficier d'une exonération totale de cotisations patronales selon des conditions liées à l'âge et à la nécessité d'une aide extérieure.

Ainsi, après une première mesure d'exonération votée en 2005 et supprimée en 2011 ⁽³⁾, une déduction forfaitaire a été créée en 2013 dans le but d'alléger les particuliers employeurs du paiement de cotisations sociales patronales. Depuis le 1^{er} décembre 2015, elle s'élève à 2 euros par heure déclarée ⁽⁴⁾. Le montant de cette exonération représente 1,19 milliard d'euros en 2020 pour un taux d'exonération

(1) Ou 15 000 euros lors de la première année d'imposition.

(2) *Étude d'impact jointe au projet de loi.*

(3) *Urssaf, « En 2020, la crise sanitaire accentue le recul de l'emploi direct des particuliers employeurs », Stat'ur n° 336, janvier 2022 : « la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, prévoyait une nouvelle mesure d'exonération. À compter du 1^{er} janvier 2006, en choisissant l'option salaire réel pour le calcul de ses cotisations (plutôt qu'au forfait), l'employeur bénéficiait d'une réduction de 15 points du taux des cotisations patronales de sécurité sociale (maladie, vieillesse, famille et accident du travail). Cette réduction, qui a été supprimée le 1^{er} janvier 2011, correspondait à une diminution de près de 50 % du taux des cotisations patronales de Sécurité sociale ».*

(4) *Ce montant était d'abord fixé à 75 centimes par heure travaillée au 1^{er} janvier 2013, puis à 1,5 euros au 1^{er} janvier 2015. Il peut être porté aujourd'hui à 3,70 euros pour les départements et collectivités d'outre-mer.*

apparent de 20,7 %. 53 % des employeurs en avaient bénéficié au quatrième trimestre 2020.

RÉPARTITION DES PARTICULIERS EMPLOYEURS DE SALARIÉS À DOMICILE PAR CATÉGORIE D'EXONÉRATION (HORS CESU DOM)

Catégorie d'employeurs	Effectifs ^a (en milliers)			Assiette brute (millions d'euros)			Exonérations ^b (millions d'euros)			Taux d'exo (%) (3) = (2) / (1)	
	T4 2019	T4 2020	évolution (%)	montant 2019	montant 2020	évolution (%)	montant 2019	montant 2020	évolution (%)	2019	2020
Hors garde d'enfant sans exonération	5	4	-22,9	39	42	7,8					
Garde d'enfant sans exonération	0	0		0	0						
Bénéficiaires d'exonérations	1 865	1 800	-3,5	6 173	5 711	-7,5	1 267	1 193	-5,9	20,5	20,9
dont : Plus de 70 ans	674	660	-2,0	1 906	1 864	-2,2	458	443	-3,3	24,0	23,7
Apa	123	112	-8,8	752	734	-2,3	216	211	-2,3	28,7	28,7
Déduction 2€ ou exo. DOM	990	955	-3,5	2 894	2 564	-11,4	392	341	-13,2	13,6	13,3
Autres ^c	78	72	-7,8	621	548	-11,8	202	199	-1,2	32,5	36,4
Total général	1 870	1 805	-3,5	6 212	5 752	-7,4	1 267	1 193	-5,9	20,4	20,7

a Bénéficiaires (ou non) du dispositif au moins une fois sur le trimestre. Il n'y a pas égalité entre les totaux et la somme des effectifs des différentes catégories car un employeur peut cumuler plusieurs exonérations sur un même trimestre.

b Ce montant ne comprend pas les exonérations des heures supplémentaires instituées par la loi TEPA entrée en vigueur le 1er octobre 2007. En outre, les montants d'exonération présentés ici sont rattachés aux périodes d'emploi de l'année et diffèrent ainsi des données comptables diffusées par ailleurs.

c Particuliers bénéficiant d'une allocation spécifique telle que le complément d'éducation spéciale, l'allocation compensatrice ou la majoration pour tierce personne.

Source : Urssaf, janvier 2022.

● En outre, depuis 1948 ⁽¹⁾, 850 000 employeurs dits « fragiles » disposent d'un dispositif spécifique, aujourd'hui codifié ⁽²⁾, d'exonération des cotisations patronales maladie, famille et vieillesse. Il s'agit en particulier de l'exonération dite « plus de 70 ans » ⁽³⁾ dont bénéficient 660 000 employeurs pour un montant de 443 millions d'euros ⁽⁴⁾. Par ailleurs, 112 000 particuliers employeurs perçoivent l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et totalisent 211 millions d'euros de cotisations exonérées ⁽⁵⁾. Selon l'Observatoire de l'emploi à domicile, les employeurs dits « fragiles » représentent près d'un particulier employeur sur deux (hors garde d'enfant) mais leur activité s'est rétractée de 4,3 % du fait de la crise sanitaire ⁽⁶⁾. 549 300 assistants de vie œuvrent auprès de ces publics.

D'après l'Urssaf ⁽⁷⁾, la mise en place de la déduction forfaitaire en 2013 a permis à la quasi-totalité des employeurs à domicile de bénéficier d'un allègement de cotisations sociales patronales.

(1) Loi n° 48-1522 du 29 septembre 1948.

(2) Article L. 241-10 du code de la sécurité sociale.

(3) Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'attribution de l'exonération pour les employeurs de plus de 70 ans est automatique, c'est-à-dire sans demande préalable.

(4) Urssaf, « En 2020, la crise sanitaire accentue le recul de l'emploi direct des particuliers employeurs », *Stat'ur* n° 336, janvier 2022.

(5) Ces chiffres ne concernent que les bénéficiaires de l'APA utilisant l'emploi direct de salarié ; ils n'intègrent pas les personnes résidant dans un établissement social ou médico-social.

(6) Observatoire de l'emploi à domicile, « Le secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile », rapport sectoriel, édition 2022.

(7) Urssaf, « En 2020, la crise sanitaire accentue le recul de l'emploi direct des particuliers employeurs », *Stat'ur* n° 336, janvier 2022.

B. LA RÉFORME DE L'AVANCE IMMÉDIATE DOIT PERMETTRE DE RÉPONDRE À L'ENJEU D'AMÉLIORATION DE LA LISIBILITÉ DES DISPOSITIFS DE SOUTIEN À L'EMPLOI À DOMICILE

1. Un enjeu central : faire connaître et rendre plus lisibles les dispositifs d'aides à l'emploi à domicile

Les dispositifs visant à favoriser l'emploi à domicile ont principalement pour objectif de limiter le recours au travail dissimulé, qui reste difficile à évaluer. En 2017, une enquête du Crédoc, de la délégation nationale à la lutte contre la fraude et de la direction générale des entreprises ⁽¹⁾ avait permis d'établir que 20 % des employeurs avaient admis avoir fraudé en dissimulant soit une partie des heures travaillées, soit une partie des heures versées. Cette sous-déclaration, en diminution, semble trouver son origine moins dans des préoccupations financières (15 %) que dans des raisons de simplicité et de lisibilité des démarches (23 %).

Toutefois, une enquête de France stratégie ⁽²⁾ effectuée en 2021 auprès de 2 204 particuliers employeurs et de 1 222 employés met en exergue une « forte notoriété des aides fiscales et sociales liées à la déclaration des salariés à domicile » puisque 94 % des personnes interrogées déclaraient connaître ces dispositifs et 58 % s'estimaient bien informées. Ces mécanismes d'aide semblent d'ailleurs jouer un rôle important dans la décision de recourir à l'emploi à domicile pour 83 % des personnes interrogées. À l'inverse, il apparaît que seulement un peu plus d'un tiers des particuliers employeurs dit avoir bénéficié d'exonérations de cotisations sociales. Les avantages fiscaux semblent donc mieux connus que les dispositifs sociaux.

Enfin, un tiers des particuliers employeurs interrogés indique pratiquer la sous-déclaration ; un cinquième le fait régulièrement. Ce constat semble particulièrement valable pour les emplois de garde d'enfants et d'aide aux devoirs. La raison la plus fréquemment avancée est celle du faible nombre d'heures effectuées (47 %), juste avant l'objectif d'éviter les démarches administratives (35 %) et de payer moins cher (30 %). Accroître la lisibilité et la simplicité des démarches d'aides et de soutien à l'emploi à domicile reste donc un enjeu central pour continuer à réduire la sous-déclaration.

2. La réforme séquencée du versement d'aides aux particuliers

a. Une expérimentation lancée en septembre 2020 pour les particuliers employeurs en situation de dépendance

● L'État s'est fixé comme objectif, dans les années récentes, de continuer à moderniser et à simplifier le recours aux dispositifs favorables à l'emploi à

(1) Crédoc, *délégation nationale à la lutte contre la fraude et direction générale des entreprises*, « Une première enquête pilote en France sur le travail dissimulé », janvier 2017.

(2) https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/2021-11-22_ipsos_enquete_particuliers_employeurs.pdf

domicile. Ainsi l'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avait-il prévu l'expérimentation du versement contemporain d'aides aux particuliers employant des aides à domicile pour les personnes âgées et en situation de handicap.

Cette expérimentation était fondée sur l'idée que certains particuliers employeurs bénéficient d'aides au même moment qu'ils déclarent l'activité de leurs salariés, en distinguant ceux qui emploient directement un salarié et ceux qui ont recours à une structure intermédiaire. En effet, l'enquête de France stratégie susmentionnée conclut que le délai de versement des avantages fiscaux impacte le nombre d'heures demandées pour plus du quart des employeurs interrogés et que 89 % d'entre eux déclarent que la mise en place d'un crédit d'impôt en temps réel pourrait les inciter à déclarer leurs intervenants à domicile.

- Cette expérimentation s'inscrit également dans le cadre de la réforme du prélèvement à la source, qui a conduit l'administration fiscale à mettre en place un système complexe d'acompte par lequel les contribuables perçoivent en janvier une avance de 60 % – le solde intervenant en juillet après la déclaration de revenu. Ce système entraîne aussi la nécessité, dans certains cas, de rembourser un trop-perçu.

En se fondant sur le volontariat, deux types de particuliers employeurs étaient visés :

- ceux qui sont éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ⁽¹⁾, versée par les conseils départementaux pour couvrir les dépenses nécessaires aux personnes de plus de 60 ans dans le but de les maintenir à domicile, ou à la prestation de compensation du handicap (PCH) ⁽²⁾, aide financière personnalisée et modulable également versée par les conseils départementaux ;

- ceux qui bénéficient du crédit d'impôt.

L'expérimentation visait ainsi avant tout les personnes dépendantes. Étaient donc exclus les particuliers employeurs recourant à des salariés pour les services à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales (hors dépendance) et pour la garde d'enfant (Pajemploi).

- Les particuliers employeurs qui le souhaitaient pouvaient, dans les départements du Nord et de Paris, à partir de septembre 2020, bénéficier de ce dispositif. Celui améliore leur situation en plusieurs points importants :

- ils n'ont pas à consentir une avance de trésorerie sur une partie des charges leur incombant du fait de l'emploi d'un salarié à domicile ;

- le taux de non-recours au crédit d'impôt et aux aides peut aussi être diminué ;

- la lutte contre le travail dissimulé s'en trouve renforcée.

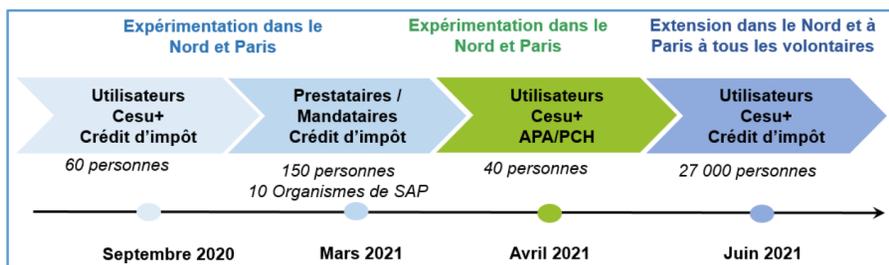
(1) Article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles.

● En outre, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 ⁽¹⁾, ont été instaurés des systèmes Cesu + et Pajemploi + dans le but d’accompagner la transition vers le prélèvement à la source. Ces dispositifs, en vigueur depuis juin 2019, permettent aux particuliers employeurs de confier l’intégralité de la rémunération du salarié à l’Urssaf. Une fois la déclaration faite, le service est informé du montant que le particulier doit recevoir au titre de l’APA ou de la PCH et il impute l’aide spécifique calquée sur le crédit d’impôt. Par cette voie, le particulier employeur ne paie que le reste à charge, sans avance de trésorerie donc.

Les particuliers qui ont recours à des prestataires pouvaient également bénéficier de cette expérimentation. Sauf cas de recours au dispositif Cesu +, les prestataires devaient informer l’Urssaf, selon l’article 20 de la LFSS 2020, des prestations réalisées, de leur nature, de l’identité de leur bénéficiaire et du montant total dû.

**CHRONOLOGIE DE L’EXPÉRIMENTATION DE L’AVANCE IMMÉDIATE
ENTRE SEPTEMBRE 2020 ET JUIN 2021**



Source : étude d’impact jointe au projet de loi.

● Même si elle a été réalisée dans le contexte de la crise sanitaire, ce qui a contraint à retenir un faible nombre de participants, l’expérimentation a permis de mettre en lumière certains enseignements, en particulier la nécessité d’une coordination étroite avec les conseils départementaux pour prendre en compte l’APA et la PCH. Or, leurs moyens techniques et leurs pratiques sont hétérogènes, ce qui rend le dispositif délicat à mettre en œuvre d’un point de vue technique.

b. Une généralisation partielle du versement contemporain en 2022

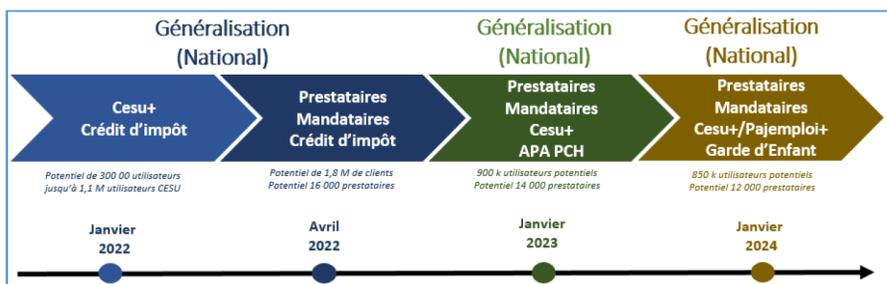
● L’article 13 de la LFSS 2022 a généralisé par étape le versement contemporain du crédit d’impôt, en le combinant avec les prestations potentiellement versées aux particuliers employeurs (APA, PCH, prestation accueil jeunes enfants).

Depuis janvier 2022 pour les personnes utilisant le Cesu ou depuis juin 2022 pour celles ayant recours à un organisme de service à la personne, l’Urssaf calcule l’avantage tiré du crédit d’impôt et déduit cette somme des montants prélevés sur les particuliers employeurs pour le paiement du salarié ou de l’organisme, dans des

(1) Article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

limites prévues par décret ⁽¹⁾. Les Urssaf versent directement au salarié ou à l'organisme concerné les sommes dues, sans tenir compte de la déduction appliquée, et sont remboursées par l'État. Cette avance est déduite du crédit d'impôt déclaré l'année suivante.

CHRONOLOGIE DE LA GÉNÉRALISATION DU DISPOSITIF DE L'AVANCE IMMÉDIATE ENTRE JANVIER 2022 ET JANVIER 2024



Source : étude d'impact jointe au projet de loi.

• Au final, la généralisation ne bénéficie à ce stade qu'aux particuliers employeurs ne bénéficiant pas de prestations sociales par ailleurs. D'après les données transmises par le directeur général de l'Urssaf Caisse nationale lors de son audition par la rapporteure générale, 300 000 ménages bénéficient, à l'heure actuelle, de ce dispositif, sur les quelques 1,5 millions qui y sont éligibles.

La LFSS 2022 a prévu une entrée en vigueur également séquencée pour les particuliers employeurs bénéficiant de l'APA ou de la PCH (1^{er} janvier 2023) et pour la garde d'enfants (1^{er} janvier 2024).

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE RÉVISION DU CALENDRIER DE GÉNÉRALISATION DE LA RÉFORME EN FONCTION DU TYPE D'EMPLOI À DOMICILE

A. DES MODIFICATIONS D'ORDRE RÉDACTIONNEL ET DE MISE EN COHÉRENCE DES PROCÉDURES DE CONTRÔLE

1. L'adaptation de l'avance immédiate pour les « têtes de réseaux »

• Le I procède à des ajustements rédactionnels d'articles en lien avec le régime social appliqué aux particuliers employeurs. Les 1^o et 2^o du A du I visent à modifier l'article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale, qui liste les prestations pouvant faire l'objet d'un dispositif dématérialisé de déclaration et de paiement. Il

(1) Décret n° 2021-1935 du 30 décembre 2021 relatif aux aides constitutives d'un acompte de crédit d'impôt prévues à l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et à l'expérimentation prévue à l'article 20 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

propose ainsi de préciser que ces prestations ne doivent pas être uniquement réalisées mais bien « effectuées » et « facturées ».

Ces dispositions visent notamment à mieux encadrer juridiquement une pratique constatée dans le dispositif d’avance immédiate et consistant à centraliser l’ensemble de la gestion administrative (facturation) et financière (paiement) au sein d’une ou plusieurs entités spécifiques pour un seul et même groupe d’organisme (société mère, filiales, *holding*).

Les **3°** et **4°** du **A** du **I** proposent de préciser que l’article L. 133-8-4 concernent les entreprises qui facturent des prestations (et non pas seulement qui les réalisent). Les **B** et **C** du **I** procèdent à des modifications similaires aux articles L. 133-8-6 et L. 133-8-8 du code de la sécurité sociale qui définissent les particuliers exclus du dispositif dématérialisé ainsi que le processus par lequel les Urssaf doivent se mettre en capacité de procéder au recouvrement du reste à charge.

● D’après l’étude d’impact, ces dispositions visent à adapter le cadre législatif à la diversité des organismes de service à la personne, et en particulier aux plateformes ou « têtes de réseau » qui représentent un grand nombre d’utilisateurs. Celles-ci ont pour vocation de gérer la déclaration des prestations pour le compte de plusieurs structures juridiques qui les fournissent. Les modifications proposées font en sorte que la réforme de l’avance immédiate soit neutre du point de vue de l’organisation économique du secteur. En effet, la LFSS 2022 fait essentiellement mention de la notion de prestataire, qui doit être précisée.

2. Le renforcement des contrôles de l’avance immédiate du crédit d’impôt

● Le **II** propose de renforcer les outils de contrôle à disposition des agents en charge au sein des Urssaf dès lors que ces dernières, mettant en œuvre des mesures de soutien à l’activité économique ainsi que des aides sociales, sont désormais en charge du versement d’une aide pérenne – l’avance immédiate. Il est donc nécessaire d’étendre et d’adapter le champ de compétence des agents de contrôle.

● Le **A** du **II** intègre les personnes morales ou physiques qui déclarent des prestations mentionnées à l’article L. 133-8-4 du code de la sécurité sociale dans le champ du contrôle de la bonne application des règles dudit code tel que réalisé par les organismes chargés du recouvrement des cotisations. Le **B** du **II** assure la bonne coordination entre les procédures prévues, d’une part, à l’article L. 243-7-1 A du code de la sécurité sociale et, d’autre part, à l’article L. 133-8-7 du même code. L’article L. 243-7-1 A prévoit, de la part de l’agent chargé du contrôle, une lettre à la personne contrôlée engageant la période contradictoire préalable à l’envoi de la mise en demeure ou de l’avertissement. Le **B** du **II** prévoit que cette lettre permette également d’engager la procédure contradictoire préalable à la mise en œuvre de la procédure de l’article L. 133-8-7 par laquelle l’organisme chargé du recouvrement notifie au prestataire concerné les sommes qui lui ont été versées à tort, lui demandant de s’en acquitter ou de formuler des observations sous un délai de trente jours.

- Ces dispositions visent globalement à ajuster les modalités de contrôle des particuliers employeurs pour le dispositif mis en place pour les organismes de service à la personne, car celui-ci organise l'intermédiation du paiement de factures entre un prestataire et son client. Il est donc nécessaire d'adapter le cadre législatif à la nouvelle nature de cette créance. Ce sont ainsi les organismes du recouvrement qui assureraient le contrôle des déclarations de prestations de services à la personne transmises dans le dispositif d'avance immédiate du crédit d'impôt.

En particulier, les services de l'État ont pu constater que des stratégies de fraude pouvaient être mises en place par des prestataires seuls ou aidés de clients complices. Divers mécanismes permettraient aux prestataires de recueillir frauduleusement la part non financée du crédit d'impôt portant sur des prestations fictives ⁽¹⁾. Or, le cadre juridique actuel, entièrement conçu pour les missions de recouvrement des Urssaf, ne prévoit pas ce cas de figure. Il importe donc d'établir une base légale pour ces contrôles par les organismes de recouvrement. En confiant cette mission aux Urssaf, la supervision de l'usage de ce dispositif offrira également l'occasion de détecter d'autres fraudes sociales, notamment la sous-déclaration de chiffres d'affaires (micro-entrepreneurs) ou même le travail non-déclaré (prestataires de services). Des contrôles croisés seront possibles.

B. UN AJUSTEMENT DU CALENDRIER DE MISE EN ŒUVRE DE LA RÉFORME DE L'AVANCE IMMÉDIATE

Les conclusions partielles de l'expérimentation menée depuis 2020 et des premières phases de généralisation du dispositif depuis 2022 rendent nécessaire d'ajuster le calendrier de généralisation pour certains publics afin de garantir que toutes les dispositions techniques soient prises pour un bon déploiement de l'avance immédiate. Deux modifications de calendrier sont proposées en ce qui concerne la garde d'enfants de plus de 6 ans ainsi que les bénéficiaires de l'APA et de la PCH.

1. L'anticipation du calendrier pour la garde d'enfants de plus de 6 ans

Le **A** du **IV** propose de modifier l'article 13 de la LFSS 2022 qui procède à la généralisation de l'expérimentation de l'avance immédiate. Il s'agit d'anticiper cette généralisation au 1^{er} janvier 2023 – au lieu du 1^{er} janvier 2024 – pour la garde d'enfants de plus de 6 ans, qui ne permet pas de recevoir d'aides sociales comme le complément de libre choix du mode de garde ou la Paje. Il s'avère donc possible d'anticiper le bénéfice de cette réforme pour tous les parents d'enfants de plus de 6 ans ayant recours à une garde d'enfant.

Toutefois, le **D** du **IV** prévoit une dérogation à ces dispositions afin de faire profiter au plus tôt de ce nouveau dispositif et de faire coïncider ce calendrier avec celui de l'année scolaire, en prévoyant que les parents ayant recours à la garde d'enfants de moins de 6 ans pourront bénéficier de l'avance immédiate dès le 1^{er} septembre 2022.

(1) Réponses du ministère des santé et de la prévention au questionnaire de la rapporteure générale.

Afin d'assurer la distinction, jusqu'ici inexistante, entre les gardes d'enfants de plus ou moins 6 ans, le **A** du **IV** l'introduit au IV de l'article 13 de la LFSS 2022, en mentionnant que cette entrée en vigueur anticipée s'applique, pour les particuliers employeurs recourant à l'emploi direct, à la garde d'enfant âgé de 6 ans et plus au 1^{er} janvier de l'année des prestations à domicile. Le **A** du **IV** précise également que, pour les activités de garde d'enfant à domicile pour un enfant âgé de moins de 6 ans au 1^{er} janvier de l'année des prestations, l'entrée en vigueur se fera à compter d'une date fixée par décret ou au plus tard le 1^{er} janvier 2024, c'est-à-dire la date prévu initialement dans la LFSS 2022.

Le **B** du **IV** procède, en conséquence, à des modifications similaires pour les prestations de services réalisées par des personnes morales ou des entreprises individuelles, qui entreraient dans le cadre du dispositif de l'avance immédiate, au 14 juin 2022 ⁽¹⁾ pour ce qui concerne les services aux personnes dépendantes, au 1^{er} janvier 2023 pour les prestations de garde d'enfants âgés de plus de 6 ans et au 1^{er} janvier 2024 pour les prestations de garde d'enfants âgés de moins de 6 ans ainsi que pour l'accueil des enfants réalisé par des assistants maternels agréés.

Le **C** du **IV** adapte, en conséquence, la date d'application des dispositions prévues à l'article L. 133-8-3 du code de la sécurité sociale (3^o du I de l'article 13 de la LFSS 2022), qui encadre le cas d'un employeur bénéficiant de la prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'APA ou de la PCH, lorsque ces allocations sont versées sous la forme d'un Cesu préfinancé. Le montant de cette prise en charge est alors déterminé par l'organisme de recouvrement au vue des éléments déclarés par l'employeur. Ces dispositions ne s'appliquent qu'à partir d'une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2024 (au lieu du 1^{er} janvier 2023).

2. Le remodelage partiel et la révision du calendrier de l'expérimentation de l'avance immédiate

a. La prolongation de l'expérimentation pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH

Le **III** modifie l'article 20 de la LFSS 2020 qui engage l'expérimentation de l'avance immédiate pour les services relevant de l'assistance aux personnes âgées, handicapées ou autres personnes ayant besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité et du service aux personnes à leur domicile relatifs aux tâches ménagères ou familiales.

Le **A** du **III** reporte à une date fixée par décret, et au plus tard au 31 décembre 2023, la date d'échéance de cette expérimentation, pour l'instant fixée

(1) La date du 14 juin 2022 correspond à la date effective du déploiement de l'avance immédiate du crédit d'impôt pour les particuliers recourant à un organisme de service à la personne et dont l'entrée en vigueur, initialement prévue au 1^{er} avril 2022, a dû être reportée afin de renforcer la sécurité d'accès au dispositif et d'harmoniser son ouverture pour l'ensemble des prestataires, notamment ceux n'ayant pu anticiper les ultimes développements informatiques indispensables ou ceux n'ayant pas pris part à la phase expérimentale.

au 31 décembre 2022. En effet, comme l'indique l'étude d'impact, une généralisation du dispositif pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH en 2023 conduirait à adopter une « *solution technique relativement simple ne répondant aux besoins de tous les départements* ». L'expérimentation a permis, depuis 2020, d'identifier certaines difficultés, notamment :

- la forte disparité des systèmes et des besoins des départements, nécessitant une harmonisation des outils informatiques ;

- la demande, formulée par les départements, de mettre en place des flux de données et financiers avec l'Urssaf Caisse nationale ;

- les enjeux liés à la capacité des bénéficiaires de l'APA et de la PCH de s'approprier un système exclusivement dématérialisé, pouvant nécessiter des financements complémentaires et d'une assistance ;

- la capacité des prestataires à s'équiper de systèmes informatiques pouvant s'interfacer avec le dispositif mis en place.

Le report de la date de généralisation du dispositif pour les bénéficiaires de l'APA et de la PCH au 1^{er} janvier 2024 apparaît donc une option permettant à la fois de s'assurer que les meilleures solutions techniques seront trouvées et d'expérimenter le crédit d'impôt pour ceux qui recourent à un organisme prestataire. Cela ne pouvait, en effet, pas se faire avant le déploiement du dispositif pour le crédit d'impôt seul.

Toujours selon l'étude d'impact, le temps supplémentaire octroyé à cette expérimentation permettrait de réaliser plusieurs chantiers, notamment :

- construire le parcours d'inscription des bénéficiaires de l'APA et de la PCH dans le dispositif d'avance immédiate, en coordination avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les départements ;

- développer une interface partagée pour que les départements puissent consulter les niveaux de consommation de l'APA et de la PCH mises en paiement dans le cadre du dispositif ;

- adapter le Cesu pour mieux y insérer les mandataires ;

- expérimenter l'avance immédiate pour les bénéficiaires de l'APA ou de la PCH recourant à un prestataire (service d'aide à domicile ou services polyvalents d'aide et de soins à domicile).

Les discussions entre l'État, les organismes de protection sociale et les départements s'organisent depuis 2020 autour d'une comitologie spécifique au projet, distinguant :

– un comité des partenaires chargé d’informer sur l’état d’avancement de l’expérimentation, les décisions rendues ou envisagées et de recueillir les avis sur les orientations prises et de préparer le déploiement du dispositif ⁽¹⁾ ;

– un comité des expérimentateurs visant à informer un cercle plus restreint d’acteurs sur le fonctionnement du dispositif et ses prochaines étapes, mais également pour signaler les anomalies et proposer des améliorations au dispositif expérimental ⁽²⁾.

Les prochains comités se tiendront au cours du quatrième trimestre 2022. Ils fixeront le calendrier des travaux sur l’année 2023. Des ateliers de travail spécifiquement dédiés aux bénéficiaires de l’APA et de la PCH seront également mis en place.

b. L’élargissement de l’expérimentation aux activités de garde d’enfants

• Le **A** du **III** propose d’intégrer la possibilité de mettre en œuvre le cadre expérimental prévu par l’article 20 de la LFSS 2019 pour élargir le dispositif à la garde d’enfant. Cela passe par l’ajout, au 1 du I de l’article 20 de la LFSS 2019, de la mention du 1° de l’article L. 7231-1 du code du travail – la garde d’enfants ⁽³⁾. En parallèle, le **B** du **III** inclut dans ce champ expérimental de nouvelles aides, le crédit d’impôt service à la personne ⁽⁴⁾ et le crédit d’impôt garde d’enfant de moins de 6 ans hors du domicile ⁽⁵⁾.

Le Gouvernement indique, dans l’étude d’impact, que « *cette faculté ne sera utilisée que si les travaux de conception en montrent la nécessité, le dispositif Pajemploi étant par construction mieux connu que l’APA-PCH par l’Acosse qui en assure la gestion au même titre que le Cesu* ». En effet, compte tenu de la refonte du complément de mode de garde et de Pajemploi prévue pour 2024, il apparaît pertinent de se donner les moyens d’expérimenter l’avance immédiate pour ces activités.

• En conséquence, le **C** du **III** supprime le deuxième alinéa du II de l’article 20 de la LFSS 2020, qui mentionne le *b* du 2 du I qu’il est proposé de modifier. Le **D** du **III** procède également à des modifications de conséquence, dans la mesure où plusieurs aides supplémentaires sont désormais incluses dans l’expérimentation et où il importe de mentionner les deux articles 199 *sexdecies* et 200 *quater* B du code général des impôts.

(1) Ce comité associe l’ensemble des acteurs du secteur, notamment l’Assemblée des départements de France, les Fédérations et syndicats du secteur, les différentes administrations concernées (direction générale des finances publiques, Urssaf Caisse nationale, Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie, direction générale des entreprises).

(2) Ce comité associe plus étroitement les parties prenantes à l’expérimentation (organismes de service à la personne sélectionnés, départements expérimentateurs et administrations).

(3) Dans le droit en vigueur, seuls les 2° et 3° de cet article étaient compris dans ce cadre expérimental.

(4) 5° du II de l’article L. 133-5-12 du code de la sécurité sociale.

(5) 6° du II de l’article L. 133-5-12 susmentionné.

• Le **E** du **III** tire également les conséquences des précédentes modifications en supprimant la mention de la durée de trois ans de l'expérimentation, et en précisant que celle-ci se déroule sans préjudice du versement des aides mentionnées aux *b* à *d* du 3 du I. Sur le même modèle que le **D** du **III**, le *c* du **E** du **III** tire les conséquences de la nécessité de mentionner non seulement l'article 199 *sexdecies* du code général des impôts mais également désormais l'article 200 *quater* B de ce même code.

• Enfin, le *d* du **E** du **III** ajoute la prestation mentionnée à l'article L. 531-8-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire le complément de libre choix du mode de garde, dans le périmètre du rapport que le Gouvernement rendra au Parlement. Il s'agit d'évaluer l'impact de l'avance remboursable sur la participation financière des bénéficiaires de cette prestation, en plus de celles déjà mentionnées dans l'article, à savoir l'APA et la PCH. L'objectif consiste à mettre en cohérence le périmètre du rapport du Gouvernement avec l'élargissement du champ de l'expérimentation.

*

* *

Article 6

Modernisation du contrôle, du recouvrement social et du droit des cotisants

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise quatre principaux objectifs :

- poursuivre la simplification des modalités déclaratives en harmonisant ces dernières autour de la déclaration sociale nominative (DSN), qui centralise déjà les déclarations des employeurs, en l'étendant notamment aux caisses de congés payés et en améliorant la fiabilité du processus de correction de la DSN entre administrations ;
- améliorer l'efficacité des moyens de contrôle en facilitant celui des groupes par plusieurs agents d'inspection, en renforçant les sanctions pour travail dissimulé tout en encourageant au versement de pénalités par les entreprises donneuses d'ordre et en pérennisant l'expérimentation de la loi dite « Essoc »⁽¹⁾ en faveur de contrôles courts pour les entreprises de moins de vingt salariés ;
- protéger les cotisants contrôlés par le biais notamment d'une meilleure mise en œuvre de la période du « contradictoire » dans le régime agricole ;
- une adaptation à la marge du processus d'unification du recouvrement.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UNE PROTECTION DES COTISANTS CONTRÔLÉS, UNE LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ DÉLICATE

A. LA PROTECTION DU COTISANT CONTRÔLÉ

Engagé dans un processus d'amélioration des modalités de contrôle du paiement à bon droit des cotisations et contributions sociales, le réseau des Urssaf, qui accomplit cette mission principalement pour le régime général, s'assure du respect du contradictoire dans le dialogue avec l'entreprise contrôlée, mais aussi de l'information de cette dernière par le biais de la charte du cotisant contrôlé⁽²⁾. Celle-ci, dans sa version 2022, offre un modèle d'information des entreprises afin de les accompagner dans une procédure naturellement source de fréquentes incompréhensions.

Cette amélioration de l'information, particulièrement utile pour les entreprises les plus petites, s'est doublée d'un engagement du réseau de recouvrement dans le sens d'une restriction des contrôles dans le temps pour les très petites entreprises. Le dispositif selon lequel les vérifications menées au sein des entreprises de moins dix salariés ou auprès des travailleurs indépendants ne peuvent, sauf exception, durer plus de trois mois entre leur début effectif et l'envoi de la lettre

(1) Loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance.

(2) Cette charte, qui fait état des droits de la personne contrôlée, a été rendue opposable en 2016 par le décret n° 2016-941 du 8 juillet 2016 relatif au renforcement des droits des cotisants.

d'observation qui les clôt ⁽¹⁾, a ainsi été étendu de manière expérimentale, pour une durée de trois ans, dans le cadre de la loi « Essoc » précitée, aux entreprises de moins de vingt salariés.

Il apparaît, au regard des réponses de la direction de la sécurité sociale aux questions de la rapporteure générale comme des données présentes dans l'étude d'impact du présent article, que cette expérimentation a porté ses fruits, même si près de la moitié des contrôles ont été étendus – en raison principalement du retard ou de l'absence de transmission des pièces demandées par les Urssaf auprès des cotisants contrôlés.

B. LA LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ, UN TAUX DE RECOUVREMENT DES SOMMES ÉLUDÉES ENCORE TROP BAS

Dans le cadre de leurs attributions quant au contrôle des cotisants, les agents des réseaux de recouvrement de la sécurité sociale participent naturellement, au côté des inspecteurs du travail, à la lutte contre le travail dissimulé. Celle-ci, notamment par le biais d'un meilleur partage d'information entre les administrations concernées, se traduit par une amélioration progressive du taux de redressement. Pour autant, cette augmentation ne se traduit pas par une augmentation du recouvrement des montants éludés : l'étude d'impact relative au présent article fait état d'un taux de recouvrement de 6,8 % des sommes évaluées.

Cet état de fait, selon les analyses portées à l'attention de la rapporteure générale par le Gouvernement, tient :

– à la structure même des entreprises fraudeuses qui peuvent ne reposer sur aucune réalité matérielle ou financière. Une fois la fraude démontrée, l'entreprise « coquille vide » n'a plus d'existence et le paiement des sommes dues devient alors impossible ;

– à l'organisation par les fraudeurs de l'insolvabilité de leur entreprise pour échapper à toute sanction ;

– de l'alourdissement des sanctions prévues par le droit qui, quoique parfaitement judicieux et fondé, abaisse mécaniquement le taux de recouvrement au regard des sommes en jeu.

(1) Article L. 243-13 du code de la sécurité sociale.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE POURSUITE DE LA SIMPLIFICATION DES MODALITÉS DÉCLARATIVES AU BÉNÉFICE DES COTISANTS ET UNE AMÉLIORATION DES MOYENS DE CONTRÔLE AU PROFIT DE L'ÉTABLISSEMENT DES DROITS DES ASSURÉS

A. LA SIMPLIFICATION DÉCLARATIVE

1. Harmoniser les modalités déclaratives des employeurs

La maturité à laquelle est parvenu le dispositif de déclaration des rémunérations et des caractéristiques du contrat de travail par le biais de la DSN permet d'étendre son champ d'application tout en apportant des améliorations.

a. L'amélioration de la fiabilité de la DSN

Outre une modification rédactionnelle renvoyant chaque employeur à l'organisme de recouvrement dont il dépend et non à un organisme désigné par décret, le **a)** du **2°** du **I** du présent article précise l'obligation à laquelle sont tenus les employeurs de procéder à la correction des données incomplètes ou inexactes transmises aux organismes de recouvrement au cours des mois qui suivent l'envoi de la déclaration erronée.

L'amélioration des modalités de correction des DSN passe aussi par une organisation plus efficace de l'administration dans la collecte des données qui en sont issues. C'est pourquoi le **3°** du présent article prévoit que la phase de correction des données déclarées comprendra des échanges d'information permettant à l'organisme de recouvrement territorialement compétent de traiter l'ensemble des demandes de correction des administrations récipiendaires des informations contenues dans la DSN. Dans une logique de « Dites-le nous une fois », les administrations compétentes éviteront ainsi des remarques ou des demandes superfétatoires d'information aux déclarants.

Ces dispositions doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

b. L'extension du recours à la DSN

Initialement concentrée sur la déclaration des rémunérations, la DSN a vocation à s'étendre à l'ensemble des sommes versées par des organismes autres que les employeurs mais qui sont néanmoins susceptibles d'être imposables ou soumises à cotisations ou contributions sociales. Ainsi, le **b)** du **2°** du **I** du présent article étend-il, à compter du 1^{er} janvier 2024, l'obligation déclarative par le biais de la DSN aux organismes versant ces sommes ou des prestations sociales inscrites sur une liste fixée par arrêté.

Cette extension s'applique particulièrement, en application du **d**) du 2° du **I**, aux caisses de congés payés inscrites dans la loi en 2016 ⁽¹⁾. Ces caisses, qui interviennent principalement dans les secteurs du bâtiment et des travaux publics (BTP), du transport et des activités portuaires, constituent des tiers qui versent des rémunérations. Concrètement, ces caisses perçoivent des cotisations versées par les employeurs affiliés et versent les indemnités de congés payés ainsi que les cotisations et contributions afférentes. Seules font exception la contribution au fonds national d'aide au logement (FNAL), le « versement mobilité » et les contributions pour le financement de la formation professionnelle, à la charge directe des employeurs.

Le montant versé par ces caisses aux organismes de recouvrement se fonde sur une assiette correspondant aux cotisations versées par les employeurs pour financer les congés payés, assiette à laquelle sont appliqués les taux suivants ⁽²⁾ :

– 5,09 % pour les caisses de congés payés dans le secteur du BTP en métropole ;

– 3,55 % pour les caisses de congés payés dans le secteur du BTP situées dans les départements d'outre-mer ;

– 3,66 % pour les autres secteurs.

Ces caisses devront désormais, sur la base des informations issues des échanges avec les employeurs affiliés, procéder à une déclaration par DSN, garantissant une plus grande fiabilité des données.

B. L'AMÉLIORATION DES MOYENS DE CONTRÔLE

1. La lutte contre le travail dissimulé

a. Renforcer l'efficacité de la lutte contre le travail illégal dans le cadre de contrats de prêt de main-d'œuvre

Pour améliorer le taux de recouvrement des pénalités appliquées aux entreprises de travail temporaire qui ont recouru à du travail dissimulé, le présent article vise à la fois une plus grande proportionnalité des sanctions et un renforcement de la solidarité financière entre le donneur d'ordre et son co-contractant.

En ce qui concerne le renforcement de la solidarité financière, le **c**) et le **d**) du 1° du **I** suppriment le plafond auquel était soumise jusqu'ici l'annulation des réductions et exonérations de cotisations et de contributions sociales, à hauteur de 15 000 euros pour une personne physique et de 75 000 euros pour une personne

(1) Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

(2) Article D. 243-0-3 du code de la sécurité sociale.

morale, par mois, pour les donneurs d'ordre récidivistes. En pratique, lorsqu'un donneur d'ordre a déjà fait l'objet d'une annulation de réductions ou d'exonérations de cotisations dans les cinq ans qui précèdent le constat d'un manquement aux obligations de vigilance, cette même annulation peut porter sur l'ensemble des exonérations ou réductions appliquées aux salaires des travailleurs dont la déclaration est frauduleuse.

Le renforcement des sanctions est modulé par une plus grande proportionnalité dans leur application aux donneurs d'ordres, inscrite au 6° du présent article. Celui-ci étend en effet aux donneurs d'ordre le dispositif de réduction de dix points du taux de majoration du redressement en cas de travail dissimulé dès lors que la personne contrôlée :

– procède au règlement intégral des cotisations, pénalités et majorations de retard notifiées dans un délai de trente jours à compter de la mise en demeure ;

– présente un plan d'échelonnement du paiement au directeur de l'Urssaf concernée et que celui-ci l'a accepté, dans le même délai.

Cette diminution des taux n'est pas applicable en cas de constatation de travail dissimulé dans les cinq ans qui suivent la notification d'une situation similaire. Elle se traduit par une majoration maximale du montant du redressement à hauteur de :

– 15 % pour le constat de dissimulation d'activité ou de dissimulation d'emploi ;

– 30 % pour la dissimulation d'emploi d'un mineur ou d'une personne vulnérable ⁽¹⁾.

b. Adapter le contrôle aux spécificités du secteur agricole

L'affiliation au régime général est, sauf dispositions expresses, la conséquence de toute relation de travail salarié entre une personne et un employeur, comme il est affirmé de manière récurrente par la jurisprudence ⁽²⁾. S'agissant des salariés ayant une activité agricole, ceux-ci sont affiliés au régime de protection sociale des salariés des professions agricoles en application de l'article L. 722-20 du code rural et de la pêche maritime.

Or, certaines entreprises de travail temporaire qui mettent à disposition des salariés pour des activités agricoles étendent également leurs activités au régime général. En cas de fraude au travail détaché notamment, les salariés faussement déclarés relèvent dans ce cas du régime général, en dépit du fait qu'ils exercent des activités agricoles. Il s'ensuit une impossibilité pour les agents de contrôle de la MSA (caisse de mutualité sociale agricole) de poursuivre leurs vérifications au-delà

(1) Cette majoration n'est pas exclusive des dispositions pénales inscrites à l'article L. 8224-2 du code du travail réprimant ces mêmes faits.

(2) Cour de cassation, chambre sociale, 13 novembre 1996, n° 94-13.187, publié au bulletin.

du constat de fraude et notamment de procéder au redressement. Les temps d'échange entre les MSA et les Urssaf pour poursuivre l'activité de contrôle sont autant de temps perdu au détriment de l'effectivité de la procédure.

C'est pourquoi les 2° et 3° du II du présent article modifient les modalités d'assujettissement des travailleurs concernés de la façon suivante :

– le 2° étend l'assujettissement au régime de protection sociale des salariés des professions agricoles les salariés d'entreprises de travail temporaire mis à disposition d'entreprises utilisatrices. Cet assujettissement, actuellement réservé aux activités énumérées à l'article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime ⁽¹⁾ comprendrait alors l'ensemble des activités couvertes par le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles défini à l'article L. 722-20 du même code ;

– le 3° prévoit explicitement que les salariés employés par des entreprises de travail temporaire établies à l'étranger qui détachent des travailleurs en France dans le secteur agricole sont rattachés, dès lors qu'il apparaît que les conditions nécessaires au détachement ne sont pas remplies, au régime applicable aux salariés agricoles. Cet assujettissement se fait donc indépendamment des activités que peut mener par ailleurs l'entreprise de travail temporaire.

2. Un raccourcissement du délai de contrôle pour les entreprises de moins de vingt salariés

À la suite de l'expérimentation susmentionnée dans le cadre de la loi dite « Essoc » susmentionnée, le 7° du présent article prévoit d'étendre, des entreprises employant moins de dix salariés et des travailleurs indépendants aux entreprises employant moins de vingt salariés, le plafonnement du délai applicable au contrôle.

L'organisme de contrôle devra donc achever ses vérifications en moins de trois mois, délai qui sépare le début du contrôle de l'envoi de la lettre d'observations. Cette période pourra toutefois être prorogée une fois à la demande expresse de la personne contrôlée ou de l'organisme de recouvrement.

Les exceptions actuelles à ce délai (constat de travail dissimulé, obstacle à contrôle, abus de droit, documentation inexploitable), continueront de s'appliquer à l'ensemble des entreprises de moins de vingt salariés. Mais les *d* et *e* du 7° du I prévoient deux dérogations supplémentaires en cas :

(1) Exploitations de culture et d'élevage, exploitations de dressage, d'entraînement, haras, établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, entreprises de travaux agricoles, entreprises de travaux forestiers, établissements de conchyliculture et de pisciculture, activités de pêche maritime à pied professionnelle ou encore activités exercées en qualité de non salariés par les mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles.

– d’envoi de la documentation nécessaire au contrôle par la personne contrôlée plus de quinze jours après la réception de la demande de celle-ci ;

– de report d’une visite de l’agent de contrôle à la demande de la personne contrôlée.

S’il existe un certain nombre de garde-fous permettant d’approfondir au besoin les visites de contrôle – soit en raison de lenteurs indépendantes de la volonté de l’agent chargé du contrôle, soit à la suite de la découverte de faits justifiant un contrôle plus poussé –, l’extension de ce délai accéléré aux entreprises de moins de vingt salariés est à la fois de nature à encourager la diligence des personnes contrôlées et à donner de la visibilité à leur programme de contrôle.

3. Une plus grande efficacité dans le contrôle des entreprises appartenant au même groupe

Le 5° du **I** du présent article rétablit un article L. 273-7-4 au sein du code de la sécurité sociale dans le but de lever une difficulté propre au contrôle des entreprises appartenant à un groupe. Les entreprises sont réputées appartenir à un même groupe lorsque :

– soit l’une détient plus de la moitié du capital de l’autre ou de plusieurs autres, alors considérées comme des filiales ⁽¹⁾ ;

– soit l’une contrôle l’autre ou plusieurs autres par le biais de la majorité des votes ou lorsqu’elle dispose d’un pouvoir de nomination ou de révocation de la majorité des membres des organes d’administration, de direction ou de surveillance des entreprises contrôlées ⁽²⁾.

Or, en dépit de ces liens structurants entre sociétés, les agents de contrôle des Urssaf ne peuvent exploiter les documents et informations récoltés à l’occasion du contrôle de l’une des entreprises d’un groupe lors du contrôle d’une autre entreprise de ce même groupe. C’est une interprétation constante de la Cour de cassation, qui estime que les dispositions de l’article R. 243-59 du code de la sécurité sociale s’interprètent de manière stricte et que, partant, seuls les informations et documents émanant de la personne contrôlée peuvent être utilisés dans le cadre du contrôle ⁽³⁾.

Le 5° du **I** du présent article entend lever l’obstacle à l’efficience du contrôle que représente cette interprétation stricte en permettant aux agents chargés du contrôle d’utiliser l’ensemble des informations et documents issus du contrôle de toute autre personne morale appartenant au même groupe.

(1) Article L. 233-1 du code de commerce.

(2) Article L. 233-3 du code de commerce.

(3) Cour de cassation, deuxième chambre civile, 7 janvier 2021, n° 19-19.395 et n° 19-20.035.

En contrepartie de cette extension, les personnes contrôlées pourront se voir communiquer la teneur et l'origine de ces documents ou informations, et le cas échéant en obtenir une copie. Ce faisant, l'article prévoit des garanties comparables à celles qui s'appliquent dans le cadre du contrôle classique d'une personne morale, comme la communication au représentant légal d'un ensemble de documents qui ont fondé les observations de l'agent de contrôle.

Le 6° du II du présent article étend ces dispositions aux agents chargés du contrôle de la MSA.

4. Diverses dispositions d'harmonisation de la situation de la personne contrôlée

Dans le mouvement de rapprochement des droits du contrôle des régimes agricole et général, le 1° du II modifie l'article L. 724-11 du code rural et de la pêche maritime afin d'ouvrir un nouveau droit aux personnes contrôlées par les agents de la MSA. Elles pourront ainsi, à l'instar des personnes affiliées depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽¹⁾, bénéficier d'une reconduction de la période contradictoire qui sépare la réception de la lettre d'observation et l'envoi de la mise en demeure. Concrètement, le cotisant contrôlé pourra ainsi demander à prolonger de trente jours la période contradictoire, sous réserve de :

- le faire pendant la période contradictoire initiale de trente jours ;
- ne pas avoir commis d'abus de droit tel que défini à l'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime ou d'une infraction constitutive de travail illégal (travail dissimulé, marchandage, prêt illicite de main-d'œuvre, emploi d'étranger qui n'est pas autorisé à travailler).

C. DIVERSES DISPOSITIONS SUR L'UNIFICATION DU RECOUVREMENT

1. Le maintien des modalités de recouvrement des cotisations du régime des mines

Le présent article adapte à la marge le mouvement d'unification du recouvrement des cotisations sociales au bénéfice du réseau des Urssaf, commencé notamment dans le cadre des précédentes lois de financement ⁽²⁾. Le 4° du I rationalise ainsi la partition entre les régimes dont les cotisations ont vocation à être recouvrées par le réseau des Urssaf et ceux dont les spécificités imposent des modalités particulières de recouvrement.

Au titre de l'article L. 213-1-1 du code de la sécurité sociale, les Urssaf devraient ainsi assurer le recouvrement de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale des personnes affiliées au régime des mines, à l'exception des cotisations

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

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

d'assurance vieillesse. Or, ce recouvrement, assuré pour le compte du régime par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), est destiné à s'amenuiser puisque le régime spécial des mines a été « fermé » en 2010 à tout nouveau cotisant ⁽¹⁾.

Ce transfert de recouvrement d'une partie des cotisations n'est source ni de simplification pour les employeurs, ni d'efficience pour les organismes de recouvrement. Il est donc proposé d'y renoncer en prévoyant que les Urssaf renoncent à collecter les cotisations dont elles n'assuraient pas le recouvrement au 1^{er} janvier 2020, s'agissant de régimes comptant moins de 500 employeurs redevables et acquittant globalement moins de 500 millions d'euros de cotisations d'assurance vieillesse par an.

2. L'harmonisation de l'assiette des cotisations d'assurance vieillesse des clercs et employés de notaires

En application de l'article 3 de la loi du 12 juillet 1937 instituant la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires (CRPCEN) ⁽²⁾, l'assiette des cotisations payées par les notaires, les clercs et les employés des études notariales, des chambres de notaires et des caisses de garantie, pour couvrir leurs prestations de retraite et de prévoyance, se compose de l'ensemble « *des salaires, gratifications et avantages de toute nature alloués par les employeurs aux clercs et employés, sans exception ni réserve* ».

Cette assiette est plus large que celle du régime général, dont sont exemptés un certain nombre d'avantages en nature ⁽³⁾. Le **III** aligne donc l'assiette des cotisations susmentionnées sur celle des cotisations du régime général, ce qui correspond, selon le Gouvernement, à la pratique actuelle de la CRPCEN.

3. L'harmonisation des relations entre le réseau de recouvrement agricole et les régimes attributaires de cotisations et contributions recouvrées

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽⁴⁾ a engagé un mécanisme de rationalisation des relations entre le réseau des Urssaf, en charge du recouvrement des cotisations et des contributions d'un certain nombre de régimes, et les attributaires finaux de ces ressources. Il a ainsi été prévu, à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale, parmi les missions de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, « *la notification et le versement à chaque attributaire des sommes recouvrées qui lui reviennent* », « *à hauteur du montant des sommes dues par les redevables, après application d'un taux forfaitaire fixé au*

(1) Décret n° 2010-976 du 27 août 2010 relatif au régime spécial de la sécurité sociale dans les mines.

(2) Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires.

(3) Ces avantages recouvrent notamment les accessoires de rémunération versés aux salariés, comme les titres-restaurants ou les chèques-repas.

(4) Article 18 de la loi du 24 décembre 2019 précitée.

regard du risque de non-recouvrement d'une partie de ces sommes. » Ce taux forfaitaire a été fixé par arrêté à 2 % pour la période 2021-2026 ⁽¹⁾.

Le 5° du II du présent article prévoit un dispositif similaire pour la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), qui assure le recouvrement de cotisations et contributions dues au titre des régimes de protection sociale agricole, mais aussi :

– depuis le 1^{er} janvier 2022, de l'ensemble des cotisations dues pour les risques maternité, maladie, vieillesse, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles des industries électriques et gazières pour les salariés des sociétés d'intérêt collectif agricole en électricité (SICAE) ;

– depuis 2017, de l'ensemble des cotisations du régime de retraite complémentaire, dont l'attributaire est l'Agirc-Arrco.

Les contributions et cotisations concernées par le versement de la CCMSA aux attributaires relèvent du même champ que celles versées par l'Urssaf-Caisse nationale en application du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. Ce versement est minoré, comme pour le régime général, d'un taux forfaitaire fixé au regard du risque de non-recouvrement des cotisations et contributions dues. Ce taux devra également être fixé par arrêté interministériel à compter de l'entrée en vigueur du dispositif, fixée par le VI du présent article au 1^{er} janvier 2025, voire au plus tard au 1^{er} janvier 2026 si un décret est pris en ce sens.

4. Une mesure rédactionnelle relative au transfert de cotisations dues par les agents des collectivités locales

Le IV aligne la date d'entrée en vigueur du transfert de la collecte de la cotisation due au titre de l'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (ATIACL) sur celle des autres cotisations actuellement recouvrées par la CDC, à savoir les périodes d'activité courant à compter du 1^{er} janvier 2023.

*

* *

(1) Arrêté du 30 juin 2021 fixant le taux forfaitaire de non-recouvrement, les dates limites de versement aux attributaires et les règles applicables en l'absence de convention en application de l'article D. 133-13-7 du code de la sécurité sociale.

Article 7

Prolonger le dispositif d'exonération lié à l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE)

Adopté par la commission avec modifications

Compte tenu des difficultés persistantes auxquelles font face les entreprises agricoles à la suite de la crise sanitaire, des événements d'Ukraine, du réchauffement climatique et des épisodes de gel et de sécheresse, cet article propose de prolonger le dispositif d'exonération de cotisations patronales pour les employeurs de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi pour une année supplémentaire, soit jusqu'au 1^{er} janvier 2024. Ce dispositif, déjà prolongé d'un an en LFSS 2022, permet, sous certaines réserves, d'exonérer totalement de cotisations patronales un employé dont la rémunération est inférieure à 1,2 Smic puis de façon dégressive jusqu'à 1,6 Smic.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LE DISPOSITIF « TO-DE », DEVANT S'ÉTEINDRE EN 2023, CONSTITUE UN SOUTIEN IMPORTANT FACE AUX CRISES ET À LA CONCURRENCE INTERNATIONALE EN FAVEUR DES EXPLOITANTS AGRICOLES EMPLOYANT DES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

A. UNE EXONÉRATION CIBLÉE VISANT À SOUTENIR LES EXPLOITATIONS AGRICOLES EMPLOYANT DES TRAVAILLEURS SAISONNIERS

1. Un dispositif favorable aux employeurs de travailleurs saisonniers dans le domaine agricole

● Le dispositif « travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi » (TO-DE) a été imaginé en faveur des employeurs de travailleurs occasionnels dans l'objectif de soutenir la compétitivité des entreprises concernées face à la concurrence internationale. Il s'agit principalement des employeurs de travailleurs saisonniers dans le domaine agricole.

Cette exonération visait plus précisément à satisfaire deux objectifs complémentaires : soutenir les filières agricoles, employant le plus massivement ce type d'employés, et limiter le recours au travail non déclaré. Elle est codifiée au sein du code rural et de la pêche maritime ⁽¹⁾.

a. Les employeurs pouvant bénéficier de l'exonération de cotisations patronales

● Si la plupart des employeurs relevant de la mutualité sociale agricole (MSA) peuvent bénéficier de cette exonération, certains d'entre eux sont exclus du bénéfice de ce dispositif, notamment :

– les coopératives d'utilisation de matériel agricole (CUMA) ;

(1) Articles L. 741-16 et D. 741-58 à D. 741-63-5 du code rural et de la pêche maritime.

- les coopératives de transformation, conditionnement et commercialisation ;
- les entreprises paysagistes ;
- les structures exerçant des activités de tourisme à la ferme ;
- les entreprises de services (caisses de MSA, groupements professionnels agricoles, chambres d’agriculture) ;
- les artisans ruraux ;
- les entreprises de travail temporaire (ETT) et les entreprises de travail temporaire d’insertion (ETTI) ;
- les entreprises de travaux agricoles, ruraux et forestiers (ETARF).

b. Les travailleurs concernés

• Les travailleurs concernés doivent remplir deux conditions relatives à leur contrat de travail et aux tâches qui leur sont demandées. Les contrats de travail concernés sont les suivants :

- CDD à caractère saisonnier ;
- CDD d’usage ;
- contrat vendanges ;
- CDD d’insertion (CDDI) conclu par une entreprise d’insertion ou par une association intermédiaire ;
- CDD CIE (contrat initiative emploi, conclu notamment dans le cadre du contrat unique d’insertion).
- CDI conclu avec un demandeur d’emploi (inscrit à Pôle emploi depuis au moins quatre mois ou depuis au moins un mois si cette inscription fait suite à un licenciement) par un groupement d’employeurs composé exclusivement de membres exerçant les activités éligibles à l’exonération.

Leurs tâches doivent concerner le cycle de la production animale et végétale ⁽¹⁾, les travaux forestiers ou des activités constituant le prolongement direct de l’acte de production ⁽²⁾.

(1) Ainsi prévoit le 3° de l’article L. 1242-2 du code du travail (travaux liés aux cultures spécialisées ou non spécialisées, élevages spécialisés ou non spécialisés, dressage, entraînement et haras, conchyliculture, pisciculture, activités de pêche maritime à pied professionnelle, travaux agricoles entrant dans le cycle de la production animale ou végétale, travaux d’amélioration foncière agricole, travaux accessoires nécessaires à l’exécution des deux travaux agricoles précédents).

(2) Le 4° de l’article L. 722-1 du code rural et de la pêche maritime mentionne la transformation, le conditionnement et la commercialisation de produits agricoles.

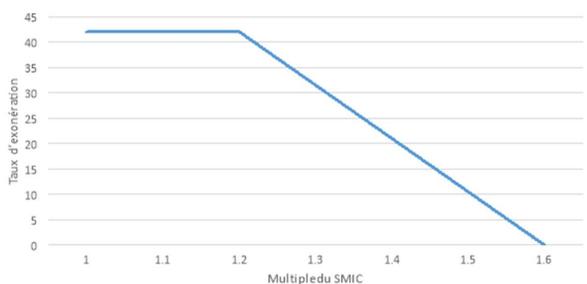
● D'après la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ⁽¹⁾, entre avril 2018 et mars 2019, la France comptait environ 1 050 000 personnes en contrat saisonnier, dont un quart dans le domaine de l'agriculture. Les saisonniers représentent plus d'un tiers de l'ensemble des salariés agricoles, avec une intensification des recrutements en juillet et août principalement pour la culture des légumes et des fruits, puis en septembre pour les vendanges. Il s'agit le plus fréquemment d'employés ou d'ouvriers non qualifiés, en moyenne plus jeunes quand ils exercent dans des filières agricoles.

Les contrats agricoles duraient en moyenne, sur cette même période, 73 jours ⁽²⁾, soit une durée supérieure à la moyenne des contrats saisonniers tous secteurs confondus (67 jours). Le travail saisonnier agricole concerne en particulier le sud de la France : 50 % du volume de travail saisonnier annuel est concentré dans les régions Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

c. Le fonctionnement et le coût de l'exonération

● Le dispositif est limité à une durée d'emploi de 119 jours ouvrés par année civile pour un même salarié. Il n'est pas cumulable avec une autre exonération de cotisations patronales, en particulier les allègements généraux dits « Fillon ». Dans la version en vigueur, l'exonération de cotisations patronales est totale pour les travailleurs occasionnels dont les revenus sont inférieurs à 1,2 Smic ; elle est ensuite dégressive jusqu'à 1,6 Smic.

EXONÉRATIONS SUR LA RÉMUNÉRATION DES TO-DE DEPUIS 2019



Source : Assemblée nationale, rapport n° 3432 de M. Thomas Mesnier, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, et MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe fait au nom de la commission des affaires sociales sur le PLFSS 2021, 15 octobre 2020.

Les cotisations concernées sont celles prévues l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale.

(1) <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/publications/quelle-place-occupe-l-emploi-saisonnier-en-france#:~:text=Entre%20avril%202018%20et%20mars,fruits%2C%20notamment%20lors%20des%20vendanges>.

(2) Ce chiffre vaut pour les contrats dans le domaine de l'agriculture hors vendanges. Pour les vendanges, les contrats durent en moyenne 44 jours.

COTISATIONS INTÉGRÉES DANS LE CHAMP DE L'EXONÉRATION TO-DE

Cotisation	Taux (pour un salarié au Smic)
Maladie, maternité, invalidité, décès	7 %
Vieillesse (plafonnée et déplafonnée)	10,45 %
Allocations familiales	3,45 %
Accidents du travail	Taux variable
Assurance chômage	4,05 %
Retraite complémentaire agricole	6,22 %
Contribution solidarité autonomie	0,3 %
FNAL	0,1 % ou 0,5 %
Total	31,21 % ou 31,71 %

Source : Assemblée nationale, rapport n° 3432 de M. Thomas Mesnier, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, et MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe fait au nom de la commission des affaires sociales sur le PLFSS 2021, 15 octobre 2020.

● D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾, « l'exonération *TODE* a reculé de façon drastique [entre 2020 et 2021] (– 21,6 %), suite au contrecoup de l'effet comptable 2020 et à l'épisode de gel du mois d'avril qui a fortement pesé sur certains secteurs d'activité agricole (vergers et vignes en particulier) ».

MONTANT DE L'EXONÉRATION « TO-DE » ENTRE 2019 ET 2022

(en millions d'euros)

Année	2019	2020	2021	2022 (prévision)
Coût de l'exonération TO-DE (variation en %)	352 (– 10,8 %)	438 (+ 20,4 %)	343 (– 21,6 %)	362 (+ 5 %)

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

2. Un dispositif ancien plusieurs fois prolongé

● L'exonération TO-DE a pris initialement la forme d'un abattement d'assiette de cotisations sociales. D'après la loi du 1^{er} février 1995 ⁽²⁾, il s'agissait d'une exonération de cotisations de base de la sécurité sociale.

Au cours des années 2000, le dispositif a été plusieurs fois modifié ⁽³⁾. Cependant, il permettait toujours l'application de taux réduits de cotisations « d'assurances sociales » jusqu'à 1,5 Smic. Dès lors, un dispositif dérogatoire était déjà prévu pour permettre une exonération totale de cotisations pour les travailleurs occasionnels de moins de 26 ans, dans la limite d'un mois par an et par salarié.

(1) « Les comptes de la sécurité sociale », résultats 2021, prévisions 2022 et 2023, rapport (tome 1), septembre 2022 (page 60).

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

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

Cette exception a été supprimée en 2010 ⁽¹⁾. L'exonération a été transformée pour prendre la forme d'une réduction linéaire de cotisations patronales, lissée en 2013. À ce moment, l'exonération était totale jusqu'à 1,25 Smic puis décroissante jusqu'à 1,5 Smic.

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS DE L'ASSIETTE DE L'EXONÉRATION TO-DE

Période	Textes juridiques	Champ de l'exonération	Types de contrats visés par le dispositif
Avant 2010	LFSS 2002 (art. 8) Loi n° 2006-11 du 5 janvier 2006 d'orientation agricole	Exonération totale de prestations familiales pour les rémunérations ≤ 1,5 Smic Taux réduit de moitié pour les rémunérations entre 1,5 et 1,6 Smic	Tout CDD pour des travailleurs occasionnels Tout CDD, CDI ou CTI pour les demandeurs d'emploi
2010 à 2013	Loi n° 2010-237 de finances rectificatives pour 2010 du 9 mars 2010 (art. 13) Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 (art. 144)	Exonération totale pour les rémunérations ≤ 2,5 Smic Exonération dégressive pour les rémunérations mensuelles comprises entre 2,5 Smic et 3 Smic Pas d'exonération pour les rémunérations mensuelles ≥ 3 Smic	CDD saisonniers ou d'usage (L. 1242-2 du code du travail)
2013 à 2019	Loi de finances pour 2013 ⁽²⁾	Exonération totale pour une rémunération ≤ 1,25 Smic mensuel Exonération dégressive pour une rémunération comprise entre 1,25 et 1,5 Smic mensuel Pas d'exonération pour une rémunération ≥ 1,5 Smic mensuel	Pour les demandeurs d'emploi, tout CDD, CDI ou CTI dans un groupement d'employeurs
Depuis 2019	LFSS 2019 (prolongation du dispositif par la LFSS 2021)	Exonération totale pour une rémunération ≤ 1,2 Smic L'exonération s'annule à 1,6 Smic à l'instar des allègements généraux	

Source : commission des affaires sociales.

● Dans le contexte de transition entre la suppression des dispositifs de crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et de crédit d'impôt de taxe sur les salaires (CITS) d'une part, et le renforcement des allègements généraux prévu par la LFSS 2018 d'autre part, la LFSS 2019 avait prévu l'extinction du dispositif TO-DE au 1^{er} janvier 2021 et le maintien d'un dispositif transitoire au titre des années 2019 et 2020 aux modalités de calcul rénovées prévoyant une nouvelle

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

(2) La loi de finance pour 2013 exclut du périmètre de l'exonération les cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

limite de 1,2 Smic pour l'exonération totale et de 1,6 Smic pour l'exonération dégressive ⁽¹⁾.

Ce dispositif a été prolongé jusqu'au 1^{er} janvier 2023 à l'occasion de la LFSS 2021 ⁽²⁾.

B. LE SUCCÈS DE CE DISPOSITIF A CONDUIT À LE PROLONGER JUSQU'AU 1^{ER} JANVIER 2023

- D'après l'étude d'impact, 73 000 entreprises ont bénéficié du dispositif TO-DE, soit environ la moitié des entreprises du secteur agricole employant des salariés. Il couvre plus de 900 000 contrats saisonniers pour un volume d'activité de 150 millions d'heures travaillées par an et 1,75 milliard d'euros de masse salariale en 2020.

La rémunération moyenne des travailleurs occasionnels s'élève à 1,14 Smic. À ce niveau de revenu, le mécanisme « TO-DE » est plus intéressant pour les employeurs, du fait d'une exonération totale des cotisations patronales, que le dispositif des allègements généraux qui permettrait seulement une exonération à un niveau de 67 %.

- La prolongation du dispositif TO-DE tient à plusieurs raisons, en particulier à sa souplesse. Quoique non cumulable avec une autre exonération de cotisations patronales et applicable uniquement en deçà d'un temps de travail de 119 jours dans l'année, le mécanisme laisse aux employeurs la possibilité de basculer vers le système des allègements généraux dès lors que l'employé aurait dépassé cette limite. En outre, les situations de crise se sont succédé pour les exploitants agricoles depuis la fin des années 2010, ce qui justifie pleinement l'effort financier de l'État pour soutenir un secteur qui subit fortement la concurrence internationale.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN REPORT À 2024 DE L'ABROGATION DU DISPOSITIF « TO-DE »

Les exploitations agricoles continuent à faire face à des difficultés considérables, en particulier la concurrence internationale et des défis majeurs en lien avec le changement climatique qui affectent directement les cultures – gel, grêle, sécheresse particulièrement violents. En outre, la guerre en Ukraine a remis en cause les filières d'approvisionnement et de vente, déstabilisant économiquement le secteur.

(1) La LFSS 2019 a également permis que l'exonération n'intègre plus la participation propre aux entreprises agricoles en faveur du développement de la formation professionnelle continue, les cotisations de retraite complémentaire agricole obligatoires, la cotisation dite PROVEA ou encore les cotisations versées à l'Association nationale pour l'emploi et la formation en agriculture.

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

C'est pourquoi il est proposé de prolonger à nouveau le dispositif TO-DE dans le but de continuer à soutenir les exploitants agricoles qui emploient des travailleurs saisonniers.

Pour cela, le présent article propose de modifier la date d'abrogation du dispositif, inscrite au 4^o du III de l'article 8 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, afin de substituer au « 1^{er} janvier 2023 » la date du « 1^{er} janvier 2024 ».

D'après l'étude d'impact, cette prolongation du dispositif TO-DE réduirait les recettes attendues d'environ 551 millions d'euros en droits constatés, dont 377,6 millions d'euros dans le champ ROBSS et 173 millions d'euros hors ROBSS (FNAL, Unédic, Agric-Arrco). Ces sommes pèseront sur l'État puisque le mécanisme fait l'objet d'une compensation intégrale en application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. Toutefois, en cas d'abrogation au 1^{er} janvier 2023, les employeurs auraient eu recours aux allègements généraux pour un coût estimé à 380 millions d'euros.

*

* *

Article 8

Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à rehausser les droits d'accises applicables aux produits du tabac dans l'objectif d'en ajuster les prix au regard de la forte inflation que connaît la France. Alors que le droit en vigueur prévoit une augmentation des minima de perception et des tarifs, en se fondant sur l'inflation de l'année N-2 et en plafonnant cette hausse à 1,8 %, il est proposé que cette revalorisation se fonde sur l'inflation hors tabac de l'année N-1 et que cette hausse soit déplafonnée, en limitant uniquement l'augmentation du minimum de perception à 3 %.

Compte tenu de la reconfiguration de la consommation en faveur du tabac à rouler, moins onéreux, il est proposé de faire converger sa fiscalité vers celle des cigarettes avec un relèvement de l'accise de 83,50 euros en 2022 et 89 euros en 2023, portant le prix de la blague de tabac de 30 grammes à 15,03 euros.

En outre, il est proposé de créer une nouvelle catégorie fiscale pour le tabac à chauffer qui entre aujourd'hui dans la catégorie des autres tabacs à fumer dont les droits d'accise sont plus faibles. Il s'agirait donc d'augmenter les accises afférentes de sorte que leur prix soit le même que ceux des autres produits du tabac.

L'article 8 procède enfin à des ajustements de la trajectoire de convergence des tarifs et taux applicables en Corse prévue jusqu'en 2026.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LA FISCALITÉ CONSTITUE UN OUTIL CENTRAL DANS LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME ET A PU PORTER SES FRUITS, SANS POUR AUTANT AMENER LA FRANCE AUX NIVEAUX DE PRÉVALENCE DE SES VOISINS EUROPÉENS

A. UNE PRÉVALENCE DU TABAGISME TOUJOURS ÉLEVÉE EN FRANCE MALGRÉ UNE IMPORTANTE AMÉLIORATION RÉCENTE

1. Le tabagisme, première cause de mortalité évitable en France

D'après les données de Santé publique France ⁽¹⁾, la prévalence du tabagisme en France reste plus élevée que dans les principaux pays comparables. Un peu plus de trois personnes sur dix fument à des fréquences variables. Cela représente 11,5 millions de Français qui fument régulièrement.

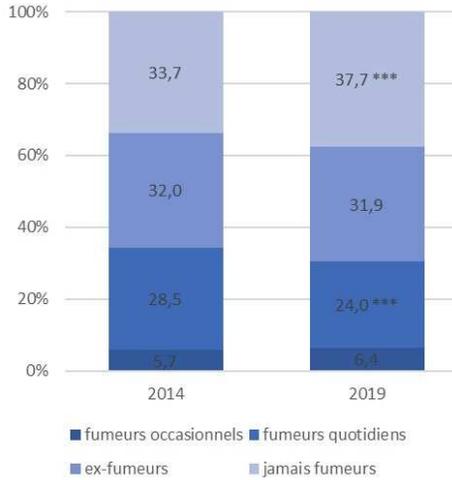
En comparaison, cette prévalence est de 15 % au Royaume-Uni et 14 % en Australie ⁽²⁾. Au sein de l'Union européenne, la France avait, en 2017, la troisième prévalence la plus élevée (33 %) après la Bulgarie (36 %) et la Grèce (35 %), loin

(1) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/donnees/#tabs>

(2) D'après les données de Santé publique France.

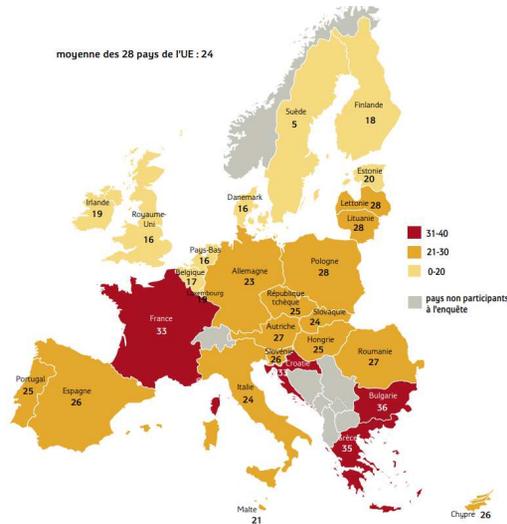
devant la Belgique (17 %), les Pays-Bas et le Danemark (16 %) ou la Suède (5 %) ⁽¹⁾. La France se situe également très au-dessus de la moyenne européenne (24 %).

STATUT TABAGIQUE DES 18-75 ANS EN FRANCE (ÉVOLUTION 2014-2019)



Source : Santé publique France.

PRÉVALENCE DE L'USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARI MI LES 15 ANS ET PLUS DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE EN 2017 (EN %)



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

(1) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne », A. Lermenier-Jeannet, juillet 2018.

Les Français tendent à fumer plus que les Françaises, la prévalence du tabagisme étant de 27,5 % pour les premiers contre 20,7 % pour les secondes. Pour autant, alors que la mortalité attribuable au tabac a diminué chez les hommes entre 1999 et 2015, elle a plus que doublé chez les femmes (3 % de la mortalité totale en 1999, 6,9 % en 2015), le cancer des poumons étant devenu une cause de mortalité plus importante que le cancer du sein chez les femmes entre 50 et 74 ans ⁽¹⁾.

La prévalence du tabagisme quotidien reste également, en 2019, plus élevée lorsque le niveau de diplôme diminue, lorsque la rémunération est plus faible et chez les personnes au chômage – la différence est de 17 points avec les actifs occupés. Les principales causes de décès sont les cancers (62 % des décès attribuables au tabac), les maladies cardio-vasculaires (22,5 %) et les pathologies respiratoires (15,2 %) ⁽²⁾.

Le tabac est à l'origine de plus de 75 000 morts chaque année, c'est-à-dire 13 % des décès survenus en France métropolitaine ⁽³⁾.

2. Des plans nationaux de lutte contre le tabagisme qui ont fait la preuve de leur efficacité

● Les lois dites « Veil » ⁽⁴⁾ puis « Évin » ⁽⁵⁾ ont ouvert la voie à une politique ambitieuse de lutte contre le tabagisme en France. Ces textes ont été complétés par des « plans cancer » ⁽⁶⁾ puis par le programme national de réduction du tabagisme (2014-2017) ⁽⁷⁾. Un programme national de lutte contre le tabac couvre désormais la période 2018-2022 ⁽⁸⁾.

Dans ce cadre, outre les décisions structurantes prises au cours des années 2000 ⁽⁹⁾, plusieurs mesures centrales ont été décidées depuis 2014. Il s'agit

(1) *Observatoire français des drogues et des tendances addictives, P. Kopp, « Le coût social des drogues en France », 2015.*

(2) *Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Tabagisme et arrêt du tabac en 2021 », avril 2022.*

(3) <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/tableau-de-bord-tabac>

(4) *Loi n° 76-616 du 9 juillet 1976 relative à la lutte contre le tabagisme. Celle-ci règlemente notamment la publicité des produits du tabac et instaure la mention d'un message sanitaire sur les paquets, ainsi qu'un usage restreint dans certains lieux publics.*

(5) *Loi n° 91-32 du 10 janvier 1991 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dont les dispositions sont aujourd'hui codifiées aux articles L. 3512 et suivants du code de la santé publique.*

(6) *Le premier « plan cancer » couvrait la période 2003-2007, le deuxième la période 2009-2013 et le troisième la période 2014-2019. S'y adjoint désormais une stratégie décennale 2021-2030.*

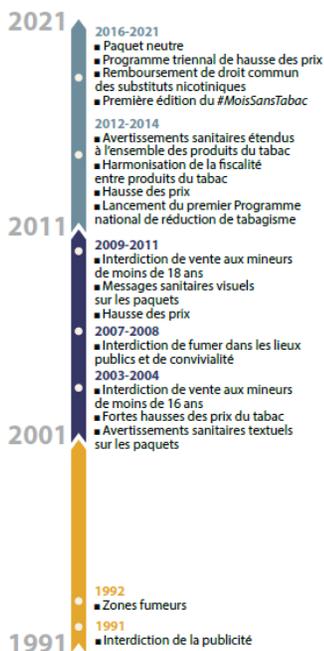
(7) [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914 - Dossier de Presse - PNRT 2 .pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/250914_-_Dossier_de_Presse_-_PNRT_2_.pdf)

(8) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf

(9) *Interdiction de vente de tabac aux personnes de moins de 16 puis 18 ans à partir de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ; interdiction de fumer dans tous les lieux fermés et couverts recevant du public depuis 2007 (article R. 3512-2 du code de la santé publique) ; renforcement des avertissements sanitaires sur les paquets de cigarettes (article L. 3512-22 du code de la santé publique).*

en particulier du paquet neutre ⁽¹⁾, du remboursement des substituts nicotiniques comme n'importe quel médicament ⁽²⁾, des campagnes de prévention renouvelées avec l'opération « Mois sans tabac » et de la hausse des prix pour atteindre un paquet à 10 euros en 2020 ⁽³⁾. Un fonds de lutte contre le tabac a été également créé en 2016, devenu fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives ⁽⁴⁾.

HISTORIQUE DES PRINCIPALES MESURES DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME EN FRANCE (1991-2021)



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

● Ces mesures ont, d'après Santé publique France, porté leurs fruits ⁽⁵⁾. On constate une baisse de 3,9 points du tabagisme et de 4,5 points du tabagisme quotidien entre 2014 et 2019, une diminution d'ampleur inédite depuis le début des années 2000. Ce reflux du tabagisme est particulièrement important chez les 18-54 ans tandis que la prévalence du tabagisme tend à stagner chez les 55-75 ans.

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Cette loi prévoit également l'interdiction de la publicité sur les lieux de vente, des arômes perceptibles et de certains additifs, de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur. Elle ordonne une homologation des prix du tabac conjointe entre les ministères chargés de la santé et du budget.

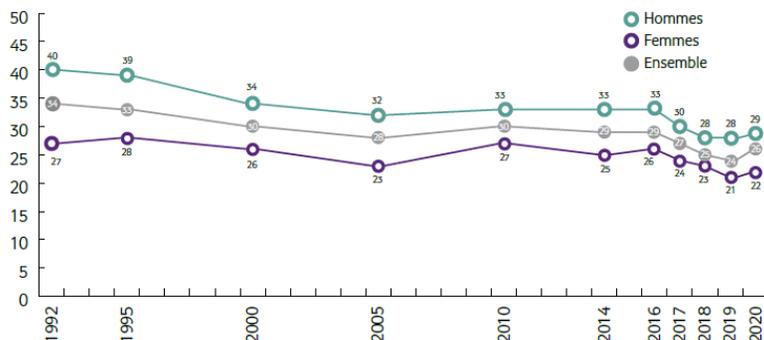
(2) Depuis le 1^{er} janvier 2019.

(3) Article 17 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

(4) Décret n° 2019-622 du 21 juin 2019 relatif au fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives.

(5) <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-bilan-de-cinq-annees-de-programme-national-contre-le-tabagisme-2014-2019>

USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARMIS LES ADULTES DE 18-75 ANS SELON LE SEXE ENTRE 1992 ET 2020 (EN %)



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

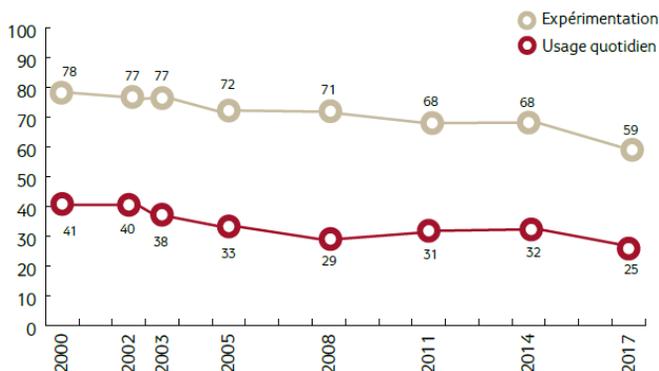
À la suite de ces mesures prises à partir de 2014, Santé publique France note également plusieurs constats encourageants entre 2014 et 2017 :

- une augmentation de la part des personnes n’ayant jamais fumé, passée de 33,7 % à 37,7 % ;

- un recul de l’âge de l’expérimentation, passé de 14 à 14,4 ans ;

- une baisse de la part des jeunes de 17 ans qui ont expérimenté la cigarette, passée de 68,4 % à 59 %.

EXPÉRIMENTATION ET USAGE QUOTIDIEN DE TABAC PARMIS LES JEUNES DE 17 ANS ENTRE 2000 ET 2017 (EN %)



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

• Des études spécifiques ⁽¹⁾ ont montré l'efficacité de la mesure du paquet neutre, recommandée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 2008 et introduite en France en 2017. Elle a divisé par trois la part de fumeurs indiquant que l'aspect du paquet de cigarette leur plaît, augmenté la part de ceux qui se disent gênés de le sortir et baissant sensiblement son attractivité auprès des 18-24 ans.

B. LA FISCALITÉ COMME OUTIL CENTRAL DE LUTTE CONTRE LE TABAGISME DANS UN CADRE EUROPÉEN PROCHAINEMENT RÉVISÉ

1. Le monopole de l'État sur la vente au détail des produits du tabac

Depuis le XVII^e siècle ⁽²⁾, la vente au détail des produits du tabac constitue un monopole d'État en France, trouvant peu à peu, notamment à partir du XIX^e siècle, une justification fondée sur la santé publique ⁽³⁾. Ce monopole est aujourd'hui codifié ⁽⁴⁾.

Le rôle des débitants de tabac est donc singulier. Ils sont des préposés de l'administration des douanes et des droits indirects, pouvant être soumis à des obligations de service public ⁽⁵⁾ et devant s'acquitter d'un droit de licence ⁽⁶⁾. Les fournisseurs, que ce soit pour l'importation ou la commercialisation de produits de tabac, doivent approvisionner exclusivement les débitants et déclarer l'ensemble de leurs établissements à l'administration des douanes ⁽⁷⁾.

2. Un levier fiscal fortement utilisé ces dernières années pour faire augmenter les prix des produits du tabac

Outre ce monopole, l'État peut également influencer sur un facteur central dans la lutte contre le tabagisme : le prix du tabac. Les experts s'accordent sur le fait qu'il s'agit de l'un des leviers les plus efficaces dans cet objectif, comme l'a rappelé l'OMS dans sa convention-cadre pour la lutte anti-tabac ⁽⁸⁾. En ce sens, alors que le prix du tabac est librement fixé par les vendeurs, l'État se trouve dans l'obligation, pour faire varier le prix du paquet de cigarettes, d'user de l'outil fiscal et d'une fiscalité dite « comportementale » dont l'objectif est de faire évoluer la perception

(1) <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2019/perception-du-paquet-de-tabac-neutre-par-les-fumeurs-barometres-2016-et-2017>

(2) *Malgré une courte interruption au moment de la Révolution française.*

(3) *Assemblée nationale, rapport d'information n° 4498 de M. Éric Woerth et Mme Zivka Park fait au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur l'évolution de la consommation de tabac et du rendement de la fiscalité applicable aux produits du tabac pendant le confinement et sur les enseignements pouvant en être tirés, 29 septembre 2021.*

(4) *Article 568 du code général des impôts.*

(5) *Décret n° 2010-720 du 28 juin 2010 relatif à l'exercice du monopole de la vente au détail des tabacs manufacturés.*

(6) *Article 570 du code général des impôts.*

(7) *Articles 570 et 571 du code général des impôts.*

(8) *Article 6 : « Les Parties reconnaissent que les mesures financières et fiscales sont un moyen efficace et important de réduire la consommation de tabac pour diverses catégories de la population, en particulier les jeunes. »*

et l'action des fumeurs. En effet, le prix payé par le consommateur est le résultat de trois composantes : la part du fabricant, la marge du buraliste et les impôts et taxes.

En ce sens, les produits de tabac sont soumis à un droit de consommation, c'est-à-dire une accise due mensuellement par les fournisseurs et recouvrée par la direction générale des douanes et des droits indirects (DGDDI). Celle-ci est double ⁽¹⁾ :

– un droit spécifique, exprimé en valeur absolue par milliers d'unités ⁽²⁾ ou de grammes ⁽³⁾, appelé « tarif » ;

– un droit proportionnel, exprimé en fonction du prix de vente, appelé « taux ».

Il existe en parallèle un minimum de perception ⁽⁴⁾, c'est-à-dire un montant plancher en dessous duquel le montant de cette accise ne peut aller. Par ailleurs, les produits de tabacs sont soumis à la taxe sur la valeur ajoutée au taux de 20 %.

Les taux et montants de ces droits varient en fonction des produits selon une typologie précisée par le code des impositions sur les biens et services ⁽⁵⁾.

**DROITS DE CONSOMMATION APPLIQUÉS AUX PRODUITS DE TABAC
À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2021**

Catégorie de produit	Composante du droit de consommation	Taux et montants
Cigarettes	Taux proportionnel (en %)	55
	Part spécifique pour mille unités (en euros)	63,5
	Minimum de perception pour mille unités (en euros)	336
Cigares et cigarillos	Taux proportionnel (en %)	36,3
	Part spécifique pour mille unités (en euros)	48,6
	Minimum de perception pour mille unités (en euros)	268,4
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux proportionnel (en %)	49,1
	Part spécifique pour mille unités (en euros)	83,3
	Minimum de perception pour mille unités (en euros)	304,7
Tabac à priser	Taux proportionnel (en %)	58,1
Tabacs à mâcher	Taux proportionnel (en %)	40,7

Source : code des impositions des biens et services.

(1) À l'exception du tabac à prise et du tabac à mâcher, qui ne se voient appliquer qu'un taux proportionnel mais pas de part spécifique ni de minimum de perception.

(2) Pour les cigarettes, cigares et cigarillos.

(3) Pour le tabac à rouler et autres tabacs à fumer.

(4) Exprimé par mille unités ou mille grammes.

(5) Article L. 314-24 du code des impositions sur les biens et services (ancien article 575A du code général des impôts).

Le prix d'un paquet de vingt cigarettes à 10 euros se décompose donc de la manière suivante ⁽¹⁾ :

– 8,44 euros de taxes, dont 5,5 euros d'accise proportionnelle mais aussi 1,27 euro d'accise fixe et 1,67 euro de TVA ;

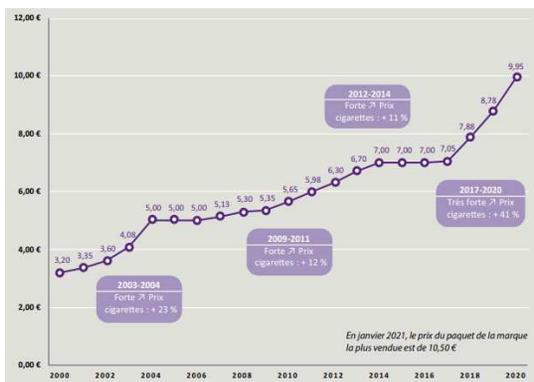
– 0,99 euro revenant au buraliste ;

– 0,57 euro revenant au fabricant ⁽²⁾.

Grâce à ce levier, le prix du paquet de cigarettes a fortement varié ⁽³⁾. Il a diminué dans les années 1970, stagné dans les années 1980 avant d'augmenter régulièrement durant la décennie 1990. Les « plans cancer » des années 2000 ont conduit à amplifier cette hausse, prolongée ensuite à partir des années 2010. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 ⁽⁴⁾ a établi en parallèle une taxation harmonisée pour tous les produits du tabac – notamment le tabac à rouler.

Ainsi, le prix de la marque la plus vendue est passé de 3,2 euros en 2000 à 7 euros en 2014. L'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avait prévu une trajectoire d'augmentation progressive de ce prix jusqu'à 10 euros en 2020. En effet, à la fin de l'année 2020, le prix du paquet de cigarette s'élevait à 10,5 euros, soit une augmentation de 230 % en 20 ans ⁽⁵⁾.

ÉVOLUTION DU PRIX ANNUEL MOYEN DE LA MARQUE DE PAQUET LE PLUS VENDU (EN EUROS)



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

(1) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme (1991-2021) », M.-A. Douchet et O. Le Nézet, mai 2021 (page 3).

(2) Il faut également mentionner l'existence d'une remise sur le prix obligatoirement consentie par le fabricant au buraliste (qui participe à leur rémunération), représentant 10,04 % du total.

(3) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme (1991-2021) », op. cit., p. 3.

(4) Article 23 de la loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013.

(5) Assemblée nationale, rapport n° 4498 de M. Éric Woerth et Mme Zivka Park, op. cit., p. 18.

En conséquence, d'après l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives (OFDT) ⁽¹⁾, une forte diminution des ventes de tabacs, toutes formes confondues, est constatée. Les ventes ont reculé de 56,6 % en volume en vingt ans. Ce mouvement s'est toutefois accompagné d'une reconfiguration dans la répartition des ventes entre les différents produits, le tabac à rouler, dont le prix reste inférieur à celui du paquet de cigarettes manufacturées ⁽²⁾, représentant désormais 17 % des ventes en 2020 contre 11 % en 2005.

**VENTES TOTALES DE TABAC DANS LE RÉSEAU DE BURALISTES (EN TONNES)
ET RÉPARTITION (EN %) ENTRE CIGARETTES MANUFACTURÉES, TABAC À ROULER ET
AUTRES PRODUITS DU TABAC**



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

D'après l'étude d'impact, les droits de consommation sur les produits du tabac ont fortement augmenté entre 2017 et 2020, passant de 11,4 milliards d'euros à 14,4 milliards d'euros, même si un léger reflux s'est produit en 2021 – pour 14,3 milliards d'euros tout de même. Toutefois, malgré ces importants droits d'accises ainsi que les « économies de pension de retraite non versées » du fait des décès, le coût des soins liés au tabac dépasse largement le montant de ces recettes, ce constat étant valable pour le tabac, l'alcool et, *a fortiori*, les stupéfiants. D'après l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives ⁽³⁾, le coût social total du tabac s'élève à 120 milliards d'euros, dont 20 à 26 milliards d'euros pour la seule assurance maladie ⁽⁴⁾. La taxation sur le tabac ne représente ainsi que 40 % du coût des soins, soit moins encore que pour l'alcool (42 %) ⁽⁵⁾.

(1) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Trente ans de politiques publiques de réduction du tabagisme (1991-2021) », op. cit., p. 4.

(2) D'après l'étude d'impact, une cigarette d'environ 1 gramme coûte 51 centimes et un gramme de tabac à rouler coûte 48 centimes.

(3) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, P. Kopp, « Le coût social des drogues en France », op. cit.

(4) D'après l'étude d'impact.

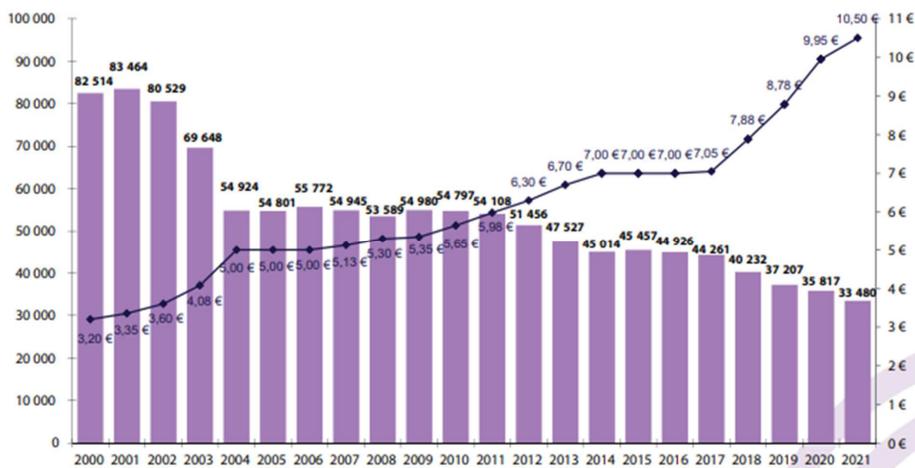
(5) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, P. Kopp, « Le coût social des drogues en France », op. cit., p. 7.

3. L'élasticité de la demande au prix des produits du tabac

Les études et les recommandations qui en découlent tendent à montrer l'efficacité du facteur prix dans le choix de consommation des produits du tabac. En 2022, l'OMS a rappelé que l'augmentation significative des taxes et prix de ces produits constitue la mesure présentant le meilleur rapport coût/efficacité dans la lutte contre le tabagisme ⁽¹⁾. Il s'agit du principal résultat des études menées sur l'élasticité-prix de la demande de tabac en France et dans le monde.

D'après les études les plus récentes à l'échelle internationale ⁽²⁾, le rapport entre la variation des ventes et du prix a évolué sur la période allant des années 1950 aux années 2010. Pour les années 2000-2015, l'élasticité prix serait de $-0,5$. Cela signifie qu'une augmentation du prix de 20 % ferait diminuer les ventes de 10 %.

VENTES DE CIGARETTES (EN MILLIONS D'UNITÉS) ET PRIX ANNUEL MOYEN DU PAQUET DE CIGARETTES DE LA MARQUE LA PLUS VENDUE EN FRANCE



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

Les études menées spécifiquement sur la situation française tendent à montrer une élasticité proche de celle déterminée à l'échelle internationale. L'OFDT évalue l'élasticité prix de la demande en tabac en France à $-0,52$ ⁽³⁾.

4. Un encadrement européen des prix du tabac qui pourrait être révisé prochainement pour continuer à lutter contre les marchés parallèles

- Les produits de tabac font l'objet d'un marché parallèle dont il est difficile de mesurer l'ampleur. Le rapport d'information de l'Assemblée nationale

(1) OMS, manuel technique sur la politique et l'administration des taxes prélevées sur le tabac, 2022.

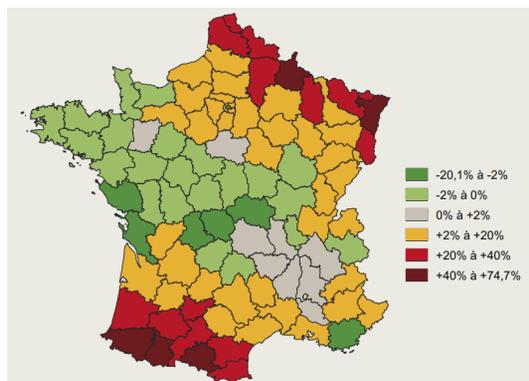
(2) Hill C., Legoupil C., « Taxation et prix du tabac en France et conséquences sur la consommation », Bull Epidémiol Hebdomadaire, 2018.

(3) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Notes sur le tabagisme et l'arrêt du tabac en 2021, avril 2022.

précédemment cité ⁽¹⁾ avait calculé, à partir de la consommation durant le premier confinement en 2020, soit à une période durant laquelle la fermeture des frontières a fortement limité le marché illicite tout en maintenant les bureaux de tabacs ouverts ⁽²⁾, que celui-ci pourrait représenter entre 14 et 17 % de la consommation totale de tabac en France, dont 9 à 12 % pour les cigarettes manufacturées et 29 à 32 % pour le tabac à rouler.

Malgré une forte diminution en 2020 des seuils de présomption de détention à des fins commerciales pour chaque catégorie de tabac manufacturé par les particuliers en France ⁽³⁾, ce marché parallèle reste donc actif et alimenté par plusieurs facteurs, notamment les écarts de prix entre la France et ses voisins. Cette situation est particulièrement visible pour les personnes vivant en zone frontalière, où l'incitation à acheter du tabac à moindre coût est forte. La variation des ventes entre les deuxièmes trimestres de 2019 et 2020 est donc particulièrement marquée dans ces départements frontaliers avec une augmentation de 21,9 % à jours constants, contre 2,4 % dans les départements non-frontaliers ⁽⁴⁾.

VARIATION DES VENTES TOTALES DE TABAC PAR DÉPARTEMENT AU DEUXIÈME TRIMESTRE, COMPARAISON 2019-2020



Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives

● Afin de lutter contre ce phénomène, la directive européenne du 21 juin 2011 ⁽⁵⁾ vise, en lien avec une directive du 16 décembre 2008 ⁽⁶⁾, à harmoniser les régimes d'accises des États membres avec le double objectif d'assurer à la fois le bon fonctionnement du marché intérieur et une protection

(1) Assemblée nationale, rapport n° 4498 de M. Éric Woerth et Mme Zivka Park, op. cit., p. 18.

(2) Les arrêtés des 14 et 17 mars 2020 reconnaissent le tabac comme produit de première nécessité.

(3) Article 205 de la loi n° 2020-1721 du 29 décembre 2020 de finances pour 2021. Les seuils sont passés de 800 cigarettes à 200 et de 1 kilogramme de tabac à 250 grammes.

(4) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Tabagisme et arrêt du tabac en 2020 », M.-A. Douchet, mars 2021, p. 5.

(5) Directive 2011/64/UE du 21 juin 2011 concernant la structure et les taux d'accises applicables aux tabacs manufacturés.

(6) Directive 2008/118/CE du 16 décembre 2008 relative au régime général d'accise et abrogeant la directive 92/12/CEE.

élevée de la santé. Cette directive définit des catégories de taxes communes pour les tabacs manufacturés soumis à des droits d'accises (cigarettes, cigares et cigarillos, tabac à fumer) ainsi que les dispositions visant à harmoniser les structures de ces accises. Plus précisément, les États membres sont tenus de mettre en place des droits d'accise composés de deux éléments :

- une accise *ad valorem* calculée sur le prix maximal de vente au détail ;
- une accise spécifique calculée par unité de produit.

Le texte établit également des taux d'accises minimaux appelés « minima de l'Union européenne ». La directive visait également à combler l'écart de fiscalité entre les cigarettes et le tabac à rouler afin de prévenir et d'atténuer la substitution induite par la fiscalité. Révisée en 2014 ⁽¹⁾, la directive prévoit des mesures d'harmonisation en matière de présentation des paquets de cigarettes, d'interdiction des arômes et de réglementation relative aux cigarettes électroniques.

● Malgré ces avancées, les flux transfrontaliers de produits du tabac ne semblent pas avoir été endigués. En effet, selon la Commission européenne ⁽²⁾, entre 2010 et 2016, les entrées nettes moyennes de cigarettes provenant d'un autre pays de l'Union européenne en Allemagne, France, Autriche, Irlande et Pays-Bas ont dépassé les 10 % de la consommation intérieure totale estimée, quand les pays d'Europe de l'Est ou le Luxembourg voient les sorties nettes atteindre 15 % des cigarettes mises à la consommation. Le manque à gagner estimé des recettes fiscales des pays ayant une entrée nette de cigarettes s'élève à environ 6 milliards d'euros par an. La première explication de ce phénomène reste la différence des prix dans chaque État membre.

L'analyse des prix du paquet de cigarettes au sein de l'Union européenne montre non seulement leur grande hétérogénéité mais aussi « *une césure très nette entre les États de l'Est [...], pour lesquels les prix sont en dessous de 4 euros, et ceux de l'ouest de l'UE* » ⁽³⁾.

La directive laisse en effet une grande latitude aux États membres pour déterminer les montants des accises sur les produits du tabac, ce qui fait varier fortement la pression fiscale sur le paquet de cigarettes, qui oscille de 84,8 % en France à 69,4 % au Luxembourg, par exemple ⁽⁴⁾.

(1) Directive 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014 relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes, et abrogeant la directive 2001/37/CE.

(2) Commission européenne, « Commission staff working document evaluation of the Council directive 2011/64/EU of 21 June 2011 on the structure and rates of excise duty applied to manufactured tobacco », SWD(2020) 32 final, 10 février 2020.

(3) Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne », A. Lermenier-Jeanet, juillet 2018, p. 4.

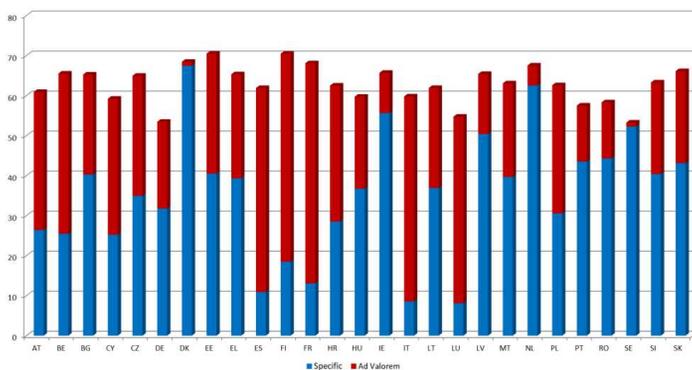
(4) Assemblée nationale, rapport n° 4498 de M. Éric Woerth et Mme Zivka Park, op. cit., p. 29. Voir également Commission européenne, direction générale de la taxation et des douanes, « Excise duty tables. Part III. Manufactured Tobacco », 2021, https://taxation-customs.ec.europa.eu/system/files/2021-09/excise_duties-part_iii_tobacco_en.pdf

PRIX MOYEN PONDÉRÉ COURANT ET AJUSTÉ ⁽¹⁾ DU PAQUET DE VINGT CIGARETTES AU 1^{ER} JANVIER 2018 DANS LES PAYS DE L'UNION EUROPÉENNE (EN EUROS)

	Prix courants		Prix ajustés
Bulgarie	2,55	Luxembourg	1,83
Lituanie	2,99	Autriche	3,61
Lettonie	3,03	République tchèque	3,70
Croatie	3,05	Lituanie	3,85
Slovaquie	3,13	Slovaquie	4,02
Pologne	3,19	Slovénie	4,17
Estonie	3,24	Estonie	4,23
République tchèque	3,31	Danemark	4,38
Roumanie	3,31	Allemagne	4,46
Slovénie	3,51	Pologne	4,50
Hongrie	3,52	Lettonie	4,53
Grèce	3,75	Pays-Bas	4,81
Chypre	4,28	Espagne	4,90
Portugal	4,40	Italie	4,94
Espagne	4,52	Suède	4,95
Autriche	4,59	Croatie	4,99
Luxembourg	4,60	Belgique	5,11
Italie	4,76	Hongrie	5,12
Malte	5,25	Chypre	5,13
Danemark	5,36	Bulgarie	5,19
Allemagne	5,47	Roumanie	5,30
Belgique	5,88	Irlande	5,45
Suède	6,00	Malte	5,49
Finlande	6,12	Grèce	5,57
Pays-Bas	6,16	Finlande	5,60
France	6,81	Portugal	5,65
Royaume-Uni	8,83	France	6,58
Irlande	10,07	Royaume-Uni	8,32

Source : Observatoire français des drogues et des tendances addictives.

DROITS D'ACCISE MINIMUM SUR LES CIGARETTES AU 1^{ER} JUILLET 2021 (POURCENTAGE DU PRIX DE VENTE AU DÉTAIL)



Source : Commission européenne.

• Dans son étude de 2020 sur la directive de 2011, la Commission européenne a proposé plusieurs améliorations de l'encadrement européen :

– une augmentation des *minimas* actuels de l'Union européenne sur tous les produits de tabac. La Commission note que cette augmentation devrait être supérieure à l'inflation et à la croissance des revenus escomptés, sans quoi il n'y

(1) Les données de la Banque mondiale ont permis d'ajuster les prix sur le pouvoir d'achat dans chaque État membre. D'après la note de l'OFDT de juillet 2018, « le prix ajusté pour chaque pays est égal au produit du prix courant par un coefficient de correction égal au rapport entre le PIB-PPB moyen de l'UE et le PIB-PPB du pays ». Observatoire français des drogues et des tendances addictives, « Consommations, ventes et prix du tabac : une perspective européenne », A. Lermenier-Jeanet, juillet 2018, p. 4.

aurait aucun impact sur l'accessibilité économique, et que les augmentations des minimas devraient être régulières face à l'inflation et à la croissance des revenus ;

– une harmonisation des régimes fiscaux applicables en créant une nouvelle catégorie fiscale pour les produits du tabac chauffé. En juin 2022, la Commission européenne a proposé d'interdire la vente des versions aromatisées de tabac chauffé, vendu sous la forme de bâtonnets pour être ensuite inhalé.

D'après l'étude d'impact, des négociations sont en cours pour aboutir à une nouvelle directive d'application de la directive 2014/40/UE à l'horizon de la fin de l'année 2022. En décembre 2022, la Commission européenne devrait également proposer une révision de la directive 2011/64 sur la base de son rapport de 2020 afin de proposer notamment une nouvelle catégorie fiscale pour le tabac à chauffer.

II. LE DROIT PROPOSÉ : UNE FISCALITÉ DES PRODUITS DU TABAC MIEUX ADAPTÉE AUX NOUVELLES CONSOMMATIONS ET PRENANT EN COMPTE L'INFLATION

Le présent article vise à adapter, par plusieurs voies, la fiscalité du tabac non seulement au fort niveau d'inflation mais aussi à l'évolution de la consommation constatée notamment depuis 2020. D'après l'étude d'impact, ces évolutions devraient permettre de collecter 450 millions d'euros supplémentaires en année pleine et 375 millions d'euros en 2023 ⁽¹⁾.

A. INDEXER LES PRIX DU TABAC EN FONCTION DE L'INFLATION DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

• L'article L. 314-24 du code des impositions des biens et services prévoit, outre les droits d'accises et minima de perception applicables aux différents produits du tabac, que ces tarifs et minima sont « indexés sur l'inflation dans les conditions prévues au chapitre II du titre III du livre I^{er} », c'est-à-dire sur l'année N-2. Cette indexation ne s'applique que sur la part de l'accise proportionnelle au volume de tabac (le tarif) et non sur le taux, représentant un pourcentage du prix de vente au détail. Le droit en vigueur prévoit également, dans ce même article, que cette augmentation ne peut être supérieure à 1,8 %.

En cas d'inflation faible ou nulle, cette situation ne pose pas de difficulté dans la mesure où les taux et minima de perception ne varient que très peu. Toutefois, la France connaît à l'heure actuelle une inflation importante, de l'ordre de 5 % en 2022 et, d'après les hypothèses mentionnées dans le programme de stabilité 2022-2027, de 3,2 % en 2023 ⁽²⁾. Or, en l'état actuel du droit et d'après l'étude d'impact, la revalorisation du prix du paquet de cigarettes devrait s'établir à 1,6 % dans un contexte où les prix du paquet de cigarettes et de la blague de tabac à rouler sont restés stables depuis la fin de l'année 2020. Le plafonnement légal de

(1) Du fait d'une entrée en vigueur au 1^{er} mars 2023.

(2) Programme de stabilité 2022-2027, juillet 2022, p. 6.

la hausse liée à l'inflation à 1,8 % conduirait sans doute à une évolution atteignant ce plafond en 2024, compte tenu de l'inflation en 2022. Cela signifie que, comparativement aux autres produits de consommation, les prix des produits du tabac seraient en diminution pour les deux années qui viennent, ce qui serait contradictoire avec l'objectif d'augmenter tarifaire voué à diminuer les volumes de vente et à protéger la santé des Français.

- Dès lors, le **iii** du **d** du **2°** du **I** prévoit de supprimer les modalités actuelles d'indexation sur l'inflation pour se fonder, par dérogation à l'article L. 132-2 du code des impositions des biens et services, sur la prévision de l'indice mentionné à cet article retenue pour l'année précédant celle de la révision dans le rapport économique, social et financier joint au projet de loi de finances pour l'année de révision. Cet alinéa vise également à anticiper un éventuel écart entre la prévision du niveau d'inflation et celui qui sera effectivement réalisé, en prévoyant un mécanisme d'ajustement en cas d'évolution de l'estimation.

- Le **iv** du **d** du **2°** du **I** ajoute deux précisions :

- cette évolution du prix ne peut être négative ;

- l'augmentation du minimum de perception ne peut excéder 3 %. En ce sens, il s'agirait de revoir le mécanisme actuel de plafonnement global de l'augmentation du prix de 1,8 % pour le réserver au seul minimum de perception et l'établir à un taux plus élevé que celui en vigueur. Ce plafonnement du seul minimum de perception doit empêcher que son augmentation trop rapide ne conduise à resserrer excessivement la palette des prix.

- L'étude d'impact indique que, dans l'objectif d'éviter une « année blanche » ignorant l'inflation de l'année 2021, la revalorisation en 2023 tiendra compte non seulement de l'inflation au titre de 2022 mais aussi de 2021, soit une augmentation des accises en 2023 de l'ordre de 7,09 %.

Au total, d'après l'étude d'impact, le prix moyen pondéré du paquet de cigarettes devrait atteindre 11,15 euros en 2025.

ÉVOLUTION DU PRIX MOYEN PONDÉRÉ DES CIGARETTES (20 UNITÉS) EN CAS D'APPLICATION DES DISPOSITIONS DU PRÉSENT ARTICLE ⁽¹⁾

Année	2022	2023	2024	2025
Prix moyen pondéré	10,16 € (en juillet 2022)	10,68 €	11 €	11,15 €

Source : étude d'impact.

- Le **v** du **d** du **2°** du **I** vise à ajouter une mention dans le droit en vigueur au troisième alinéa de l'article L. 132-2 du code des impositions des biens et services, précisant que les tarifs et minima révisés sont arrondis au dixième d'euro par unité de transaction et que la révision ultérieure se base sur le tarif non arrondi.

(1) À prix hors taxes et remises brutes des buralistes constants.

• Le 3° du I propose, enfin, de supprimer le second alinéa de l'article L. 314-29 du code des impositions des biens et services qui permet, dans le cadre de la déclaration de stocks, de déroger à la règle – édictée au premier alinéa du même article – selon laquelle, en cas de changement de taux, tarif ou minimum de perception, « *l'accise devient exigible pour les produits en dehors d'un régime de suspension de l'accise par une personne qui ne les destine pas à sa consommation propre* ». La dérogation à cette règle n'est possible que dès lors que ces changements résultent de l'inflation.

Le présent article vise donc à supprimer cette dérogation afin d'éviter les effets qui pourraient résulter de son application dans un contexte de forte inflation. Cela aurait pour conséquence de rendre obligatoire la déclaration de stock, quels que soient les cas de figure. L'étude d'impact précise, par exemple, qu'en mars 2019, la déclaration de stocks réalisée à la suite de hausse de la fiscalité avait permis de collecter 17,8 millions d'euros supplémentaires sur les tabacs.

B. FAIRE CONVERGER LA FISCALITÉ DU TABAC À ROULER VERS CELLE DES CIGARETTES

Le constat d'une reconfiguration de la consommation de tabac au profit du tabac à rouler, en raison de son coût inférieur à celui du paquet de cigarettes, conduit à proposer un nouveau régime fiscal pour le tabac à rouler dans un objectif de convergence entre ces deux produits. La trajectoire fiscale inscrite en LFSS 2018 avait déjà permis d'augmenter, non seulement le prix du paquet de cigarette, mais également celui de la blague de tabac à rouler passée de 10,60 euros en 2018 à 14,20 euros en 2020 ⁽¹⁾. Toutefois, la comparaison des volumes mis à la consommation entre 2018 et 2021 montre que les volumes de cigarettes diminuent plus fortement que le tabac à rouler – avec une baisse de 17 % pour les premières et de seulement 4 % pour le second ⁽²⁾.

Le ii du d du 2° du I prévoit ainsi, dans le nouveau tableau déterminant les assiettes, taux et minima de perception pour les produits du tabac, des taux rehaussés pour la catégorie « tabacs fine coupe destinés à rouler des cigarettes ».

COMPARAISON DES TAUX, TARIFS ET MINIMA DE PERCEPTION APPLICABLES AUX TABACS FINE COUPE DESTINÉS À ROULER LES CIGARETTES, AVANT ET APRÈS RÉFORME

	2022	2023 (en cas d'adoption de la réforme)
Taux (%)	49,1	50,5
Tarif (€/1 000 grammes)	85,3	90
Minimum de perception	305,3	350

Source : commission des affaires sociales.

Ces évolutions permettraient de porter l'accise spécifique de 83,5 euros en 2022 à 89 euros en 2023, ce qui entraînerait une augmentation du prix d'une blague de tabac de 30 grammes à 15,03 euros, c'est-à-dire un prix proche de celui

(1) Étude d'impact jointe au projet de loi.

(2) Étude d'impact jointe au projet de loi.

des cigarettes. Une revalorisation du même ordre est appliquée au minimum de perception.

Le cumul de l'indexation sur le niveau d'inflation de l'année précédente et de la nouvelle fiscalité du tabac à rouler devrait permettre un rendement de 200 millions d'euros en 2023 puis de 50 millions d'euros en 2024. Les dispositions seraient sans effet si les prévisions de stabilisation de l'inflation à partir de 2025 venaient à se confirmer.

C. CRÉER UNE NOUVELLE CATÉGORIE FISCALE POUR LE TABAC À CHAUFFER ET EN AUGMENTER LES ACCISES

• La montée en puissance de nouvelles formes de produits du tabac nécessite une adaptation régulière de la fiscalité. C'est le cas en particulier des produits de tabac à chauffer (*heated tobacco products* ou HTP). Ceux-ci se distinguent d'autres produits, notamment produits combustibles du tabac ⁽¹⁾, par leur absence de combustion et donc de fumée. Il s'agit en réalité de produits générant des aérosols contenant de la nicotine, contrairement aux cigarettes électroniques, et d'autres produits chimiques que le consommateur inhale par la bouche. Les produits chauffent à une température de 350°C à l'aide d'un appareil alimenté par une batterie, alors que les cigarettes classiques se situent plutôt aux alentours de 600°C.

L'étude d'impact fait état, sur la base des analyses de la Commission européenne ⁽²⁾, du « *développement fort et rapide des produits du tabac à chauffer* » dont les ventes ont été multipliées par vingt entre 2018 et 2020. Ils représenteraient aujourd'hui 2,5 % des ventes totales de tabac dans l'Union européenne.

• La seule étude indépendante sur le tabac à chauffer a été réalisée par l'Institut Pasteur de Lille ⁽³⁾ pour comparer les produits présents dans les cigarettes électroniques, la cigarette classique et le tabac à chauffer. Mais celle-ci n'a émis que des conclusions partielles à propos de l'impact sur les cellules épithéliales bronchiques. Toutefois, d'après le Comité national de lutte contre le tabagisme, « *aucune étude indépendante n'est aujourd'hui en mesure de démontrer que la consommation de tabac chauffé entraîne une réduction des risques pour le fumeur* » ⁽⁴⁾. Une étude de la Revue médicale suisse datée de 2018 montre également que « *les principaux composés toxiques émis par la fumée de cigarette conventionnelle sont aussi présents* » dans le tabac à chauffer ; elle remet fortement en cause les « *efforts de communication des entreprises* » visant à faire passer ces

(1) Il s'agit notamment du tabac à pipe, du tabac à narguilé, du tabac à chicha ou encore des feuilles de tabac à rouler.

(2) Commission européenne, « Rapport de la Commission établissant une évolution notable de la situation pour les produits du tabac chauffé conformément à la directive 2014/40/UE », 16 juin 2022.

(3) Dusautoir R., Zarcone G., Verrielle M., Garçon G., Fronval I., Beauval N., Allorge D., Riffault V., Locoge N., « 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 », juillet 2020.

(4) https://revuedestabacs.com/static/media/uploads/comit%C3%A9_national_contre_le_tabagisme_cp_14_avril_2021.pdf

produits pour moins nocifs ⁽¹⁾. L'OMS estime qu'il n'existe pas suffisamment de preuves et d'études pour démontrer une moindre nocivité du tabac à chauffer, en ce qu'ils comprennent notamment de nouveaux composants chimiques nocifs ⁽²⁾, et recommande donc de taxer sur les mêmes bases que les autres produits du tabac ⁽³⁾.

• Ces produits sont, en l'état actuel du droit français, classés dans la catégorie « autres tabacs à fumer » dont les taux, tarif et minimum de perception sont sensiblement plus faibles que ceux des cigarettes. Cette situation peut inciter à consommer ces produits qui deviennent relativement moins chers. Or, les données des douanes montrent que, depuis 2018, le volume de produits taxés dans la catégorie « autres tabacs à fumer » est en augmentation sans qu'il soit possible de déterminer s'il s'agit de produits de tabac à chauffer, même si on peut le supposer ⁽⁴⁾.

C'est pourquoi il est proposé, comme cela existe d'ores et déjà dans une majorité d'États membres de l'Union européenne ⁽⁵⁾, de créer une catégorie fiscale dédiée aux produits de tabacs à chauffer. Pour cela, les **a** et **b** du **1°** du **I** procèdent à l'ajout de la mention de produits « inhalés après avoir été chauffés » dans l'article L. 314-2 du code des impositions des biens et services qui définit l'assiette des droits d'accise des produits du tabac et dans l'article L. 314-3 du même code qui définit le contenu des produits du tabac.

Le **c** du **1°** du **I** crée un article L. 314-4-1 au sein de la section 1 du chapitre IV du code des impositions des biens et services, dédiée aux éléments taxables, pour définir le tabac à chauffer comme un produit susceptible d'être inhalé après avoir été chauffé lorsqu'il répond aux conditions cumulatives suivantes :

- il est présenté sous forme de rouleaux, coupés et fractionnés ;
- il est spécialement préparé pour être chauffé au moyen d'un dispositif dédié afin de produire une émission susceptible d'être inhalée par le consommateur final.

Cette définition permet d'englober non seulement les *sticks*, format sous lequel le tabac à chauffer est commercialisé, ainsi que toute autre forme de ce produit du tabac qui pourrait entrer sur le marché dans les années à venir.

(1) Aurelie Berthet Isabelle Jacot Sadowski Karin Zürcher Valentine Guenin Aude Gendre Reto Auer David Vernez Jacques Cornuz, « Produits du tabac 'chauffé' : que faut-il savoir ? », *Revue médicale suisse*, n°625, 31 octobre 2018 <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2018/revue-medicale-suisse-625/produits-du-tabac-chauffe-que-faut-il-savoir#tab=tab-toc>

(2) OMS, « Heated Tobacco Products information sheet », mars 2020 (2^e édition). Document cité dans l'étude d'impact du présent article.

(3) OMS, « Who technical manual on tobacco tax policy and administration », 12 avril 2021. Document cité dans l'étude d'impact du présent article.

(4) Étude d'impact jointe au projet de loi.

(5) D'après l'étude d'impact, seize États membres ont créé une catégorie fiscale dédiée. Sept autres, dont la France, le classent dans une catégorie « autres tabacs à fumer ». Deux États membres échappent à toute commercialisation de ce produit. Le Luxembourg n'applique pas de droits d'accises aux produits du tabac à chauffer. Malte interdit l'importation de ces produits sur son territoire.

Le **a** du 2° du **I** introduit dans le même code, au paragraphe 2 de la sous-section 1 de la section 3, consacré aux catégories fiscales, un nouvel article L. 314-16-1 pour établir une nouvelle catégorie, celle des tabacs à chauffer, définie comme comprenant les produits du tabac susceptibles d’être inhalés après avoir été chauffés par le consommateur final. Les **b** et **c** du 2° du **I** procèdent aux ajustements rédactionnels nécessaires pour ajouter le tabac à chauffer dans les articles L. 314-19 et L. 314-20 du même code qui définissent l’unité de taxation de l’accise.

• Le **ii** du **d** du 2° du **I** définit un nouveau tableau dans l’article L. 314-24 du code des impositions des biens et services, établissant la nouvelle catégorie fiscale ainsi que ses taux, tarif et minimum de perception. Le **i** du **d** du 2° du **I** précise que ces nouveaux tarifs et minima seront valables du 1^{er} mars au 31 décembre 2023.

COMPARAISON DU TABLEAU DE L’ARTICLE L. 314-24 AVANT ET APRÈS LA RÉFORME

		2022 (art. L. 314-24 du code des impositions des biens et services)	Du 1 ^{er} mars au 31 décembre 2023
Cigares et cigarillos	Taux (%)	36,3	36,3
	Tarif (€/1 000 unités)	48,7	52,1
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	268,9	287,9
Cigarettes	Taux	55	55
	Tarif (€/1 000 unités)	63,6	68,1
	Minimum de perception (€/1 000 unités)	336,7	360,5
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	49,1	50,5
	Tarif (€/1 000 grammes)	85,3	90
	Minimum de perception	305,3	350
Autre tabac à fumer	Taux (%)	51,4	51,4
	Tarif (€/1 000 grammes)	31,4	33,6
	Minimum de perception	135,5	145,1
Tabac à chauffer	Taux (%)		51,4
	Tarif		44,0
	Minimum de perception		315
Tabac à priser	Taux (%)	58,1	58,1
Tabac à mâcher	Taux (%)	40,7	40,7

Source : commission des affaires sociales.

Les droits d’accises ainsi définis pour ces produits devraient permettre que leur prix moyen pondéré soit, par unité de consommation, équivalent à celui des autres produits du tabac. Le prix moyen du tabac à chauffer se situe aujourd’hui aux alentours de 7,5 euros, soit 0,37 euro pour chaque *stick*, ce qui est largement inférieur au prix d’une cigarette – environ 0,51 euro par unité.

Cette nouvelle catégorie fiscale prévoit une assise spécifique par 1 000 unités et non par 1 000 grammes comme c’est le cas dans le droit en vigueur pour les autres produits de tabac à fumer. Par ailleurs, l’impact financier de la création d’une telle catégorie fiscale est estimé à environ 200 millions d’euros.

Cet article aurait donc un impact financier total positif concentré sur la branche maladie, de l'ordre de 460 millions d'euros en 2022 puis de 510 millions d'euros entre 2023 et 2025.

D. AJUSTEMENT DE LA FISCALITÉ DU TABAC APPLICABLE EN CORSE

L'article L. 314-25 du code des impositions des biens et services déroge à l'article précédent L. 314-24 pour les produits du tabac fournis à la vente au détail en Corse, dont la collectivité reçoit le produit. Prévues par la directive du 21 juin 2011, cette exception a vocation à s'éteindre dans la mesure où l'article L. 314-25 prévoit une trajectoire de convergence entre 2022 et 2026.

Il importe cependant, au regard des évolutions fiscales proposées, d'ajuster cette trajectoire, sans quoi les prix applicables en Corse croîtraient à un rythme supérieur à celui du continent, sans pour autant que les accises s'ajustent à due proportion, donc au détriment de la collectivité de Corse. Le **i** du **e** du **2°** du **I** propose ainsi une modification du tableau de l'article L. 314-25.

COMPARAISON DES TAUX ET TARIFS EN VIGUEUR ET PROPOSÉS DES PRODUITS DU TABAC POUR LA CORSE

Catégorie fiscale	Paramètres de l'accise	Montant en vigueur 2022	Montant en vigueur 2023	Montant proposé (du 1 ^{er} mars au 31 décembre 2023)	Montant en vigueur 2024	Montant proposé 2024	Montant en vigueur 2025	Montant proposé 2025
Cigares et cigarillos	Taux (%)	28,1	30,2	30,2	32,4	32,2	34,5	34,3
	Tarif (€/1 000 unités)	45,8	45,9	48,4	46,1	51,1	46,2	53,7
Cigarettes	Taux (%)	50,4	51,5	51,6	52,7	52,7	53,8	53,9
	Tarif (€/1 000 unités)	50,8	53,7	56,5	56,8	62,2	58,9	67,9
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	Taux (%)	38,3	41	41,4	43,7	44,4	46,4	47,5
	Tarif (€/1 000 grammes)	63,3	68	71,6	72,8	80,0	77,5	88,3
Autres tabacs à fumer	Taux (%)	43,3	45,4	45,4	47,5	47,4	50	49,4
	Tarif (€/1 000 grammes)	20	22,3	24	24,7	28,2	27	32,2
Tabacs à chauffer	Taux (%)	Non valable	Non valable	45,3	Non valable	47,4	Non valable	49,4
	Tarif (€/1 000 unités)	Non valable	Non valable	44,0	Non valable	45,5	Non valable	46,4
Tabac priser	Taux (%)	46,2	49,3	49,3	52,3	52,3	55,4	55,4
Tabac mâcher	Taux (%)	32,8	34,9	34,9	36,9	36,9	39	39,0

Source : commission des affaires sociales.

Le **ii** du **e** du **2°** du **I** vient préciser dans ce même article que, par dérogation à l'article L. 314-24 du code des impositions des biens et services, le minimum de perception est nul pour la fiscalité du tabac applicable en Corse.

En outre, le **II** vise à modifier en conséquence l'article 575 E *bis* du code général des impôts qui définit un prix minimum de vente au détail appliqué en Corse, en prenant pour référence un pourcentage des prix de ventes continentaux.

PRIX MINIMUM DE VENTE DES PRODUITS DU TABAC EN CORSE SELON L'ARTICLE 575 E DU CODE GÉNÉRAL DES IMPÔTS (EN % DES PRIX CONTINENTAUX)

Groupe de produits	2022	2023	2024	2025
Cigarettes	80 %	85 %	90 %	95 %
Cigares et cigarillos	85 %	91 %	94 %	97 %
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	80 %	85 %	90 %	95 %
Autres tabacs à fumer	80 %	85 %	90 %	95 %
Tabacs à priser	80 %	85 %	90 %	95 %
Tabacs à mâcher	80 %	85 %	90 %	95 %

Source : article 575 E *bis* du code général des impôts.

Le **1°** du **II** procède d'abord à la suppression de la deuxième colonne du tableau reproduit ci-dessus, qui devient obsolète au 1^{er} janvier 2023. Le **2°** du **II** propose, à la première ligne de la troisième colonne, devenue la deuxième, de remplacer la date du 1^{er} janvier 2023 par celle du 1^{er} mars 2023, en lien avec les dispositions précédentes. Le **3°** du **II** vise enfin à ajouter une ligne correspondant à nouvelle catégorie fiscale proposée, relative au tabac à chauffer.

PRIX MINIMUM DE VENTE DES PRODUITS DE TABAC À CHAUFFER EN CORSE TEL QUE PROPOSÉ PAR LE PRÉSENT ARTICLE

	Du 1 ^{er} mars 2023 au 31 décembre 2023	Du 1 ^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024	Du 1 ^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025
Tabac à chauffer	85 %	90 %	95 %

Source : commission des affaires sociales.

• Enfin, le **III** précise les dates d'entrée en vigueur. Le **A** du **III** propose que l'ensemble des dispositifs du présent article entre en vigueur au 1^{er} mars 2023. L'étude d'impact précise en effet qu'un « *délai de deux mois est requis afin de permettre la mise en œuvre des nouveaux tarifs par l'information des fabricants de tabacs par les services de la DGDDI des nouveaux taux et tarifs ainsi que la prise de l'arrêté correspondant à ces évolutions* ».

Le **B** du **III** vise à faire en sorte que, sur la période allant du 1^{er} janvier au 1^{er} mars 2023, les tarifs et taux d'accises soient ceux en vigueur durant l'année 2022. Pendant cette même période, le pourcentage appliqué en Corse pour déterminer le prix minimum de vente au détail serait celui en vigueur au 31 décembre 2022.

Article 9

Extension du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins

Adopté par la commission sans modification

Cet article vise à permettre aux médecins exerçant une activité de régulation dans le cadre du service d'accès aux soins de bénéficier du régime simplifié de déclaration des cotisations et contributions sociales, créé par la LFSS 2019, dans les mêmes conditions, notamment en termes de niveaux de rémunérations.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UN DISPOSITIF DE PAIEMENT SIMPLIFIÉ DES COTISATIONS ET CONTRIBUTIONS SOCIALES POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS

A. JUSQU'EN 2019, UN RÉGIME DE DÉCLARATION SOCIALE TRÈS COMPLEXE POUR LES MÉDECINS REMPLAÇANTS À TITRE ACCESSOIRE

Introduit par la LFSS 2019 ⁽¹⁾, l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale crée un régime social simplifié et optionnel à destination des médecins exerçant des remplacements à titre accessoire.

Jusqu'en 2019, leur régime était obligatoirement celui des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC). Cette situation impliquait des formalités comparables à celles des autres travailleurs indépendants, notamment une comptabilité précise des charges et la création d'un compte auprès de l'Urssaf. Si cette configuration était pleinement justifiée pour des praticiens exerçant en libéral sous convention toute l'année, elle est apparue excessivement lourde pour des médecins qui ne souhaitent exercer en libéral qu'à titre accessoire car effectuant très ponctuellement des remplacements.

La LFSS 2018 ⁽²⁾ avait déjà permis de faciliter les conditions d'affiliation au régime PAMC pour les étudiants non-thésés, de supprimer le délai préalable d'exercice libéral de trente jours pour s'affilier au régime PAMC et la condition d'adhésion simultanée à l'un des régimes de base de l'assurance maladie.

B. LA CRÉATION D'UN RÉGIME SIMPLIFIÉ À PARTIR DE 2019

La LFSS 2019 a constitué une rupture en créant un dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations sociales dont les modalités sont fortement inspirées du mécanisme appliqué aux micro-entrepreneurs. Le nouvel article L. 642-

(1) Article 47 de la loi n°2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

(2) Article 25 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

4-2 du code de la sécurité sociale s'applique ainsi aux médecins exerçant leur activité à titre de remplacement et aux étudiants en médecine non-thésés remplissant les conditions fixées à l'article L. 4131-2 du code de la santé publique ⁽¹⁾. En outre, les médecins et étudiants entrant dans ces catégories doivent, pour bénéficier de ce dispositif, déclarer des recettes inférieures à un niveau fixé par décret.

L'article L. 642-4-2 a été modifié par la LFSS 2020 ⁽²⁾. Celle-ci a ajouté qu'en cas de dépassement du seuil, les bénéficiaires de cette déclaration simplifiée acquittent des cotisations complémentaires ; ils peuvent aussi perdre le bénéfice de ces dispositions dans des conditions prévues par décret ⁽³⁾.

Les médecins éligibles et choisissant ce dispositif sont donc assujettis à un taux unique de cotisation qui comprend les risques maladie et vieillesse ainsi que la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale ⁽⁴⁾. Ce taux est de 13,5 % pour les médecins dont les recettes annuelles brutes sont inférieures à 19 000 euros – montant choisi car il correspond à 7 à 8 semaines de remplacement pour un médecin en secteur 1 ⁽⁵⁾. En cas de dépassement de ce seuil, deux options sont possibles :

– si les recettes annuelles brutes sont comprises entre 19 000 et 38 000 euros, alors le médecin peut rester dans le dispositif. Il est alors assujetti aux taux de 13,5 % pour les recettes inférieures à 19 000 euros et de 21,2 % pour celles comprises entre 19 000 et 38 000 euros. Ce second seuil, défini par la LFSS 2020, avait vocation à « *adoucir les effets de seuil liés au dépassement de ce plafond et maintenir l'attractivité de ce dispositif pour les médecins ou étudiants disposés à effectuer des remplacements* » ⁽⁶⁾. Le médecin concerné doit toutefois, dès lors que ses recettes sont comprises dans cette tranche deux années consécutives, sortir du dispositif au 1^{er} janvier de l'année N+2 ⁽⁷⁾ ;

– si les recettes annuelles brutes dépassent 38 000 euros, le médecin sort du dispositif au 1^{er} janvier de l'année suivante.

L'assiette est calculée sur la base des rémunérations, c'est-à-dire les honoraires rétrocédés aux remplaçants, auxquelles est appliqué le taux d'abattement prévu à l'article 102 *ter* du code général des impôts permettant de tenir compte des frais

(1) C'est-à-dire ayant suivi ou validé la totalité du deuxième cycle des études médicales, et validé, au titre du troisième cycle, un nombre de semestres déterminé selon la spécialité suivie sans pour autant avoir soutenu leur thèse.

(2) Article 51 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

(3) Décret n° 2020-253 du 13 mars 2020 relatif au dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales ouvert aux médecins et étudiants en médecine exerçant leur activité à titre de remplacement.

(4) Ce taux global n'intègre pas la cotisation invalidité-décès de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF).

(5) Étude d'impact du PLFSS 2019.

(6) Assemblée nationale, rapport n° 2340 de M. Olivier Véran fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, 16 octobre 2019, tome II, p. 309.

(7) Article R. 642-6 du code de la sécurité sociale.

professionnels et de dispenser le médecin de tenir une comptabilité précise de ses charges. Les deux taux globaux définis par voie réglementaire sont appliqués par référence aux taux des contributions et cotisations sociales valables pour le régime PAMC après un abattement de 34 %. Enfin, les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) ⁽¹⁾ assurent un rôle de guichet unique pour l'entrée dans le dispositif, en faisant le lien entre les Urssaf et les médecins ou étudiants souhaitant entrer dans le régime.

D'après les données fournies par le directeur général de l'Urssaf Caisse nationale, ce dispositif est utilisé par cinq à six mille praticiens aujourd'hui. Il a notamment pu être utile pour orienter des professionnels vers les centres de vaccination contre la covid-19.

COMPARAISON DES RÉGIMES PAMC ET SIMPLIFIÉ

	Régime PAMC	Dispositif simplifié
Praticiens concernés	Médecins généralistes et spécialistes exerçant en libéral, titulaires ou remplaçants	Médecins généralistes et spécialistes exerçant uniquement en tant que remplaçant et n'ayant aucune autre activité libérale (étudiants en médecine, médecins salariés, médecins retraités)
Périodes concernées	Dès le début d'activité ou lors du premier remplacement en cas d'activité de remplaçant	Dès le premier remplacement
Plafonds de rémunération	76 200 euros pour le régime micro-fiscal Pas de plafond pour les autres régimes fiscaux	Dispositif réservé aux honoraires bruts rétrocédés ne dépassant pas 19 000 euros
Montants de cotisations pour des honoraires bruts de 19 000 euros	Les taux varient selon le montant des revenus tirés de l'activité conventionnée ou des dépassements d'honoraires et sont d'environ 23 %. Une régularisation est opérée l'année suivante en fonction des revenus définitifs déclarés.	13,5 % jusqu'à 19 000 euros bruts et 21,2 % au-delà de 19 000 euros bruts. Il est possible de rester dans le dispositif simplifié en cas de dépassement du seuil de 19 000 euros dans la limite de 38 000 euros pendant deux années consécutives maximum.
Organisme collecteur	Urssaf pour les cotisations sociales, CARMF pour les cotisations retraite	Urssaf
Montant de cotisations pour le risque invalidité-décès	Montant forfaitaire calculé en fonction du revenu (631, 738 ou 863 euros)	Deux montants forfaitaires possibles à choisir lors de la première déclaration : – forfait 35 % à 158 euros (spécifique au régime simplifié), – forfait 100 % à 631 euros (identique au régime classique).
Démarches d'affiliation à l'Urssaf	Affiliation automatique, une fois toutes les démarches effectuées auprès de la CPAM, du centre de formalité des entreprises et de la CARMF	Demande d'adhésion en ligne ⁽²⁾ , une fois l'inscription effectuée auprès de l'ordre des médecins et de la CPAM.
Calendrier de paiement des cotisations	Mensuellement, le 5 ou le 20 du mois, avec possibilité de payer sur une base trimestrielle	Chaque mois ou chaque trimestre en fonction de la périodicité choisie en cas de remplacement effectué ⁽³⁾

Source : Urssaf.

(1) Les caisses générales de sécurité sociale dans les départements et régions d'outre-mer.

(2) www.medecins-remplacants.ursaf.fr

(3) Article R. 642-3 du code de la sécurité sociale.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UNE EXTENSION DU DISPOSITIF DE DÉCLARATION SIMPLIFIÉE AUX MÉDECINS EXERÇANT UNE ACTIVITÉ LIBÉRALE DE RÉGULATION

A. LE SERVICE D'ACCÈS AUX SOINS ET LES MÉDECINS AYANT DES ACTIVITÉS DE RÉGULATION

1. Le service d'accès aux soins, une innovation majeure pour améliorer l'accès aux soins et désengorger les services d'urgence

Lancé dans le cadre du pacte de refondation des urgences (2019) et réaffirmé lors du Ségur de la santé (2020), le service d'accès aux soins (SAS) vise à répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population, partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire. L'organisation du SAS est effectuée à l'échelle départementale, ce qui peut expliquer l'hétérogénéité du calendrier de son déploiement. Le SAS est aujourd'hui défini, dans le code de la santé publique, comme permettant d'assurer « *une régulation médicale pour l'accès aux soins, qui associe le service d'aide médicale urgente (...) et une régulation de médecine ambulatoire* »⁽¹⁾. Après une phase pilote menée par vingt-deux SAS dans treize régions différentes, une généralisation progressive du dispositif à l'échelle nationale est prévue à l'horizon mi-2023.

La fonction de médecin régulateur, quant à elle, est née en 1976 avec la création du réseau des services d'aide médicale urgente (Samu) afin de coordonner les efforts médicaux entre les équipes pré hospitalières (Smur) et les services d'urgence hospitaliers. Aujourd'hui, la régulation constitue un acte médical téléphonique. Un médecin régulateur répond aux appels d'urgence des patients depuis son centre de régulation, 24 heures sur 24. D'après le code de la santé publique, « *l'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national* »⁽²⁾. Le rapport du « Pacte de refondation des urgences » précise qu'il ne s'agit pas, avec le SAS, « *de cibler le Samu exclusivement, mais aussi la régulation libérale, pour les soins non programmés, notamment dans la perspective d'une régulation ouverte en permanence* »⁽³⁾. Le SAS repose en effet sur un partenariat entre professionnels hospitaliers et libéraux.

Le SAS résulte du besoin majeur de désengorger les services d'urgences en permettant un aiguillage vers un médecin généraliste des patients dont les situations ne relèvent pas d'un plateau technique d'urgence. Le nombre de ces patients est évalué entre 20 et 40 % du flux général selon les études ; répartis entre les médecins de ville généralistes, ils représentent moins d'un acte par jour et par médecin⁽⁴⁾.

(1) Article L. 6311-3 du code de la santé publique créé par la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021.

(2) Article R. 6315-3 du code de la santé publique.

(3) Thomas Mesnier et Pierre Carli, « Pour un Pacte de refondation des urgences », décembre 2019.

(4) Mission flash sur les urgences et les soins non programmés pilotée par François Braun, juin 2022.

Le SAS se matérialise notamment par la création d'une plateforme destinée à l'usage exclusif des professionnels y participant, et développée par l'Agence numérique en santé. Lorsqu'une prise en charge hospitalière n'est pas requise pour le patient appelant le Samu ou le SAS, le professionnel de santé peut orienter sans délai le patient *via* la plateforme numérique vers un médecin libéral ou une structure de soins, incluant à terme la possibilité de prise d'un rendez-vous. Les professionnels de santé participant à SAS doivent mettre en visibilité des créneaux disponibles sur la plateforme et accepter d'être contactés par le régulateur en sus de ces disponibilités. Ce sont des conditions pour la rémunération spécifique des médecins effecteurs de soins dans le cadre du SAS. La plateforme numérique n'est pas encore utilisée partout. L'une des recommandations de la mission *flash* portant sur les urgences de juin 2022 est d'étendre son utilisation à l'ensemble du territoire national (recommandation n° 7).

2. La participation des médecins libéraux à la régulation médicale

L'organisation de la régulation de la permanence des soins ambulatoires dépend exclusivement, dans la grande majorité des territoires, d'une organisation départementale ⁽¹⁾. Ainsi, les réalités locales de la mise en œuvre du SAS sont hétérogènes. Les médecins libéraux ont participé à la régulation médicale en 2021 sur la quasi-totalité du territoire, à l'exception de huit collectivités ⁽²⁾.

D'après les conseils départementaux de l'ordre des médecins, 2 621 médecins libéraux installés en activité régulière participaient à la régulation libérale en 2021. En y ajoutant les médecins retraités, salariés ou remplaçants qui ont également été actifs, ce seraient au total 3 268 médecins généralistes qui ont assuré le rôle de médecins régulateur en 2021, soit une hausse de 4,1 % par rapport aux chiffres constatés l'année précédente.

Cette augmentation s'explique notamment par le besoin de renforcement du front de régulation engendré par l'épidémie de covid-19. Selon l'étude d'impact, les besoins des SAS en régulation médicale représentent aujourd'hui 2 500 médecins régulateurs en journée.

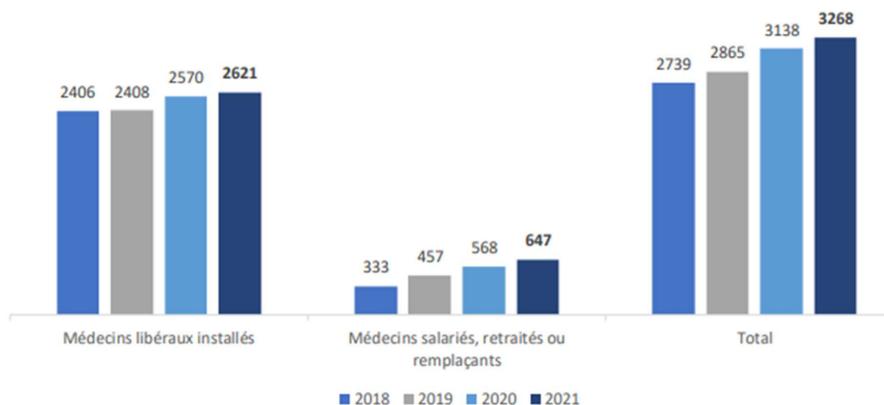
Les médecins libéraux régulateurs au sein des Samu ou des SAS ont bénéficié, jusqu'au 30 septembre 2022 d'une rémunération de 100 euros par heure ⁽³⁾. À compter du 1^{er} octobre, le dispositif a retrouvé son cadre habituel et ils perçoivent 90 euros par heure de régulation – avec prise en charge de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie dans la même mesure que leurs autres revenus conventionnés. Ces montants sont valables pour les heures de régulation en dehors des horaires de permanence des soins ambulatoires (PDSA).

(1) Enquête du Conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2021.

(2) Dans les Ardennes, le Territoire de Belfort, la Nièvre, en Guyane, à Mayotte, à La Réunion ainsi qu'en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française.

(3) Arrêté du 11 juillet 2022 et instruction du 10 juillet 2022.

EFFECTIFS DE MÉDECINS LIBÉRAUX INSTALLÉS, DE MÉDECINS RETRAITÉS, SALARIÉS OU REMPLAÇANTS AYANT PARTICIPÉ À LA RÉGULATION MÉDICALE DE LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN 2018, 2020 ET 2021



Source : Conseil national de l'ordre des médecins.

Un modèle de financement spécifique a été prévu pour les médecins effecteurs de soins acceptant de recevoir des patients orientés par le SAS. La rémunération, s'ajoute au tarif classique de la consultation, se compose d'un forfait de 1 400 euros par an complété par un forfait trimestriel échelonné par paliers d'actes.

B. L'ÉLARGISSEMENT DU DISPOSITIF DE DÉCLARATION SIMPLIFIÉE

Après la mise en place des services d'accès aux soins, la mission *flash* sur les urgences et les soins non programmés de juin 2022 a mis en exergue la nécessité de continuer à inciter les médecins à participer à des activités de régulation ⁽¹⁾.

Pour cela, il apparaît pertinent que les médecins exerçant une activité libérale de régulation puissent bénéficier du dispositif simplifié de déclaration, dans la mesure où les rémunérations issues de cette activité de régulation ne dépassent pas les plafonds en vigueur pour les médecins remplaçants. L'objectif consiste à rendre cette activité attractive en simplifiant les démarches d'administration. Il s'agit à court terme, selon l'étude d'impact, d'encourager la reprise d'activité des médecins retraités pour les besoins de régulation dans le cadre du SAS et de la PDSA. À plus long terme, l'objectif est d'encourager l'activité des médecins en cumul emploi-retraite qui désirent participer à la régulation des soins.

En ce sens, le 1° du I propose de compléter l'article L. 642-4-2 du code de la sécurité sociale, qui définit le régime simplifié de déclaration, afin d'ajouter dans la liste des potentiels bénéficiaires d'un tel régime les médecins exerçant une activité de régulation, dans le cadre du service d'accès aux soins mentionné à

(1) Op. cit., notamment recommandation n° 10.

l'article L. 6311-3 du code de la santé publique et de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du même code, dès lors qu'ils n'exercent pas d'autre activité en médecine libérale.

Le 2° du I procède à un ajout similaire, dans le même article, afin de préciser que les rémunérations issues de l'activité de régulation ne doivent pas dépasser un seuil fixé par décret, sur le modèle qui existe pour les médecins remplaçants.

Le II procède, en outre, à l'extension du bénéfice du régime de responsabilité applicable à l'établissement de santé gestionnaire du Samu des médecins libéraux régulateurs (aux horaires de la permanence de soins ambulatoires) aux médecins libéraux régulateurs du SAS. Comme la mesure précédente, celle-ci entreprend de lever un frein à l'engagement des médecins dans les SAS. Actuellement, les médecins libéraux régulateurs en dehors des horaires de la permanence des soins ambulatoires s'assurent eux-mêmes pour cette activité ⁽¹⁾. Par crainte d'un risque médico-légal, les médecins peuvent hésiter à exercer la régulation médicale, leur assurance étant pour certains majorée par cet exercice particulier. Il faut en effet être considéré comme collaborateur occasionnel du service public pour bénéficier de la couverture assurantielle de l'établissement de santé, ce qui implique de participer à une mission de service public. Or, le droit en vigueur relatif au SAS ne prévoit pas que l'activité des médecins généralistes régulateurs du SAS relève d'une telle mission.

Pour y remédier, il est proposé de modifier le code de la santé publique en introduisant un article L. 6311-4 précisant que les dispositions de l'article L. 6314-2 sont applicables aux médecins libéraux assurant la régulation des appels du SAS. Pour rappel, l'article L. 6314-2 applique, aux médecins libéraux assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé, le régime de la responsabilité administrative des agents dudit établissement. Ce régime est étendu aux cas où un médecin assurerait la régulation depuis son cabinet ou son domicile.

*

* *

(1) L'article L. 6314-2 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, prévoit que « l'activité du médecin libéral assurant la régulation des appels au sein d'un service d'aide médicale urgente hébergé par un établissement public de santé est couverte par le régime de la responsabilité administrative qui s'applique aux agents de cet établissement public ».

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

Article 10

Transfert du financement des indemnités journalières maternité post-natales à la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article assure le transfert entre la branche maladie et la branche famille du financement d'une majeure partie des indemnités journalières actuellement prises en charge par la première, pour des raisons de cohérence avec les missions des branches et dans le but d'une présentation plus sincère de la situation budgétaire de l'ensemble des branches des régimes obligatoires de base.

I. L'ÉTAT DU DROIT : UNE RÉPARTITION PEU LISIBLE DU FINANCEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

Les indemnités journalières se présentent aujourd'hui comme des prestations en espèce versées par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), dans deux hypothèses principalement :

– la survenue d'une maladie ou d'un accident ayant pour conséquence d'empêcher l'assuré qui le subit de travailler, sous réserve d'une durée de carence qui varie de trois jours pour le secteur privé à une journée dans le secteur public. Ces indemnités journalières sont versées par les CPAM ou la Mutualité sociale agricole (MSA) sous deux conditions préalables alternatives : avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt ou avoir cotisé, au cours des six mois civils précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1 015 fois le montant du salaire horaire minimal interprofessionnel de croissance (Smic) fixé au début de cette période ;

– la naissance, l'adoption ou l'accueil d'un enfant, sous les mêmes réserves, auxquelles s'ajoutent le fait d'avoir été assuré social pendant une durée d'au moins dix mois avant la demande de bénéficier de l'indemnité journalière.

La majorité de ces indemnités journalières est aujourd'hui prise en charge par l'assurance maladie comme des prestations financées en dehors de l'Ondam. Les relations financières avec la branche famille n'interviennent que concernant les indemnités journalières versées au cours du congé paternité, depuis sa création et sa prise en charge en 2002 ⁽¹⁾.

(1) Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Cette répartition est peu compréhensible au regard des objectifs poursuivis par chacune des branches. Si la prise en charge de la santé de la mère au regard des risques inhérents à la grossesse revient naturellement à l'assurance-maladie, l'existence d'un congé post-natal, s'il emporte naturellement des conséquences positives pour la santé de la mère comme de l'enfant, vise également à favoriser la cohésion familiale. Les indemnités journalières soutiennent les objectifs traditionnels de la politique familiale, à savoir alléger la charge qui pèse sur les ménages qui décident d'avoir un enfant et faciliter l'accueil de ce dernier.

Ainsi que le constate la Cour des Comptes dans son rapport d'application sur les lois de financement d'octobre 2022 ⁽¹⁾, « *le financement des indemnités pour maternité (3,2 milliards d'euros en 2021) et pour paternité (0,3 milliard d'euros en 2021, 0,6 milliard d'euros prévus en 2022) est respectivement assuré par les branches maladie et famille. Il aurait vocation à être regroupé dans une seule et même branche. Cette branche pourrait être la branche famille au motif que les indemnités journalières maternité et paternité ont une destination familiale et que, n'ayant pas vocation à être régulées, elles ne sont pas comprises dans l'Ondam, contrairement aux indemnités maladie et AT-MP.* »

Ces dépenses hors-Ondam, indépendantes de la situation sanitaire des bénéficiaires, ont donc vocation à être financées à meilleur escient par la branche famille dans un contexte budgétaire où, par ailleurs, la branche maladie cumule des déficits ne lui permettant pas de financer des prestations extérieures au champ naturel des risques qu'elle doit couvrir.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : LE TRANSFERT DU FINANCEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES POST-NATALES DE LA BRANCHE MALADIE À LA BRANCHE FAMILLE

A. UNE MESURE DE LISIBILITÉ

Afin d'assurer un partage de la charge que représentent les indemnités journalières entre les branches maladie et famille, le présent article procède au transfert du financement des indemnités journalières de la première branche vers la seconde, en distinguant deux catégories de prestations.

Les premières correspondent à des prestations qui visent à la fois à prendre en charge la santé des bénéficiaires et les charges familiales. Le financement de ces prestations incombe à 60 % à la branche famille et à 40 % à la branche maladie. Cette répartition, qui peut sembler arbitraire, s'explique notamment par le fait que le congé maternité de seize semaines se distingue, dans les situations classiques, entre six semaines précédant la naissance de l'enfant et dix semaines qui suivent celle-ci. La période post-natale correspond à 62,5 % de l'ensemble de la durée du congé maternité.

(1) Cour des Comptes, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2022, p.125.

Les secondes ne concernent que les charges familiales et doivent être prises en charge à 100 % par la branche famille.

Le **a** du **2°** du **I** procède à la répartition figurant dans le tableau ci-dessous.

RÉPARTITION DU FINANCEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET ALLOCATIONS DE REMPLACEMENT POUR DES PRESTATIONS VERSÉES DANS LE RÉGIME GÉNÉRAL ET LE RÉGIME AGRICOLE

Typologie d'activités	Financement à 40 % par la branche maladie et à 60 % par la branche famille	Financement à 100 % par la branche famille
Salariés et assimilés	Les indemnités journalières de congé maternité, y compris les modalités dérogatoires en cas d'hospitalisation de l'enfant Les indemnités journalières versées au père en cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation Les indemnités journalières versées aux parents adoptifs ou accueillants Les allocations journalières versées aux femmes dispensées de travail en raison de leurs grossesses	Les indemnités journalières relatives au congé de paternité et d'accueil de l'enfant Les indemnités journalières ou allocations de remplacement versées en cas de décès d'un enfant de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à la charge effective et permanente de l'assuré
Travailleurs indépendants	Les indemnités journalières de congé maternité Les indemnités journalières versées aux parents adoptifs ou accueillants	Les indemnités journalières relatives au congé de paternité ⁽¹⁾ et d'accueil de l'enfant Les indemnités journalières ou allocations de remplacement versées en cas de décès d'un enfant de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à la charge effective et permanente de l'assuré Les modalités dérogatoires de prise en charge du congé maternité en cas de naissance prématurée et d'hospitalisation de l'enfant Les indemnités journalières versées au père en cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation
Exploitants et salariés agricoles	Les allocations de remplacement ou indemnités journalières pour la couverture du congé maternité Les allocations de remplacement ou indemnités journalières versées aux parents adoptifs ou accueillants Les allocations de remplacement ou indemnités journalières versées au père en cas de décès de la mère au cours de la période d'indemnisation	Les allocations de remplacement ou indemnités journalières pour la couverture du congé de paternité Les indemnités journalières ou allocations de remplacement versées en cas de décès d'un enfant de moins de 25 ans ou d'une personne âgée de moins de vingt-cinq ans à la charge effective et permanente de l'assuré

Source : commission des affaires sociales à partir du présent article.

Cette répartition du financement des prestations prend la forme d'un transfert qui inclut, selon les mêmes proportions de 60 % et 100 % selon les prestations, le montant des frais de gestion afférents au service de ces prestations.

Le **3°** du **I** adapte en conséquence les ressources de la branche maladie du régime général, tandis que le **4°** du même **I** précise au sein des charges revenant à

(1) Ce congé est ouvert au père ainsi que, le cas échéant, au conjoint ou concubin de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité. Cette ouverture s'applique naturellement également aux travailleurs indépendants et aux exploitants agricoles visés au présent article.

l'assurance maternité que les indemnités journalières versées au titre de la grossesse ou du congé maternité sont en partie prises en charge par la branche famille.

Le remboursement de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) est assuré par le biais d'une dotation de la branche famille pour la prise en charge totale ou partielle des prestations susmentionnées, au 1° du II pour les non-salariés agricoles et du 2° du II pour les salariés agricoles.

Cette modification du financement n'emporte aucune conséquence pour les assurés, ni pour leurs droits, ni pour les modalités de versement de ces indemnités qui continueront de relever des CPAM.

B. UNE MESURE DE COHÉRENCE BUDGÉTAIRE

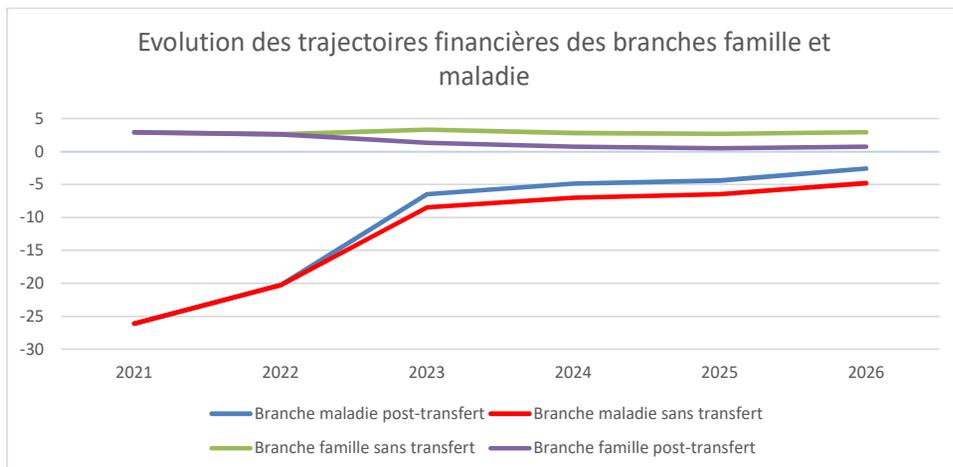
Si elle est nourrie d'une réelle ambition de clarification et de financement par la branche famille des prestations qui relèvent de sa vocation, cette mesure constitue naturellement un transfert de charges au bénéfice de la branche maladie et au détriment de la branche famille. Ce transfert, neutre du point de vue de l'ensemble des ROBSS, mérite explication.

Touchée de plein fouet par la crise sanitaire, la branche maladie supporte les charges liées aux mesures pérennes du « Ségur », geste fort de la précédente législature et du Gouvernement en faveur de l'amélioration des conditions de travail et d'une meilleure attractivité des postes au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. Cette ambition se poursuit à travers l'extension progressive des accords du Ségur, à travers aussi l'augmentation du point d'indice de 3,5 % pour la fonction publique hospitalière décidée au cours de l'été 2022. La conjonction de ces deux phénomènes aboutit à ce que la branche maladie subisse un déficit majeur qui serait appelé à se prolonger faute de mesures nouvelles.

À l'inverse, les conditions financières de la branche famille, qui reposent sur des recettes dynamiques, aboutissent à une situation excédentaire qui a vocation à se perpétuer au cours des années à venir. Cette situation ne signifie naturellement pas que la politique familiale n'ait pas fait l'objet de mesures structurantes au cours des précédents exercices, comme en témoignent notamment l'augmentation du montant de l'allocation de soutien familial (ASF) à destination des familles monoparentales et le doublement de la durée du congé paternité pour plus de 500 millions d'euros par an ⁽¹⁾. Mais la coexistence de branches en excédent et d'autres en déficit ne constitue pas un équilibre souhaitable, compte tenu du fait que les déficits cumulés mettent en péril la trajectoire actuelle d'amortissement de la dette sociale.

Le graphique suivant présente l'impact de ce transfert sur les trajectoires respectives des branches famille et maladie.

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



Source : commission des affaires sociales à partir des données présentes à l'annexe B et à l'annexe 9 du présent projet de loi.

Le présent article contribue au rétablissement de l'équilibre de la branche maladie sans mettre en péril les excédents de la branche famille et sa capacité de financer, notamment, la mise en œuvre du service public de la petite enfance. En ceci, il permet de respecter les priorités de la majorité et du Gouvernement tout en évitant un cumul de déficits qui pourrait devenir insoutenable pour l'assurance maladie.

Le **III** prévoit l'application du présent article aux prestations dues à compter du 1^{er} janvier 2023.

C. UNE MESURE DE MODIFICATION DES MODALITÉS DE COMPENSATION

Outre une mesure rédactionnelle prévue au **b** du **2°** du **I**, le présent article prévoit, au **1°** du **I**, la compensation de la nouvelle réduction de cotisations pour les travailleurs indépendants adoptés dans le cadre de la loi dite « pouvoir d'achat » ⁽¹⁾ par le biais de l'affectation d'une ressource fiscale, en l'occurrence par le biais de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA).

Pour rappel, la loi dite « pouvoir d'achat » a modifié la réduction de cotisations dont peuvent bénéficier les travailleurs indépendants artisans et commerçants, de sorte que cette réduction atteigne 550 euros par an pour une rémunération équivalente au Smic. Cette réduction, adaptée aux micro-entrepreneurs en fonction de leurs modalités de cotisation, modifie la réduction existante, qui faisait déjà l'objet d'une compensation par le biais de la TVA.

L'exception inscrite à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale vise donc à faire en sorte que les modifications des exonérations existantes ne soient pas

(1) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence en faveur du pouvoir d'achat.

portées par les crédits budgétaires d'un ministère en particulier, mais par les ressources affectées à l'État.

En application du **IV**, cette adaptation des modalités existantes de compensation s'appliquera comme la nouvelle exonération elle-même, soit :

– aux cotisations dues par les artisans et commerçants pour les périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2022 ;

– aux cotisations dues par les micro-entrepreneurs pour les périodes courant à compter du 1^{er} octobre 2022.

*

* *

Article 11

Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale

Adopté par la commission sans modification

Cet article constitue une disposition obligatoire des LFSS, proposant au Parlement d'approuver le montant des compensations par l'État des exonérations, réductions et abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. Cette compensation s'élève pour 2023 à 6,2 milliards d'euros.

I. L'ÉTAT DU DROIT : LA MULTIPLICATION DES NICHES SOCIALES A RENDU INDISPENSABLE UNE COMPENSATION INTÉGRALE PAR L'ÉTAT DE CES PERTES DE RECETTES ET UNE INFORMATION TRANSPARENTE À DESTINATION DU PARLEMENT

Conformément aux dispositions organiques du code de la sécurité sociale ⁽¹⁾, le présent article constitue un article obligatoire dans le champ des dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir des LFSS. Il convient donc systématiquement, pour l'année à venir, d'approuver le montant de la compensation mentionnée à l'annexe dédiée aux exonérations de cotisations sociales recensant l'intégralité des niches sociales et évaluant leurs coûts ⁽²⁾.

A. LA MULTIPLICATION DES NICHES SOCIALES A ENTRAÎNÉ UNE FORTE AUGMENTATION DE LEUR COÛT SUR LES DERNIÈRES ANNÉES

1. Les niches sociales peuvent prendre plusieurs formes

Les niches sociales désignent, selon la définition de la Cour des comptes ⁽³⁾, « les dispositifs dérogatoires d'assujettissement aux prélèvements sociaux qui en réduisent le rendement ». Cela peut concerner les cotisations et contributions sociales et les autres impôts et taxes affectées à la sécurité sociale, tout comme les cotisations des régimes obligatoires de la protection sociale de nature conventionnelle – assurance chômage et retraites complémentaires des salariés.

Deux catégories de niches sociales peuvent être distinguées :

(1) Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

(2) D'après le 4^o de l'article L.O. 111-4-1 du code de la sécurité sociale, cette annexe doit présenter « l'ensemble des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations ou de contributions de sécurité sociale affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement et de réduction de l'assiette ou d'abattement sur l'assiette de ces cotisations et contributions, ainsi que celles envisagées pour l'année à venir, et évaluant l'impact financier de l'ensemble de ces mesures, en précisant les modalités et le montant de la compensation financière à laquelle elles donnent lieu. Ces mesures sont détaillées par nature, par branche et par régime ou organisme ».

(3) Cour des comptes, Sécurité sociale 2019, « Chapitre II. Les "niches sociales" : des dispositifs dynamiques et insuffisamment encadrés, une rationalisation à engager », octobre 2019.

- les exonérations portant réduction de taux ou de montants ;
- les exemptions d’assiette, c’est-à-dire l’exclusion totale ou partielle de certains éléments de rémunération de l’assiette soumise à prélèvement, ou l’application d’une assiette forfaitaire.

Alors que les secondes, plus anciennes, visent plutôt à favoriser un certain type de rémunération, les premières ont pour objectif de réduire le coût du travail.

2. Une augmentation du coût de ces dispositifs ces dernières années

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport de 2022 sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), ces niches sociales ont eu trois objectifs : « *alléger le coût du travail faiblement qualifié pour favoriser l’emploi, améliorer la compétitivité des entreprises et augmenter le salaire net des actifs pour améliorer leur pouvoir d’achat* »⁽¹⁾.

Alors qu’elles peuvent être distinguées entre allègements généraux et dispositifs ciblés, ces mesures en faveur de l’emploi et de la compétitivité avaient pour l’ensemble des régimes de la sécurité sociale⁽²⁾ un coût total de 73,8 milliards d’euros en 2021⁽³⁾, soit une hausse de 9,3 % par rapport à 2020. Ce sont les allègements généraux qui connaissent le plus fort dynamisme (+ 8,8 %), portés par le rebond de la masse salariale du secteur privé. Le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit que le coût de ces allègements continuera de croître sous l’effet de l’inflation, des revalorisations du Smic et de la hausse des salaires, mais à un rythme légèrement inférieur (+ 6,8 %).

a. Les allègements généraux

La politique d’allègement du coût du travail dans un objectif de compétitivité est d’abord passée, depuis 1993⁽⁴⁾ et surtout à partir de 2003⁽⁵⁾ avec les « allègements Fillon », par une politique dite d’allègements généraux de cotisations patronales.

Sur la période récente, le pacte de compétitivité et de solidarité (2015-2017) a allégé les cotisations patronales de 9 milliards d’euros ; la transformation du crédit d’impôt pour la compétitivité des entreprises d’un allègement d’impôt sur les bénéfices en réduction pérenne de cotisations patronales a représenté 21,6 milliards d’euros en 2019. En outre, des taux réduits de cotisations s’appliquent jusqu’à 2,5 Smic pour les cotisations patronales maladie et jusqu’à 3,5 Smic pour les

(1) Cour des comptes, « La sécurité sociale. Rapport sur l’application des lois de financement de la sécurité sociale », septembre 2022.

(2) 62,8 milliards d’euros pour les régimes de base et près de 11 milliards d’euros hors régimes de base.

(3) « Les comptes de la sécurité sociale », résultats 2021, prévisions 2022 et 2023, rapport (tome 1), septembre 2022, p. 60.

(4) Loi n° 93-953 du 27 juillet 1993 relative au développement de l’emploi et de l’apprentissage.

(5) Loi n° 2003-47 du 12 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l’emploi.

cotisations patronales famille. Les salaires au niveau du Smic sont donc exonérés de cotisations patronales et il existe un allègement dégressif jusqu'à 1,6 Smic.

Le coût total de ces allègements généraux est estimé, en 2021, à 60,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de la sécurité sociale, dont 51,2 milliards d'euros pour les seuls ROBSS.

ÉVOLUTIONS ET PRÉVISIONS DES MONTANTS DES DIFFÉRENTS DISPOSITIFS D'ALLÈGEMENTS À VOCATION GÉNÉRALE (2019-2023 ⁽¹⁾)

en millions d'euros

	2019	%	2020	%	2021	%	2022 (p)	%	2023 (p)	%
ALLÈGEMENTS GÉNÉRAUX	59 820	81,3	55 574	-7,1	60 336	8,6	67 995	12,7	74 932	10,2
dont régimes de bases	52 779	62,9	47 176	-10,6	51 216	8,6	57 281	11,8	62 847	9,7
Réduction générale de cotisations patronales sur les bas salaires	27 850	17,1	25 869	-7,1	29 723	14,9	34 857	17,3	39 244	12,6
<i>dont cotisations des régimes de base</i>	20 808	-10,2	17 471	-16,0	20 318	16,3	23 809	17,2	26 782	12,5
<i>dont contributions CNSA (intégrées aux régimes de base en 2021)</i>	297	12,7	245	-17,7	285	16,5	335	17,3	377	12,7
<i>dont contributions FNAL</i>	322	-2,2	258	-19,9	303	17,2	356	17,7	399	12,0
<i>dont cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire</i>	6 422		7 895	22,9	8 817	11,7	10 358	17,5	11 686	12,8
Réduction de 6 points de la cotisation patronale d'assurance maladie des salariés	22 160		20 680	-6,7	21 233	2,7	22 874	7,7	24 308	6,3
Baisse du taux de cotisation maladie de 6 points pour les régimes spéciaux	279		-122	--	-121	-1,0	-116	-3,6	-112	-3,4
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales des salariés	7 729	3,1	7 248	-6,2	7 961	9,8	8 631	8,4	9 044	4,8
Baisse du taux de cotisations d'allocations familiales des travailleurs non-salariés*	808	-24,8	686	-15,1	762	11,2	862	13,1	895	3,8
Baisse du taux de cotisations maladie des travailleurs non salariés	995	53,4	1 213	21,9	777	-35,9	887	14,1	1 553	75,1

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

b. Les allègements ciblés

À ces allègements généraux s'ajoutent des allègements ciblés objet de la compensation que le présent article propose d'approuver. Il s'agit en particulier :

- des mesures destinées à des publics particuliers comme l'aide à la création d'entreprise, les exonérations en faveur des contrats d'apprentissage, les contrats aidés du secteur public ;

- les exonérations spécifiques à certains secteurs économiques comme les déductions sur les heures supplémentaires pour les entreprises de moins de 20 salariés, la déduction forfaitaire pour les services à la personne, l'exonération TO-DE ⁽²⁾, les exonérations pour les jeunes entreprises innovantes ;

- les dispositifs ciblés sur certaines zones géographiques comme l'aide à la création d'emplois en zones de revitalisation rurale ou en zones franches urbaines, l'aide aux entreprises d'outre-mer (Lodeom) ou le soutien aux travailleurs indépendants outre-mer.

D'après le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022 ⁽³⁾, le montant des exonérations ciblées compensées s'élevait en 2021 à 9,6 milliards d'euros, alors que près de 2,3 milliards d'euros n'étaient pas

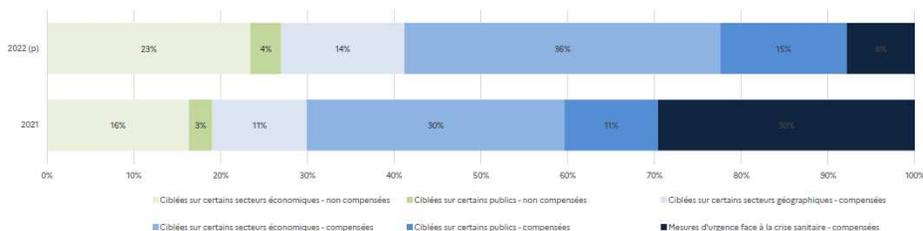
(1) Hors éventuelles mesures pouvant impacter ces données dans le PLFSS 2023.

(2) Voir le commentaire de l'article 7 du présent projet de loi.

(3) « Les comptes de la sécurité sociale », résultats 2021, prévisions 2022 et 2023, rapport (tome 1), septembre 2022, p. 60.

compensés. Par comparaison, ces montants étaient respectivement de 8,7 milliards d’euros et de 1,9 milliard d’euros en 2020.

STRUCTURE DES EXONÉRATIONS CIBLÉES (2021-2022)



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022

Une hausse totale de 11 % du coût des allègements ciblés apparaît donc entre 2020 et 2021. En effet, selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, « les exonérations préexistantes ont enregistré une baisse importante due à la chute inédite de l’activité, alors que de nouvelles exonérations spécifiques à la gestion de crise et aides au paiement de cotisations ont été mises en place. Ces nouveaux dispositifs disparaissent cependant à horizon 2022 (sauf pour les travailleurs indépendants), ce qui permettrait ainsi à la structure des exonérations d’être de nouveau tirée par la dynamique des allègements généraux, comme c’était le cas avant la crise ».

Entre 2016 et 2020, le montant des niches sociales a globalement augmenté de près de 50 %, du fait des montants alloués aux allègements généraux ⁽¹⁾. Il n’est pas pour autant possible de considérer que la suppression de l’ensemble de ces niches engendrerait automatiquement une augmentation d’un montant similaire des recettes de sécurité sociale. Les personnes bénéficiant de ces dispositifs dérogatoires prendraient vraisemblablement d’autres décisions économiques que ce soit en termes de mode de rémunération, d’emploi ou d’investissement.

c. La difficulté d’encadrer l’augmentation du coût des niches sociales

La Cour des comptes considère que les diverses tentatives d’encadrement des niches sociales par l’intermédiaire des lois de programmation des finances publiques (LPFP) n’ont, sur la période récente, pas atteint leurs objectifs. En ce sens, alors que la LPFP 2014-2019 avait explicitement prévu une stabilisation des dispositifs dérogatoires d’une année sur l’autre, la LPFP 2018-2022 avait « desserré cette contrainte en prévoyant un plafonnement de la part des ‘niches’ dans le total des recettes de la sécurité sociale » ⁽²⁾ sans pour autant y parvenir. En outre, la Cour a rappelé que « les dispositifs dérogatoires à l’assujettissement aux prélèvements

(1) Assemblée nationale, rapport n° 4523 de M. Thomas Mesnier, Mmes Caroline Janvier et Monique Limon, et MM. Cyrille Isaac-Sibille et Paul Christophe fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, 14 octobre 2021.

(2) Cour des comptes, Sécurité sociale 2019, op. cit., p. 111.

sociaux sont l'une des principales sources d'irrégularités déclaratives de ces derniers »⁽¹⁾. Les divers dispositifs d'exonération et d'exemption constituent donc un point d'alerte important dans la lutte contre la fraude aux cotisations sociales.

Dans le but de disposer d'une meilleure visibilité sur ces niches dont le coût est en augmentation, la loi organique du 14 mars 2022⁽²⁾ étend le domaine exclusif des LFSS aux mesures de diminution de recettes de la sécurité sociale non bornées dans le temps. Ainsi, la loi ordinaire ou la loi de finances peuvent toujours prévoir, depuis le 1^{er} septembre 2022, des dispositions relatives à des exonérations, réductions ou abattements de cotisations ou de contributions sociales, mais leur durée d'application ne saurait excéder trois ans. La pérennisation de ces exonérations ne pourra procéder que d'une LFSS.

Enfin, l'article 20 du projet de loi de programmation des finances publiques 2023-2027, déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 26 septembre 2022⁽³⁾, se donne pour objectif de « *piloter et borner dans le temps les niches sociales en miroir de ce qui est prévu [...] pour les dépenses fiscales* ». Outre l'objectif de plafonner les dépenses sociales dans le temps – pour une durée de trois ans –, l'article 20 crée un instrument de pilotage des dépenses sociales dans le but d'en limiter le montant total. Il s'agit ainsi de calculer, chaque année, la part des dépenses sociales par rapport aux recettes des ROBSS et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) non compensés par crédits budgétaires. Le rapport entre ces deux montants ne pourrait excéder 14 % chaque année durant la période 2023-2027.

B. UNE DOUBLE OBLIGATION POUR L'ÉTAT D'INFORMATION DU PARLEMENT ET DE COMPENSATION INTÉGRALE DES PERTES DE RECETTES POUR LA SÉCURITÉ SOCIALE

1. Une information du Parlement riche mais encore incomplète

Ce n'est que depuis la LFSS 2006 que l'objet et le coût des niches sociales entrant dans le champ des ROBSS et du FSV font l'objet d'une annexe transmise au Parlement. Depuis 2014, ce même document a été enrichi d'une précision de la notion de droit commun, également appelée « norme de référence », à laquelle les niches sociales permettent de déroger⁽⁴⁾.

● Dans son rapport précité de 2019, la Cour des comptes formulait quatre critiques principales à l'encontre du mode de recensement des niches sociales effectué dans l'annexe du PLFSS :

– la norme de référence est variable et inégalement appliquée ;

(1) Ibid., p. 117.

(2) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(3) https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/textes/116b0272_projet-loi

(4) Cour des comptes, Sécurité sociale 2019, op. cit., p. 98.

– le périmètre de recensement exclut les niches relevant de politiques propres à la sécurité sociale, comme la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés ;

– le coût de certains dispositifs n'est pas chiffré (assiettes forfaitaires, assiettes non soumises à cotisations mais déclarées au réel au titre de la CSG) ;

– certaines exemptions d'assiettes voient leurs coûts minorés du fait de la prise en compte, non pas du taux de droit commun correspondant au barème des cotisations sociales, mais bien du taux moyen effectif calculé à partir de la distribution des rémunérations des salariés.

Finalement, la Cour des comptes considère que le coût affiché en LFSS 2019 devait être majoré de 25 milliards d'euros.

● Depuis ce rapport, la loi organique du 14 mars 2022 a modifié l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale détaillant le contenu des annexes au PLFSS. Désormais, un document qui sera annexé au projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ⁽¹⁾ doit présenter l'évaluation de l'efficacité de ces mesures au regard des objectifs poursuivis, pour au moins le tiers d'entre elles. Chaque mesure doit faire l'objet d'une évaluation une fois tous les trois ans. Ces nouvelles dispositions organiques répondent aux enjeux soulevés par la Cour des comptes en ce qui concerne la nécessité de mieux évaluer l'efficacité des niches sociales, dans la mesure où les dernières évaluations d'ampleur avaient été menées en 2011⁽²⁾ et en 2015 ⁽³⁾.

● En outre, alors que la Cour des comptes préconisait que cette annexe soit enrichie d'informations relatives aux coûts des niches sociales pour les régimes de retraite complémentaire et d'assurance chômage des salariés, cette même loi organique a créé une nouvelle annexe présentant l'état des recettes, des dépenses et du solde du régime d'assurance chômage et des régimes de retraite complémentaire légalement obligatoires pour le dernier exercice clos ⁽⁴⁾. Sans faire entrer l'assurance chômage et les retraites complémentaires dans le champ des LFSS, cette innovation permet d'accroître l'information des parlementaires sur ces thématiques. En parallèle, il faut noter que cette information, par l'intermédiaire de cette annexe dédiée, s'est également élargie au champ de la contribution sociale généralisée, dont les principales exonérations prennent la forme d'un taux réduit.

(1) 3° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

(2) Rapport du comité d'évaluation des dépenses fiscales et niches sociales, juin 2011.

(3) Rapport IGAS-IGF n° 2015-M-016-01, Revue de dépenses sur les exonérations et exemptions de charges sociales spécifiques, juin 2015.

(4) 5° de l'article L.O. 111-4-4 du code de la sécurité sociale.

2. Une obligation de compensation par l'État de ces pertes de recettes

Le principe de compensation a été créé en parallèle de la mise en place d'allègements généraux sur les bas salaires dans l'objectif d'un soutien massif à l'emploi. L'obligation de compensation des exonérations ou réductions de cotisations sociales par l'État a été d'abord instaurée par la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, dite « loi Veil », qui pose le principe d'une compensation intégrale de ces exonérations dès lors que les mesures entrent dans le champ des seules cotisations de sécurité sociale et qu'elles ont été instituées après l'entrée en vigueur de la loi.

Aujourd'hui codifié à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, ce principe a été élargi à l'ensemble des contributions affectées aux régimes obligatoires de base ainsi qu'aux organismes chargés de l'amortissement de leur dette ou de concourir à leur financement, ainsi qu'aux réductions totales ou partielles des assiettes de ces contributions ⁽¹⁾. Il consiste en une compensation à l'euro près, année par année, des pertes de recettes pour la sécurité sociale par le ministère en charge de la politique favorisée par l'exonération. À titre d'exemple, les exonérations en faveur du développement de l'activité économique en outre-mer (dites « Lodéom ») sont compensées par le ministère des outre-mer. Il s'agissait de responsabiliser les ministères plutôt que de pénaliser la sécurité sociale du fait de politiques qui ne sont pas en lien avec ses objectifs.

Toutefois, le législateur peut déroger au principe de compensation intégrale dès lors qu'il le prévoit en LFSS ⁽²⁾. Il a ainsi instauré à plusieurs reprises des compensations dites « pour solde de tout compte » dérogeant à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, qui concerne en principe plutôt les allègements généraux, par le biais d'une fraction de TVA et par la totalité de la taxe sur les salaires.

Ainsi, le principe de compensation intégrale ne concerne aujourd'hui plus que les dispositifs d'exonération ciblée de cotisations sociales. L'application du principe selon lequel les exonérations ciblées sont l'apanage de la compensation quand les exonérations générales ne peuvent être inscrites au crédit d'aucun ministère connaît toutefois des exceptions ⁽³⁾.

(1) Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

(2) Ce principe a été posé par la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale.

(3) À titre d'exemple, pour le dispositif d'exonération de cotisations patronales pour l'emploi de travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi (TO-DE), seule la part « excédentaire » par rapport au scénario contrefactuel d'application des allègements généraux de droit commun est prise en charge par les crédits budgétaires du ministère chargé de l'agriculture. En outre, la mission Travail et emploi comprend une ligne budgétaire consacrée à la compensation de l'exonération de la totalité des cotisations sociales sur les contrats d'apprentissage par les collectivités territoriales et les personnes morales de droit public. Pour autant, par dérogation expresse à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, la franchise de cotisations sur les gratifications versées aux stagiaires en milieu professionnel, destinée à encourager leur recrutement, n'est pas compensée, pour un coût global d'environ 100 millions d'euros.

Le rapport dit « Charpy-Dubertret » de 2018 ⁽¹⁾ préconisait ainsi, dans un contexte de quasi-retour à l'équilibre, d'assouplir les règles de compensation en faisant en sorte que les baisses de prélèvements obligatoires soient supportées par l'État ou la sécurité sociale en fonction de l'affectation de ces derniers, « *sans qu'il soit nécessaire ensuite de procéder à des transferts de compensation dans un sens ou dans l'autre* ». La règle de compensation pourrait être maintenue pour les allègements ciblés.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : APPROUVER LE MONTANT DE LA COMPENSATION DES EXONÉRATIONS À HAUTEUR DE 6,2 MILLIARDS D'EUROS

En application des dispositions organiques évoquée *supra*, le présent article propre d'approuver le montant des exonérations compensées aux organismes de base de la sécurité sociale. Ce montant s'élève à 6,2 milliards d'euros.

*

* *

(1) *Rapport de la mission d'information confiée à MM. Charpy et Dubertret, « Les relations financières entre l'État et la sécurité sociale », remis au Parlement le 8 octobre 2018.*

Articles 12 et 13

Approbation, pour l'année 2023, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base et fixation, pour l'année 2023, de l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que des prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse

Adoptés par la commission sans modification

Les articles 12 et 13 portent approbation du tableau d'équilibre par branche de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale pour 2023.

Ils fixent en outre, pour 2023, les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) et mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ainsi que l'objectif d'amortissement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades).

I. LES MODIFICATIONS ORGANIQUES DES MODALITÉS D'APPROBATION DES COMPTES POUR L'ANNÉE À VENIR

Les modalités d'approbation des comptes pour l'année à venir, qui se faisaient sous l'empire de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale avant la modification du cadre organique ⁽¹⁾, sont désormais établies à l'article L.O. 111-3-4 du même code.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale ⁽²⁾

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« 2° Détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible. Cet équilibre est défini au regard des données économiques, sociales et financières décrites dans le rapport prévu à l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances. À cette fin, la loi de financement de l'année :

« a) Prévoit les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que celles des organismes concourant au financement de ces régimes ;

[...]

« d) Retracer l'équilibre financier de la sécurité sociale dans des tableaux d'équilibre établis pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que pour les organismes concourant au financement de ces régimes. »

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

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

Les changements apportés par ce nouveau cadre organique sont les suivants :

– la suppression de la mention du régime général, en raison de la confusion que sa présentation pouvait introduire au regard du champ dont traite le législateur au sein des lois de financement ⁽¹⁾ ;

– la suppression de l'état annexé au présent article, évaluant les recettes, par branche, du régime général, des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS), ainsi que du FSV. Le législateur organique a supprimé cette annexe en raison de sa redondance presque parfaite avec l'annexe 4, désormais intégrée dans la nouvelle annexe 3.

II. L'EXERCICE 2023 : UN REDRESSEMENT ACCÉLÉRÉ DES COMPTES SOCIAUX, QUI SE RAPPROCHENT DE L'ÉQUILIBRE

A. UNE PRÉVISION SENSIBLEMENT AMÉLIORÉE PAR RAPPORT AUX EXERCICES PRÉCÉDENTS

1. Un écart massif avec des prévisions précédentes beaucoup plus pessimistes

Le tableau suivant compare les données du tableau d'équilibre pour 2023 avec les prévisions des LFSS 2021 et 2022, telles qu'elles figuraient dans leur annexe B :

(1) Des explications plus approfondies sont apportées au commentaire de l'article 1^{er} du présent projet de loi.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2023 AVEC LES PRÉVISIONS DES DEUX EXERCICES ANTÉRIEURS

(en milliards d'euros)

	Prévisions en LFSS 2021 (annexe B)			Prévisions en LFSS 2022 (annexe B)			Prévisions en PLFSS 2023 (article 12)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	208,3	225,9	- 17,6	216,8	229,8	- 13,0	231,8	238,3	- 6,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	15,8	14,3	1,5	15,6	14,1	1,5	17,0	14,8	2,2
Vieillesse	254,7	263,6	- 8,9	259,7	264,6	- 5,0	269,8	273,3	- 3,5
Famille	52,8	50,2	2,6	54,3	50,5	3,8	56,7	55,3	1,3
Autonomie	33,2	33,6	- 0,3	34,3	35,5	- 1,2	36,1	37,3	- 1,2
Toutes branches*	550,3	573,0	- 22,7	566,4	580,0	- 13,6	593,8	601,4	- 7,6
Toutes branches* incluant le FSV	549,6	573,5	- 23,9	565,6	580,4	- 14,7	595,0	601,8	- 6,8

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Source : LFSS 2021, LFSS 2022 et PLFSS 2023.

Cette comparaison constitue un exercice toujours utile, notamment pour se rendre compte du caractère inattendu de l'augmentation des recettes comme des dépenses. Entre les prévisions arrêtées en décembre 2020 et celles qui sont examinées en septembre 2022, la vigueur de la reprise économique se traduit par une augmentation des recettes « toutes branches + FSV » de 45,4 milliards d'euros, et toujours de 29,4 milliards d'euros par rapport aux prévisions arrêtées il y a un peu plus de six mois, en décembre 2021.

Côté dépenses, là aussi, l'écart est de taille, puisque, sur le même champ, les dépenses prévisionnelles inscrites au présent article sont supérieures de 28,3 milliards d'euros aux prévisions inscrites en LFSS 2021 et de 21,4 milliards d'euros par rapport à celles de la LFSS 2022.

Outre une certaine humilité quant à l'exercice de prévisions dans un contexte économique particulièrement mouvant et un contexte budgétaire de rattrapage de la trajectoire antérieure, ces mouvements s'expliquent par un « effet base » sur les dépenses comme sur les recettes, expliqué, pour les exercices précédents, dans les commentaires des articles 1^{er} et 3 du présent projet de loi.

S'agissant des recettes proprement dites, leur évolution suit également un effet volume anticipé pour 2023 qui s'explique par la poursuite, pour l'année 2023, d'une trajectoire de croissance qui en soutient la progression, quoique plus contenue. Ainsi, à l'échelle de l'ensemble des ROBSS, la CSG ne progresserait plus que de 4 %, contre 6,2 % pour 2022, tandis que les cotisations n'évolueraient plus à la hausse que de 3,8 %, contre 5,9 %. Ces deux diminutions tiennent à la diminution de la progression de la masse salariale, de 8,4 % à 4,8 %, dans un contexte de diminution en 2023 de l'inflation et de la création nette d'emplois.

Cela se traduit finalement par un solde amélioré de 17,1 milliards d'euros par rapport aux prévisions en LFSS 2021 et de 7,9 milliards d'euros par rapport aux prévisions en LFSS 2022. Ce ressaut, particulièrement fort, s'ajuste également aux prévisions de modifications des recettes et des dépenses qui s'attachent à l'exercice 2023.

2. Les mesures nouvelles pour 2023

S'ajoutent en effet comme chaque année au nouveau contexte de nouvelles mesures, faisant pour une partie d'entre elles l'objet d'une mesure législative dans le présent projet de loi. Ces mesures sont naturellement commentées de manière approfondie dans les articles qui les concernent mais elles sont agrégées dans le tableau ci-dessous avec leur impact financier, afin de les mettre en perspective. Ce tableau contient également les mesures de transfert entre l'État et la sécurité sociale, dont les effets sur le solde sont significatifs, mais tendent à s'annuler.

IMPACT FINANCIER DES MESURES NOUVELLES EN 2023 SUR L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET LE FSV

(en milliards d'euros)

Mesures en recettes	
Renforcement et harmonisation de la fiscalité sur les produits du tabac	+ 0,4
Renforcement de la lutte contre la fraude sociale	+ 0,004
Mesures en dépenses	
Vieillesse	
Maladie	
Mesures en économies dans le champ de l'Ondam	+ 0,6
Famille	
Revalorisation du montant de l'allocation de soutien familial	- 0,9
Autonomie	
Hausse du taux d'encadrement dans les Ehpad	- 0,2
Simplification du financement de l'habitat inclusif	- 0,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	
Mesures en économies dans le champ de l'Ondam	+ 0,002
Mesures de transfert	
Ajustement de la fraction de TVA	+ 1,0
Modification de la compensation de l'exonération LODEOM	- 0,3
Baisse de cotisations maladies des travailleurs non-salariés	- 0,7
Prolongation de l'exonération TO-DE	+ 0,4
Effet total de ces mesures nouvelles	- 0,5

Source : commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 3 du projet de loi.

Ce tableau est délibérément simplifié par rapport au tableau d'équilibre financier, qui figure dans l'annexe 3 du projet de loi :

– les mesures en recettes et de transfert sont « globalisées » au niveau l'ensemble des ROBSS et du FSV ;

– toutes les mesures de « tuyauterie » ne sont pas retracées car il s'agit de mesures faussement nouvelles sur un plan financier à l'échelle de l'ensemble de la sécurité sociale (les dépenses ou recettes existaient déjà, et les transferts sont effectués à somme nulle) ; ces transferts sont ainsi commentés dans d'autres articles ⁽¹⁾.

Ce tableau appelle deux types de commentaires.

Le premier porte sur les mesures de transfert. Leur effet améliore le solde, par deux mesures de baisse de recettes surcompensée par deux mesures de gain :

– le Gouvernement entend modifier les modalités de compensation de l'exonération de cotisations et de contributions sociales, dite « LODEOM », inscrite à l'article L. 752-3-2 du code de la sécurité sociale. Une part du champ auquel s'applique cette exonération spécifique est en fait couverte par la réduction de 6 points de cotisations sociales maladie ⁽²⁾. Or, celle-ci, par exception au principe de compensation par crédit budgétaire inscrit à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, fait l'objet d'une « compensation » par affectation d'une fraction de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA), pour solde de tout compte. Il est donc proposé, à l'instar d'autres exonérations ciblées qui empiétaient déjà sur le champ de cette réduction, de supprimer la part des crédits budgétaires versée par le ministère en charge des outre-mer à l'Acoss, au titre de cette compensation (– 300 millions d'euros) ;

– au titre de l'article 10 du présent projet de loi, il est également prévu de ne pas compenser la réduction de cotisations sociales maladie versées par les travailleurs indépendants, telle qu'instituée par la loi relative au pouvoir d'achat ⁽³⁾ par crédit budgétaire (– 700 millions d'euros), mais par l'affectation d'une ressource fiscale pour solde de tout compte ;

– la part de la TVA affectée à la sécurité sociale augmente à due concurrence de ces deux nouveaux modes de compensation (1 milliard d'euros) et annule les pertes de recettes pour les ROBSS issues des deux précédents mouvements ;

– la prolongation pour un an de l'exonération de cotisations patronales pour les travailleurs occasionnels-demandeurs d'emploi (TO-DE), prévue par le présent projet de loi, se traduit par une perte de recettes pour l'ensemble des finances

(1) On pourra notamment se reporter au commentaire de l'article 10 sur le transfert de la charge d'une part des indemnités journalières entre la Cnaf et la Cnam.

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

(3) Article 3 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

publiques mais, paradoxalement, par un gain pour les ROBSS. En effet, cette exonération est entièrement compensée par crédit budgétaire. Or, sa suppression aboutirait à « reverser » ses bénéficiaires dans la catégorie des bénéficiaires des allègements généraux, qui sont également des exonérations patronales pour le même champ de rémunérations. Les allègements généraux faisant l'objet d'une compensation « pour solde de tout compte », l'intégration de nouveaux bénéficiaires dans le champ de l'exonération ne se traduit pas par une augmentation à due concurrence du montant de TVA compensé à la sécurité sociale. Il en ressort que le maintien de cette modalité de compensation se traduit par un gain net de recettes pour les ROBSS (400 millions d'euros).

Le second commentaire vise à recenser les mesures qui ont un impact significatif sur le solde des ROBSS, parmi lesquelles on peut notamment relever :

– une augmentation des recettes liées aux droits d'accise sur les tabacs (400 millions d'euros) ;

– une moindre dépense au titre de l'Ondam (400 millions d'euros), en raison de mouvements contraires entre la branche maladie et la branche autonomie et dont les raisons sont détaillées dans le commentaire de l'article 47 du présent projet de loi ;

– une augmentation du coût de l'allocation de soutien familial (ASF), en raison de l'augmentation de son montant de 50 % (850 millions d'euros).

Au total, le solde spontané de la sécurité sociale serait amélioré par l'ensemble de ces mesures nouvelles de 400 millions d'euros.

B. UN DÉFICIT QUI DEVRAIT SE RÉTABLIR PAR RAPPORT À L'EXERCICE 2021

Le tableau suivant compare cette fois les prévisions pour 2023 aux prévisions pour 2022 rectifiées par l'article 3.

COMPARAISON DE LA PRÉVISION POUR 2023 AVEC L'EXERCICE PRÉCÉDENT

(en milliards d'euros)

	Rectifications pour 2022 (article 3)			Prévisions pour 2023 (article 12)		
	Recettes	Dépenses	Solde	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	221,6	241,9	- 20,3	231,8	238,3	- 6,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,2	14,2	2,0	17,0	14,8	2,2
Vieillesse	258,9	261,9	- 3,0	269,8	273,3	- 3,5
Famille	53,5	50,9	2,6	56,7	55,3	1,3
Autonomie	34,9	35,4	- 0,5	36,1	37,3	- 1,2
Toutes branches*	570,1	589,3	- 19,2	593,8	601,4	- 7,6
Toutes branches* incluant le FSV	571,7	589,6	- 17,8	595,0	601,8	- 6,8

(*) Indépendamment des transferts entre branches.

Sources : PLFSS 2023.

● Le solde de l'ensemble des ROBSS et du FSV s'améliore de manière spectaculaire, de 11 milliards d'euros, soit davantage que le montant du déficit lui-même, qui s'établit à 6,8 milliards d'euros.

● Cette amélioration tient à une croissance solide des recettes, mais surtout d'une maîtrise des dépenses sur l'exercice 2023 qu'il convient d'affiner par branche.

Le « gros » de l'effort est en effet porté par l'assurance maladie, dont le solde s'améliore de 13,8 milliards d'euros, soit un niveau supérieur à celui de l'ensemble des ROBSS et du FSV et qui correspond à près des trois quarts du montant – pourtant massif – de son déficit rectifié pour 2022.

Cette maîtrise des dépenses tient notamment à une évolution contenue des dépenses sous Ondam pour 2023, puisque celui-ci diminue de 0,8 %. Sans rien sacrifier des ressources nécessaires à l'assurance maladie, cette diminution tient avant tout de l'extinction des mesures de provision pour faire face au covid, qui diminuent de 11,5 milliards d'euros à 1 milliard d'euros en 2023.

Le solde de l'assurance maladie s'apprécie également du transfert d'une dotation de 2 milliards d'euros par la branche famille au titre de la prise en charge d'une majeure partie des indemnités journalières dont le financement est aujourd'hui assumé par la branche maladie. Cet effet est minoré par le contrecoup de l'affectation exceptionnelle d'une quote-part de la taxe sur les salaires destinée à prendre en charge les indemnités journalières dérogatoires susmentionnées, à hauteur de 1 milliard d'euros.

La branche vieillesse cesserait, quant à elle, sa trajectoire ascendante vers une situation équilibrée, pour accuser un déficit supérieur de 500 millions d'euros à ce qu'il était en 2022. Cette inversion tient à un mini-« effet ciseau » entre une augmentation plus contenue des recettes, sous l'effet d'une diminution du taux de croissance, et de dépenses dynamiques du fait d'un taux d'inflation hors tabac qui se maintient en 2023 à hauteur de 4,3 % en moyenne. Le solde de la branche est en outre affecté par une évolution très défavorable du solde de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), dont le déficit se creuserait à hauteur de 2,5 milliards d'euros en 2023 ⁽¹⁾.

La branche famille, dont les dépenses sont tirées par les mêmes facteurs que la branche vieillesse, verrait son solde divisé par deux, à 1,3 milliard d'euros en 2023, sous l'effet notamment de la prise en charge des indemnités journalières dont le financement était jusqu'ici assuré par la branche maladie, à hauteur de 2 milliards d'euros. Elle doit assumer en outre l'augmentation du montant de l'ASF, à hauteur de 900 millions d'euros. Elle bénéficie à l'inverse d'un rehaussement du montant de la taxe sur les salaires qui lui est affecté, après un transfert exceptionnel en faveur de la branche autonomie, à hauteur de 1 milliard d'euros.

Le solde de la branche autonomie se dégraderait également, sous l'effet d'objectifs globaux de dépenses en hausse de 5,1 % pour les personnes âgées et de 5,2 % pour les personnes en situation de handicap. Les dépenses sont portées en outre par les revalorisations salariales dans le champ médico-social comme domiciliaire.

La branche AT-MP, enfin, poursuit sa trajectoire excédentaire, en amélioration de 200 millions d'euros par rapport à 2022, sous l'effet notamment de la dynamique de ses recettes et de facteurs baissiers en dépense comme la diminution des personnes éligibles à une compensation pour exposition à l'amiante.

III. LA FIXATION DES PRÉVISIONS DE RECETTES MISES EN RÉSERVE PAR LE FSV ET AFFECTÉES AU FRR ET DE L'OBJECTIF D'AMORTISSEMENT DE LA CADES

L'article 13 tient également d'une obligation organique, placée à l'article L. O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

Article L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« b) Détermine l'objectif d'amortissement au titre de l'année à venir des organismes chargés de l'amortissement de la dette des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement et prévoit, par catégorie, les recettes affectées aux organismes chargés de la mise en réserve de recettes à leur profit ; »

A. L'OBJECTIF D'AMORTISSEMENT DE LA DETTE SOCIALE EN 2022

Le I fixe l'objectif d'amortissement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) pour 2023 à 17,7 milliards d'euros, en baisse sensible par rapport à l'amortissement rectifié pour 2022 à hauteur de 18,6 milliards d'euros. Dans les conditions actuelles, et au regard des données fournies par le président du conseil d'administration de la Cades à la rapporteure générale, cette cible semble atteignable.

La satisfaction de cet objectif mènerait la Cades en 2023 :

– à un amortissement cumulé de 241 604 milliards d'euros ;

– mais à une situation nette négative de 154 milliards d'euros ⁽¹⁾. La Cour des comptes, dans son rapport annuel relatif à l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), alerte sur cette situation, et ce d'autant plus que la dette sociale s'aggraverait du montant du déficit des ROBSS pour l'année 2022. Le cumul des déficits portés par la Cades et par l'Acoss pourrait atteindre près de 160 milliards d'euros.

Au regard de l'ensemble de la dette qui devait être reprise aux termes de la loi du 7 août 2020 d'ici à 2024 (136 milliards d'euros prévus ⁽²⁾ minorés des 20 milliards d'euros dont le transfert a déjà été organisé par le décret n° 2020-1074 du 19 août 2020 ⁽³⁾, des 40 milliards repris en application du décret n° 2021-40 du 19 janvier 2021 ⁽⁴⁾ et des 40 milliards repris en application du décret n° 2022-23 du

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

(2) Pour mémoire, 31 milliards au titre des déficits cumulés par la branche maladie du régime général, le FSV, le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et la CNRACL, 92 milliards de déficits prévisionnels du régime général et du régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles et 13 milliards d'euros au titre des emprunts contractés au 31 décembre 2019 par les établissements de santé relevant du service public hospitalier.

(3) 6,2 milliards d'euros du Fonds de solidarité vieillesse, 10,2 milliards d'euros de la Cnam et 3,6 milliards de la CCMSA au titre du régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés agricoles.

(4) Pour mémoire, il s'agit de 9,9 milliards d'euros correspondant aux déficits cumulés fin 2019 de la branche maladie et du FSV, de 1,3 milliard d'euros de la CNRACL, de 23,8 milliards de déficits 2020 des branches maladie, vieillesse, famille et du FSV et de 5 milliards au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019.

11 janvier 2022 ⁽¹⁾), serait de 36 milliards d'euros ⁽²⁾. La Cades devrait donc parvenir au terme de la reprise engagée en 2020, sans que pour autant la soutenabilité de sa trajectoire d'amortissement jusqu'en 2033, fixée par le législateur organique ⁽³⁾, soit assurée. Ainsi que le rappelle la Cour des comptes, l'accumulation de déficits pour les années 2024 à 2027, prévisible au regard de la trajectoire financière des ROBSS inscrite dans l'annexe B du présent texte, appellera de nouvelles reprises de dette par la Cades et donc une vraisemblable prolongation de son existence au-delà de 2033.

Si une telle extension devait venir en débat devant le Parlement, la dimension organique de ce principe appellera une réflexion collective sur les moyens d'interrompre la mécanique pluri-décennale consistant à repousser tous les cinq à dix ans le point final de l'amortissement de la dette sociale. Initialement prévue pour s'éteindre au 31 janvier 2009, la prolongation de vingt-quatre ans de la durée de vie de la Cades est synonyme de la prolongation pour la même durée d'impositions dont le seul objet est d'amortir la dette sociale, et qui ne peuvent satisfaire les besoins contemporains de la dette sociale. Aussi la rapporteure générale souhaite qu'une réflexion approfondie sur la manière d'envisager la dette sociale, le rôle de la Cades et de parvenir à un équilibre de comptes sociaux qui permette de rendre progressivement obsolète la question de la dette sociale précède l'éventuelle révision organique nécessitée par l'accumulation de déficits sociaux à venir.

B. LES RECETTES AFFECTÉES AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **II** affecte un montant nul de recettes au FRR, dont la vocation n'est plus d'être alimenté mais de procéder à des décaissements, notamment en faveur de la Cades.

C. LES MISES EN RÉSERVE AU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE

Comme pour les exercices précédents depuis 2011, le **III** prévoit une mise en réserve nulle de recettes au sein du Fonds de solidarité vieillesse, qui n'a plus vocation à constituer des réserves, même s'il a pu exercer cette mission dans le passé.

(1) 32,3 milliards d'euros au titre de la couverture des déficits cumulés de la branche maladie, 1,46 milliard d'euros au titre de ceux de la branche vieillesse et 1,2 milliard d'euros au titre de ceux du FSV, ainsi que 5 milliards d'euros au titre de la dette des établissements relevant du service public hospitalier au 31 décembre 2019.

À noter que ce même décret n° 2022-23 du 11 janvier 2022 a annulé la reprise des déficits de la branche vieillesse et famille pour 2020, au motif que les situations nettes de ces branches restaient excédentaires à fin 2020 après l'imputation des déficits 2020. Il pourrait en aller de même pour les déficits cumulés du FSV que la Cades devait continuer de reprendre, compte tenu de la situation excédentaire de ce dernier, a minima au titre de l'année 2023.

(2) 33 milliards d'euros au titre de la couverture des déficits et 3 milliards d'euros au titre de la reprise d'une partie de la dette hospitalière.

(3) Article 4 bis de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

Article 14

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

Adopté par la commission sans modification

Cet article habilite six organismes à recourir à l'emprunt pour financer leurs besoins de trésorerie en 2023 et fixe les plafonds de ces encours. Il réduit notamment le plafond pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) à 45 milliards d'euros, contre 65 milliards en 2022, pour tenir compte de l'amélioration significative du déficit en 2023 et des moindres risques financiers auxquels est soumise l'Agence.

Les organismes de sécurité sociale peuvent être confrontés à des besoins de trésorerie en cours d'année, qui ne s'expliquent pas nécessairement par un déséquilibre structurel des produits et des charges du régime. L'apparition d'un besoin de trésorerie peut en effet être ponctuelle et résulter d'un simple décalage calendaire entre les encaissements (cotisations et contributions, recettes affectées) et les décaissements (versements des prestations aux affiliés et frais de gestion).

Plusieurs organismes, dont le fonds de roulement ne permet pas de couvrir les besoins de trésorerie au cours de l'année, ont ainsi recours à des ressources non permanentes sous la forme d'avances de trésorerie ou d'emprunts de court terme.

Parmi ces organismes, plusieurs empruntent auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) : celle-ci porte donc d'autres besoins de financement que celui du régime général, dont elle assure la trésorerie. L'Acoss est en outre autorisée, compte tenu des montants associés à la gestion de la trésorerie des organismes du régime général, à émettre des titres de créances négociables.

Au-delà du strict besoin de trésorerie, l'Acoss ainsi que certains régimes font porter par ces emprunts de court terme le financement des déficits passés et de l'année en cours en attendant un transfert à la Caisse d'amortissement à la dette sociale ou à toute autre personne. Pour être conforme aux prescriptions de l'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale qui prévoient que les ressources non permanentes ne peuvent consister « *qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale* », ces ressources ne peuvent être contractées que pour douze mois au plus.

Le présent article arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les plafonds de ces ressources, conformément aux prescriptions organiques.

L.O. 111-3-4 du code de la sécurité sociale

Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, la loi de financement de l'année « arrête la liste des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement habilités à recourir à des ressources non permanentes, ainsi que les limites dans lesquelles leurs besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources ».

Ces plafonds d'emprunt sont fixés en fonction de l'estimation du « point bas » de trésorerie atteint par ces organismes, c'est-à-dire du solde négatif le plus important, pour l'exercice à venir, afin de couvrir les besoins maximaux estimés en projet de loi de financement. En outre, ils sont systématiquement ajustés à la hausse pour parer à une éventuelle dégradation de la trésorerie en cours d'exercice ainsi que l'a notamment connu, entre autres, le régime général en mars 2020 ⁽¹⁾.

Cinq organismes bénéficient d'une telle habilitation en 2022 :

– l'Acoss pour le régime général mais aussi pour les concours et avances qu'elle peut apporter à d'autres régimes ou organismes ;

– la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) pour le régime des exploitants agricoles ;

– la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) ;

– la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM) ;

– la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL).

Alors que la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) avait profité au cours de l'exercice précédent d'une telle possibilité, l'amélioration du montant des recettes dont elle bénéficie a annulé ses besoins de trésorerie et rendu superfétatoire l'habilitation à recourir à des ressources non permanentes.

Cet article récurrent est l'occasion de présenter, sans prétendre à l'exhaustivité sur cette question touchant à la gestion financière infra-annuelle, les besoins de trésorerie de ces six organismes. Son contenu s'appuie notamment sur l'annexe 3 du projet de loi ⁽²⁾.

(1) Les mesures de fermeture administrative prises par décret en mars 2020 ont fait craindre, par un assèchement de ses ressources, une difficulté pour l'Acoss de financer le versement des prestations sociales à la fin du mois de mars et au cours du mois d'avril. C'est ce qui a justifié un décret exceptionnel du 25 mars 2020 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale, qui a d'abord porté ce plafond à 70 milliards d'euros, puis un second décret du 20 mai 2020 élevant ce même plafond à 95 milliards d'euros.

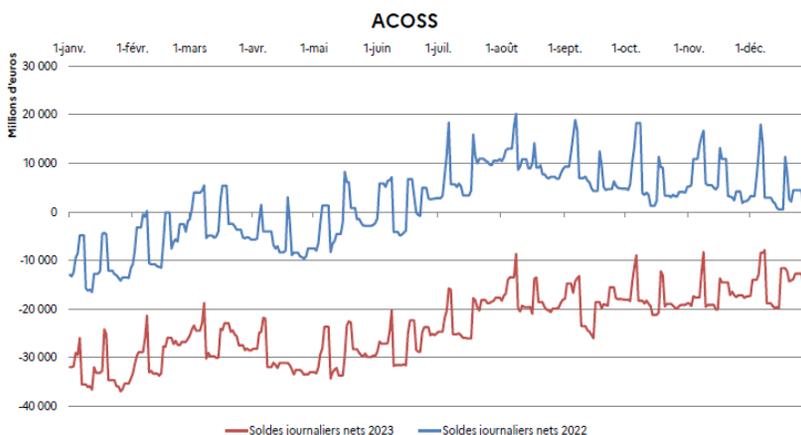
(2) Annexe 3 qui reprend les explications auparavant apportées aux parlementaires au sein de l'annexe 4 des précédents projets de loi de financement.

I. L'ACOSS ET LE RÉGIME DES EXPLOITANTS AGRICOLES DOIVENT ASSURER LES BESOINS DE TRÉSORERIE DE RÉGIMES DÉFICITAIRES

● Un profil de trésorerie est établi chaque année pour le régime général, reposant sur les prévisions liées aux grands agrégats économiques et aux mesures nouvelles. En prenant en compte les mesures inscrites dans le présent projet de loi de financement, le solde moyen net prévisionnel de l'Acoss serait de 1,6 milliard d'euros, en nette progression par rapport à 2022 dont le solde moyen net prévisionnel s'établissait à – 29,5 milliards d'euros. Le solde moyen brut, qui prend en compte les dispositifs de sécurité pour assurer en toutes circonstances le financement des régimes, serait en 2023 de – 18,4 milliards d'euros, avec un point bas programmé le 12 janvier 2023 de – 34,9 milliards d'euros, en raison notamment du calendrier des avances consenties aux partenaires.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE L'ACOSS EN 2022 ET 2023

Évolution du profil de trésorerie du régime général en 2022-2023 (prévision)



Source : ACOSS/DSS

Source : annexe 3 du PLFSS 2023.

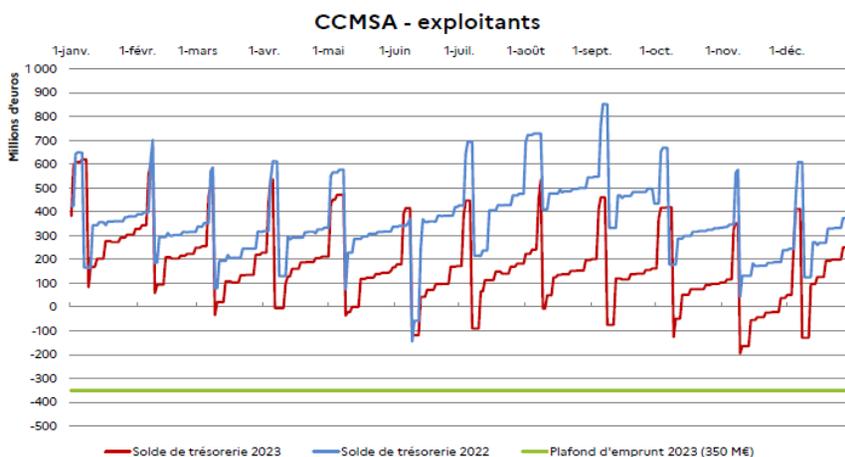
Ce point bas permet de fixer un plafond d'emprunt dans le présent article à hauteur de 45 milliards d'euros, soit un niveau abaissé de 20 milliards d'euros par rapport au précédent plafond, et qui laisse un peu plus de 10 milliards d'euros de marge. Celle-ci correspond à une prise de risque désormais minimale au regard des conditions dans lesquelles l'Acoss se finance, et constituera, pendant la majeure partie de l'année, une marge supérieure à 25 milliards d'euros. Ce plafond renoue par ailleurs avec des niveaux comparables à ceux qui présidaient aux plafonds antérieurs à la crise ⁽¹⁾.

(1) Le début de la précédente législature avait été marqué par des plafonds variant entre 33 milliards d'euros en 2017 et 39 milliards d'euros en 2020, avant le déclenchement de la crise sanitaire.

Ce plafond permettra également à l'Acoss, dans le cadre de la politique de mutualisation des trésoreries sociales, de couvrir les besoins de financement d'autres régimes de base de la sécurité sociale.

- Depuis 2009, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) gère les ressources du régime des exploitants agricoles, qui a renoué en 2018 avec les excédents. Comme les années précédentes, le régime agricole sera donc autorisé à recourir à des ressources non permanentes pour l'année 2023, à hauteur de 350 millions d'euros, soit un niveau plus élevé de 50 millions d'euros que dans la LFSS 2022. Au regard du profil de trésorerie figurant ci-dessous, ceci laisse une marge de sécurité bien plus importante que celle qui est retenue par l'Acoss.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CCMSA EN 2022 ET 2023



Source : PLFSS 2023, annexe 3.

II. LES AUTRES ORGANISMES GÈRENT DES PROBLÈMES DE TRÉSORERIE SIGNIFICATIFS LIÉS À DES RÈGLES SPÉCIFIQUES

- Le profil de trésorerie de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (CPRP-SNCF) était traditionnellement caractérisé par un décalage entre, d'une part, le rythme de versement trimestriel des pensions de retraite aux affiliés au premier jour ouvré du trimestre, et, d'autre part, le rythme des encaissements de cotisations, le 5 de chaque mois, et de la subvention de l'État, nécessitant ainsi un recours à l'emprunt auprès d'établissements bancaires.

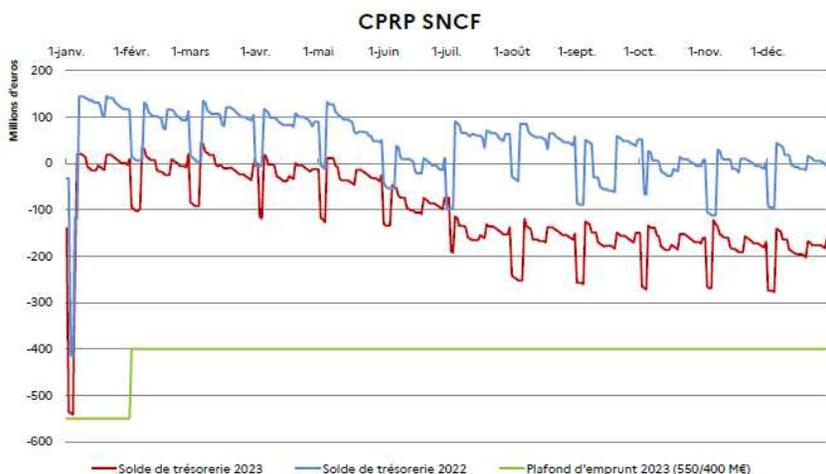
Dans un contexte de crise financière et de tensions accrues en matière de trésorerie, le décret n° 2011-1925 du 21 décembre 2011 a fixé un calendrier de versement fractionné des pensions pour 2012, ce dispositif ayant été reconduit de 2013 à 2015.

Depuis le mois de janvier 2016, en application du décret n° 2016-539 du 15 mai 2015, les pensions sont payées mensuellement, ce qui a permis de réduire de près de 50 % le besoin en fonds de roulement moyen.

En 2023, le solde moyen de trésorerie sur l'année est prévu à -106,3 millions d'euros avec un point bas programmé le 4 janvier à -541,9 millions d'euros. En effet, comme chaque année, le paiement des pensions de retraite de janvier s'effectuera avant que la caisse ne reçoive le premier versement de subvention d'équilibre de l'État, lequel, pour des raisons techniques, ne peut avoir lieu plus tôt que le 6 janvier.

Le présent article propose donc de retenir un premier plafond d'emprunt de 550 millions d'euros pour la période du 1^{er} au 31 janvier, contre 500 millions d'euros en 2022, puis un second plafond de 400 millions d'euros pour le reste de l'année, significativement plus élevé qu'en 2021, où il était de 200 millions d'euros. Ces plafonds laissent une marge significative, permettant de faire face à des aléas, comme en témoigne le graphique ci-dessous.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CPRP-SNCF EN 2022 ET 2023



Source : Annexe 3 du PLFSS 2023.

● La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM), chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différentes branches du régime minier, fait face à des difficultés de financement importantes.

Les recettes de la caisse sont constituées à plus de 90 % par des ressources externes : dotation d'équilibre versée par la branche maladie du régime général pour le risque maladie, compensation généralisée « vieillesse », et subvention de l'État pour le risque vieillesse. Celles-ci ne suffisaient néanmoins plus à couvrir les

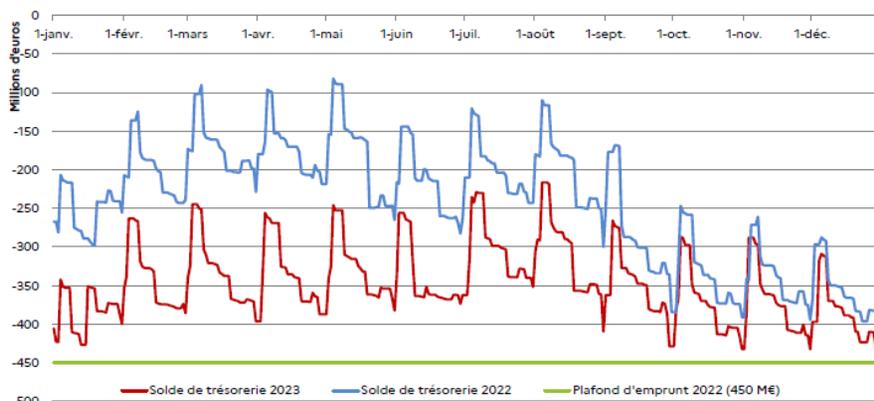
besoins de trésorerie issus des déficits passés cumulés, qui ont requis de majorer significativement, au cours des dernières années, les autorisations d'emprunt accordées à la Caisse en loi de financement de la sécurité sociale.

Pour l'exercice 2023, le solde moyen prévisionnel de trésorerie de la CANSSM est de – 347,3 millions d'euros, en baisse significative par rapport à 2022 (– 243,7 millions). Le « point bas » serait à – 432,6 millions d'euros, soit en deçà du niveau le plus bas de 2022 établi à – 405,9 millions d'euros. Par conséquent, le présent article propose d'habiliter la CANSSM à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 450 millions d'euros, logiquement en légère hausse par rapport à 2022 où le plafond d'emprunt était fixé à 410 millions d'euros.

Le besoin du régime en ressources non permanentes continuera à être assuré exclusivement par des avances de trésorerie de l'Acoss dans le cadre de l'intégration financière de la branche maladie.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CANSSM EN 2022 ET 2023

CANSSM



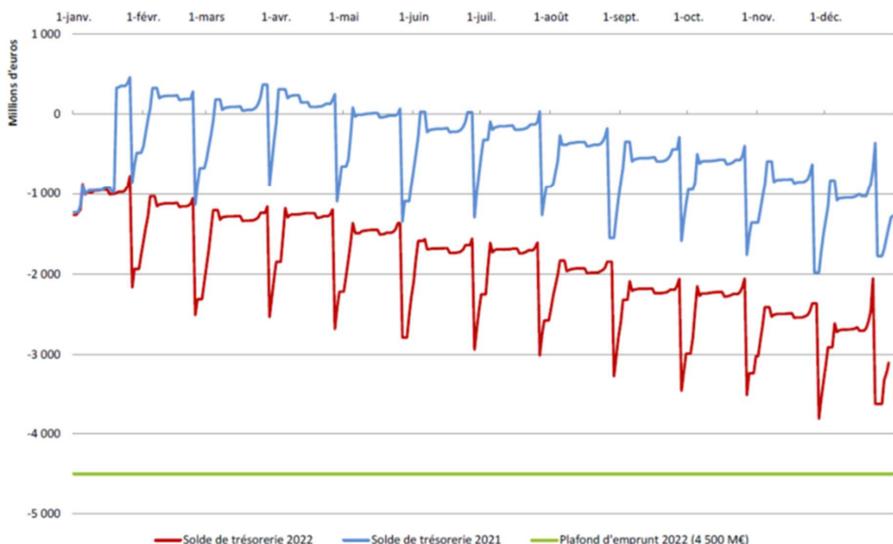
Source : CANSSM/DSS

Source : Annexe 3 du PLFSS 2023.

● La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) a renoué avec un besoin de recourir à des ressources non permanentes depuis 2019. Cette situation résulte d'une nouvelle dégradation de sa situation financière, les mesures de redressement mises en place entre 2013 et 2015 ayant achevé de produire leurs effets.

En 2023, le régime pourrait connaître un point bas de – 6,8 milliards d'euros dû au roulement des déficits 2020, 2021 et 2022, dont la tendance ne cesse de s'aggraver. Ce point bas constitue le double de celui qui a été atteint en 2022 (– 3,8 milliards d'euros), comme en témoigne le graphique ci-dessous.

PROFIL DE TRÉSORERIE DE LA CNRACL EN 2021 ET 2022



Source : Annexe 3 PLFSS 2023.

Cette situation conduit le régime à solliciter une habilitation à emprunter un encours pouvant aller jusqu'à 7,5 milliards d'euros, avec une marge de 700 millions d'euros qui, en dépit de l'augmentation massive du plafond d'emprunt (+ 3 milliards d'euros en 2022), constitue une marge plus faible que celle dont disposait la caisse lors de l'exercice précédent. Outre le fait qu'il s'agisse du plus haut taux que la caisse ait atteint dans l'histoire – courte, certes – de son besoin de financement, ce plafond d'emprunt représente un sixième de celui de l'Acoss, qui doit également « assurer la couverture » d'autres régimes. Cette situation interroge nécessairement la soutenabilité de la trajectoire financière de la caisse, dont la situation déficitaire continuera de se dégrader au regard des prévisions connues à ce stade ⁽¹⁾.

*
* *

(1) Le dernier rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale prévoit ainsi que le déficit de la CNRACL atteigne 2,5 milliards d'euros en 2023.

Article 15

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 15 porte approbation du « rapport figurant en annexe B » présentant les trajectoires, sur les quatre prochaines années, des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, mécaniquement, leurs soldes. Ce même rapport doit intégrer, dans le nouveau cadre organique, un « compte des écarts » en dépenses permettant de vérifier la tenue des engagements pris dans le cadre de la loi de programmation pour les finances publiques.

Ce même rapport présente enfin la trajectoire pluriannuelle prévisionnelle, également pour quatre ans, de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

I. UN RAPPORT APPROFONDI DANS LE NOUVEAU CADRE ORGANIQUE

● Le nouveau cadre organique issu de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale a modifié l'annexe B, qui témoigne de l'orientation résolument pluriannuelle des lois de financement.

La pluriannualité au sein des lois de financement de la sécurité sociale

La pluriannualité en LFSS consiste essentiellement en cette annexe qui, votée par le Parlement, constitue l'approbation d'une trajectoire pluriannuelle des comptes sociaux. Cela n'a toutefois que peu à voir, à ce stade, avec la mise en place d'une règle d'équilibre par laquelle les comptes sociaux seraient contraints de présenter une trajectoire pluriannuelle équilibrée, sauf exception.

Ces trajectoires pluriannuelles sont d'une valeur normative purement légale : si elles doivent faire l'objet d'adaptation en cours d'examen, dès lors que de nouvelles mesures ou une modification sensible de l'environnement économique le justifie, elles ne sauraient contraindre le législateur financier à les modifier, y compris rétroactivement comme le démontre l'existence d'une partie rectificative annuelle en loi de financement. Les prévisions quadriennales sont donc plus qu'une information ou une indication, mais moins qu'une contrainte s'imposant au législateur financier.

Cette orientation permet au Gouvernement et au Parlement d'approuver une orientation sur quatre ans, dans le champ assez vaste des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS) pour engager résolument les comptes sociaux, mais de manière assez précise pour que chaque branche, et donc les modalités organisationnelles de prise en charge de chaque risque social par la sécurité sociale, fasse l'objet d'une présentation suffisamment détaillée.

Le législateur organique a récemment enrichi cette annexe, désormais prescrite à l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

L'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale

Le projet de loi de financement de l'année est accompagné d'un rapport décrivant, pour les quatre années à venir, les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses des régimes obligatoires de base, par branche, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ces prévisions sont établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des recettes, des dépenses et du solde de l'ensemble des administrations publiques présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année en application de l'article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

Le rapport précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles.

En outre, ce rapport présente, pour chacun des exercices de la période de programmation de la loi de programmation des finances publiques en vigueur, les écarts cumulés entre, d'une part, les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement qui figurent dans cette même loi et, d'autre part, les objectifs de dépenses décrits dans ce rapport.

Le rapport précise les raisons et hypothèses expliquant ces écarts ainsi que, le cas échéant, les mesures prévues par le Gouvernement pour les réduire.

Le rapport est approfondi à deux égards :

– en premier lieu, il se doit d'être plus précis qu'auparavant. Alors qu'il était prévu une explication des hypothèses sur lesquelles se fondait l'évolution prévisionnelle de l'Ondam sur les quatre années à venir, en prenant en compte « *les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées* », le rapport prévoit désormais que soient mieux détaillés « *les facteurs concourant à l'évolution tendancielle de cet objectif ainsi que l'impact attendu des mesures nouvelles* ». Cette évolution sémantique commande l'intégration dans la trajectoire de l'Ondam de l'ensemble des mesures nouvelles, d'ordre législatif ou réglementaire, qui seraient susceptibles d'avoir un impact sur cet objectif, sur le modèle de l'intégration dans les tableaux d'équilibre des comptes des mesures nouvelles ;

– en second lieu, le rapport doit désormais comporter un « compteur des écarts », à savoir une présentation du respect, dans chaque loi de financement de la sécurité sociale, de la trajectoire fixée en dépenses par la loi de programmation des finances publiques en vigueur. À titre d'exemple, le projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, prévoit au II de son article 17 une évolution des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes concourant à

(1) *Projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027 (n° 272), déposé le 26 septembre 2022.*

leur financement – le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) – ne pouvant excéder les montants figurant dans le tableau ci-après.

ÉVOLUTION DES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR LE CHAMP « ROBSS+FSV » (2023-2025)

ROBSS + FSV	2023	2024	2025
En % du PIB	21,8	21,8	21,8
En milliards d'euros courants	601,8	627,3	650,3

Source : *Projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027*

Si ce projet de loi de programmation venait à être adopté, les annexes B des prochains PLFSS ⁽¹⁾ comporteraient sur la période considérée, en l'espèce de 2023 à 2025, un « compteur des écarts » pour la première fois. L'objectif de ce compteur est de renforcer l'information du Parlement quant à la soutenabilité des règles en dépenses retenues en début de période de programmation. Il ne s'agit naturellement pas d'empêcher toute adaptation au cours d'une période pluriannuelle dont l'actualité récente a montré qu'il était difficile d'anticiper l'ensemble des évolutions, mais d'informer annuellement le Parlement sur la nature des écarts enregistrés avec l'objectif fixé initialement, les raisons qui expliquent cet écart et les moyens que compte engager le Gouvernement en vue de le résorber.

Un « compteur des écarts » similaire a également été introduit dans les lois de finances ⁽²⁾. Il permettra une vue d'ensemble du respect des règles en dépense fixées, idéalement, au début de chaque législature.

II. DES PERSPECTIVES CONTRASTÉES ENTRE BRANCHES, MAIS GLOBALEMENT INQUIÉTANTES

A. UNE MAJEURE PARTIE DU DÉFICIT DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES SERAIT PORTÉE PAR L'ASSURANCE VIEILLESSE

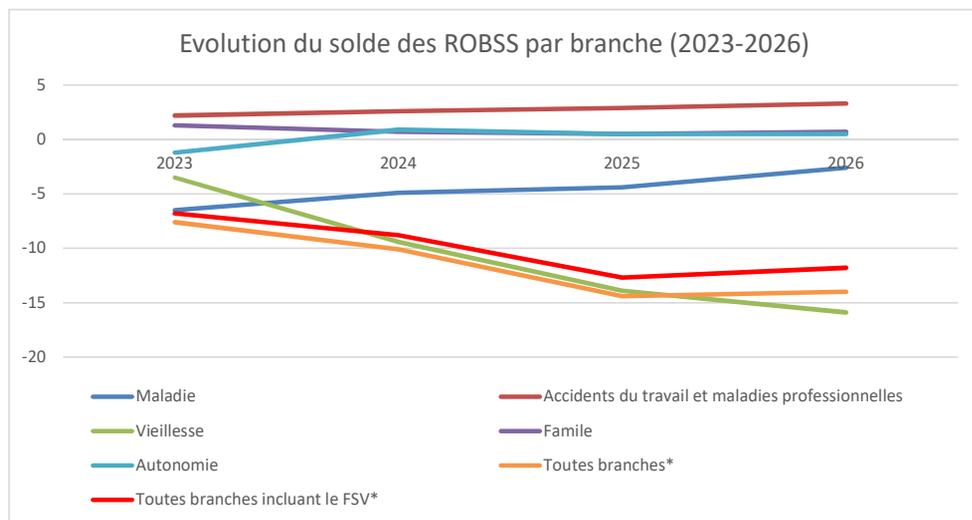
Comme l'ont montré les commentaires des articles 3 et 12, l'exercice de prévisions, dans un contexte macroéconomique particulièrement changeant, est par nature incertain. Les perspectives laissent tout de même apparaître une situation contrastée entre les branches, mais qui conduisent la sécurité sociale à accumuler des déficits plus importants à compter de 2024.

Les comptes des ROBSS, incluant ceux du FSV, sont principalement tirés à la baisse par la branche vieillesse, qui se dégraderaient fortement tout au long de la période pour atteindre près de 16 milliards d'euros de déficit en 2026. Cela correspond à plus de trois fois le déficit atteint par cette même branche en 2020, au

(1) En dépit de l'entrée en vigueur des ajouts à l'annexe B par la loi organique précitée au 1^{er} septembre 2022, l'annexe au présent projet de loi ne comprend pas de « compteur des écarts » en l'absence de loi de programmation des finances publiques qui porte sur l'exercice 2023. Le champ d'application de la précédente loi de programmation des finances publiques (n° 2018-32 du 22 janvier 2018 de programmation des finances publiques pour les années 2018 à 2022) s'arrête en effet à l'exercice 2022.

(2) Article 50 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances modifiée.

moment de la crise sanitaire et de la chute de ses recettes. Ce déficit est principalement causé par une augmentation des dépenses de l'ordre de dix milliards d'euros par an.

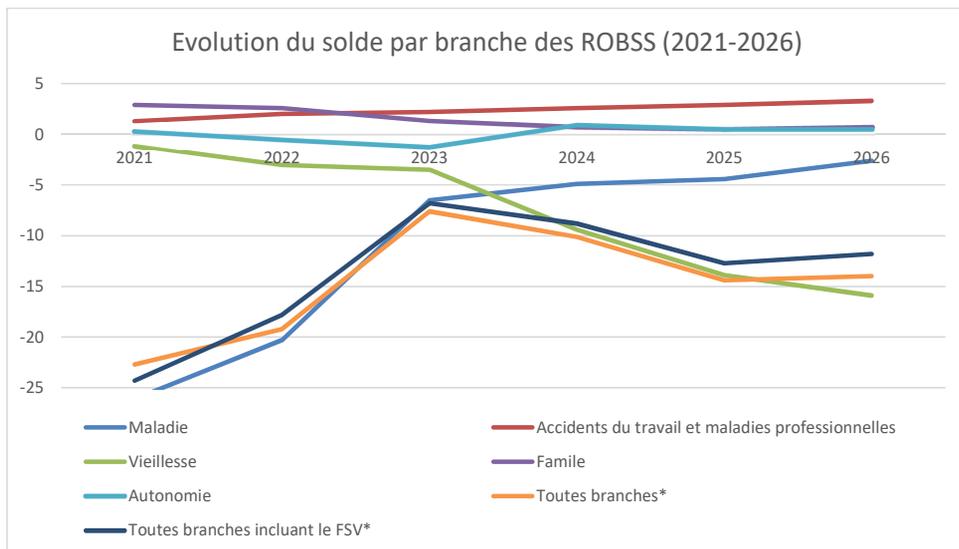


Source : Annexe B au PLFSS 2023.

Les autres branches suivent des trajectoires stables ou atténuent progressivement leurs déficits, à l'instar de la branche maladie dont le déséquilibre se réduirait de 6,5 milliards d'euros en 2023 à 2,6 milliards d'euros en 2026. Les branches autonomie, famille et accidents du travail-maladies professionnelles continueraient d'accumuler des excédents. Au cours de la période 2023-2026, la branche accidents du travail-maladies professionnelles enregistrerait 11 milliards d'euros d'excédents cumulés, la branche famille, 3,2 milliards d'euros et la branche autonomie 700 millions d'euros. Cet ensemble de près de 15 milliards d'euros pèse toutefois peu au regard des seuls déficits que creuserait la branche vieillesse, à hauteur de 42,7 milliards d'euros.

Le Fonds de solidarité vieillesse, quant à lui, connaîtrait une situation de plus en plus excédentaire, pour atteindre un maximum de 2,3 milliards d'euros d'excédents en 2026, agrégeant sur la période 2023-2026 un total de 6,2 milliards d'euros.

Le graphique suivant témoigne de ce que la situation des comptes sociaux se rapprocherait progressivement de leur situation de 2020-2021, au cours de laquelle ils avaient atteint des points bas historiques.



Source : Annexe B au PLFSS 2023.

B. UNE ÉVOLUTION INATTENDUE, EN DÉPIT DE L'INTÉGRATION D'HYPOTHÈSES CONVENTIONNELLES DANS LA TRAJECTOIRE DES COMPTES SOCIAUX

1. Une dégradation des comptes des ROBSS et du FSV beaucoup plus raide qu'attendu

Au regard du tableau ci-après, l'effondrement des comptes est d'autant plus brutal à compter de 2024 que les prévisions de solde pour 2023 se sont avérées largement sous-estimées. En dépit d'un « effet base » de l'ordre de 6 milliards d'euros, soit une situation initiale meilleure qu'anticipé, la trajectoire de l'ensemble des ROBSS et du FSV montre un rapprochement progressif des prévisions en LFSS 2022 et de celles approuvées par le présent article : l'écart se réduirait à 4,1 milliards d'euros en 2024, puis à 0,5 milliard d'euros en 2025, dernière année prévisionnelle en LFSS 2022.

Cette convergence vers le bas tient là encore d'une sous-estimation de la situation de la branche vieillesse, dont le déficit en 2025 devait atteindre 8,5 milliards d'euros selon la LFSS 2022 et qui se monte finalement à 13,9 milliards d'euros selon l'annexe B de cet exercice. Cette dégradation de 5 milliards d'euros, à laquelle s'ajoutent des prévisions moins optimistes que prévu pour la branche famille, est toutefois compensée par l'amélioration des comptes de la branche maladie – de plus de 9 milliards d'euros en 2025. Cette amélioration tient toutefois beaucoup à l'extinction des mesures exceptionnelles pour faire face au covid-19 ; elle reste donc soumise à variation en fonction de la situation sanitaire.

**COMPARAISON DES PERSPECTIVES FINANCIÈRES PLURIANNUELLES
DES ROBSS ET DU FSV**

(en milliards d'euros)

Exercice	LFSS 2022			PLFSS 2023			
	2023	2024	2025*	2023	2024	2025	2026
Maladie	- 13	- 13,7	- 13,7	- 6,5	- 4,9	- 4,4	- 2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	1,8	2,3	2,7	2,2	2,6	2,9	3,3
Vieillesse	- 5	- 6,6	- 8,5	- 3,5	- 9,4	- 13,9	- 15,9
Famille	3,8	4,8	5,7	1,3	0,7	0,5	0,7
Autonomie	- 1,2	1,1	1,2	- 1,2	0,9	0,5	0,5
Toutes branches**	- 13,6	- 12,1	- 12,6	- 7,6	- 10,1	- 14,4	- 14
Toutes branches incluant le FSV**	- 14,7	- 12,9	- 13,2	- 6,8	- 8,8	- 12,7	- 11,8

(*) La loi de financement pour 2022 prévoyait une trajectoire jusqu'à l'année 2025, soit comme habituellement l'année N + 4.

(**) Indépendamment des transferts entre branche.

Source : LFSS 2022 et PLFSS 2023.

L'annulation de l'« effet base » en 2023 est d'autant plus inquiétante que l'annexe B retient cette année les hypothèses conventionnelles du Gouvernement pour la prochaine législature.

2. L'intégration d'hypothèses conventionnelles dans les trajectoires inscrites à l'annexe B

Le rapport dont le présent article porte approbation s'inscrit dans un contexte plus large d'évaluation pluriannuelle des finances publiques. Or, un début de législature est l'occasion de mettre à jour les hypothèses à retenir pour calculer l'évolution pluriannuelle des comptes sociaux.

Si la pratique de l'intégration dans les trajectoires définies par ce rapport a varié au cours des dernières années, force est de constater que l'occasion était d'autant plus belle cette année que deux documents, *a minima*⁽¹⁾, viennent préciser les éléments à intégrer dans les perspectives des comptes sociaux.

(1) D'autres documents peuvent servir de base à une estimation prévisionnelle des comptes sociaux, tels que les rapports de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ou les rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Ces deux documents présentent toutefois des limites à cet égard puisque le premier se concentre sur l'analyse des trajectoires pluriannuelles fournies dans les annexes aux projets de loi de financement tandis que le second porte ses prévisions exclusivement sur l'exercice N + 1.

Pour l'appréciation du sérieux avec lequel ces trajectoires pluriannuelles doivent être envisagées, l'avis du Haut Conseil des finances publiques sur les projets de loi de finance et les projets de loi de financement de la sécurité sociale sont naturellement précieux.

En premier lieu, le programme de stabilité, remis cette année par le Gouvernement plus tard qu’habituellement en raison des élections présidentielles et législatives, définit la trajectoire des comptes de l’ensemble des administrations publiques pour une période donnée – en l’occurrence 2022-2027 ⁽¹⁾. Si les prévisions de croissance ont varié entre juillet 2022, date de remise de ce programme, et le présent projet de loi, les hypothèses relatives à la croissance potentielle sur la période, et donc le rattrapage économique après une année 2023 moins dynamique que prévu, demeurent comparables.

En second lieu, et plus récemment encore, le projet de loi de programmation des finances publiques ⁽²⁾ met à jour les prévisions macro-économiques et précise les hypothèses sur lesquelles le Gouvernement se fonde pour établir la trajectoire des comptes sociaux.

L’objectif de maîtrise des finances publiques, partagé tant par le Gouvernement que par la majorité parlementaire, suppose de respecter à moyen terme nos engagements européens, donc de réduire le déficit de l’ensemble des administrations publiques à un niveau inférieur à 3 % du PIB par le biais d’un redressement de 1,2 % entre 2024 et 2027 du solde structurel ⁽³⁾. Cette évolution suppose une croissance moyenne de la dépense publique en volume de + 0,6 % entre 2022 et 2027, hors effet de l’extinction des mesures d’urgence et de relance ⁽⁴⁾.

Les effets sur les comptes sociaux sont contrastés. La dépense progresse, s’agissant des mesures nouvelles envisagées pour la législature qui s’ouvre : en premier lieu par la création d’un véritable service public de la petite enfance (SPPE), pour un montant conventionnel de 250 millions d’euros pour 2024 et 2025, puis 600 millions d’euros à compter de 2026 ; en second lieu par le recrutement, sur l’ensemble de la législature, de 50 000 infirmiers et aides-soignants dans les établissements d’hébergement pour personnes âgées dépendantes – soit environ 1 milliard d’euros sur la période.

À l’inverse, l’évolution de la dépense doit être maîtrisée par « *la réforme des retraites, la poursuite de la transformation du système de santé, engagée avec le Ségur de la santé, ainsi que le développement de la politique de prévention* » ⁽⁵⁾.

Pour une approche plus sectorielle, les rapports annuels du Conseil d’orientation des retraites, comme celui rendu le 15 septembre 2022, sont particulièrement utiles puisqu’ils prennent également en compte les hypothèses conventionnelles retenues par le Gouvernement.

(1) Consultable ici : https://www.budget.gouv.fr/files/uploads/extract/2022/programme_stabilite/PSTAB%202022.pdf

(2) *Projet de loi précité n° 272 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027.*

(3) *Le solde structurel constitue une notion comptable relativement complexe. Mais elle corrige le solde des finances publiques des effets conjoncturels qui peuvent l’affecter en raison de la situation macro-économique. Notamment, le calcul du solde structurel repose sur la définition du cycle économique et donc de l’écart du PIB effectif au PIB potentiel qui, rapporté au PIB potentiel, est appelé écart de production. Cet indicateur est particulièrement observé par le Haut Conseil aux finances publiques, dans le respect de l’article 23 de la loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 et du Traité européen sur la stabilité, la coordination et la gouvernance du 2 mars 2012.*

(4) *Rapport annexé au projet de loi n° 272 précité.*

(5) *Idem.*

Ces effets contrastés sont repris dans l'annexe B approuvée par le présent article, qui précise que sont intégrés dans les trajectoires présentées :

– s'agissant de la branche autonomie, l'impact positif d'une progression des recettes (affectation de 0,15 point de CSG à compter de l'année 2024), mais aussi le coût résultant de la création des 50 000 nouveaux postes à terme dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ainsi que le financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile ;

– s'agissant de la branche vieillesse, un tendancier particulièrement négatif, notamment au regard de la dégradation du solde de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), en partie compensé par « *l'objectif d'élévation progressive de l'âge effectif de départ sur le quinquennat* » ;

– s'agissant de la branche famille enfin, la prise en compte par les soldes postérieurs à l'exercice 2023 de la « *montée en charge des mesures du quinquennat concernant la branche, s'agissant du complément de mode de garde et du service public de la petite enfance* ».

La rapporteure générale tire de ces analyses la conclusion que, en dépit d'un redressement spectaculaire des comptes sociaux au cours des précédents exercices, la situation de ces derniers a atteint un sommet qui se traduit par un nouveau déficit, certes réduit, pour 2023, avant de se creuser à nouveau progressivement à plus de 10 milliards d'euros. La situation de la branche vieillesse doit attirer spécialement l'attention de tous ceux qui restent attentifs au nécessaire équilibre des comptes sociaux, eu égard à la fois à la part que cette branche représente dans l'ensemble des régimes et à la dégradation rapide de certains régimes en son sein, tels que la CNRACL.

Les perspectives de dégradation des comptes sociaux sur lesquelles s'ouvre cette législature ne sont satisfaisantes pour personne. La rapporteure générale forme le vœu que l'esprit de responsabilité anime les débats autour de ce projet de loi de financement, et notamment autour de ces perspectives pluriannuelles qui éclairent – certes, d'un jour crû – l'Assemblée nationale sur les défis budgétaires qui se présentent pour la protection sociale.

*

* *

**QUATRIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2023**

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

**CHAPITRE I^{ER}
Renforcer les actions de prévention en santé**

Article 16
Protection des populations et des travailleurs face à la covid-19

Adopté par la commission sans modification

Le présent article prévoit de prolonger en 2023 plusieurs mesures exceptionnelles destinées à assurer la protection des Français face aux risques liés à la crise sanitaire. Il permet de déroger aux règles de droit commun – conditions d'ouverture des droits, délai de carence et durée maximale de versement des indemnités – en matière d'indemnités journalières et d'indemnités complémentaires de l'employeur en cas d'isolement lié à une infection par le virus. Il prolonge également la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des consultations et des injections liées à la vaccination contre la covid-19. Enfin, il vise à neutraliser de nouveau les revenus de l'année 2020, si cela est plus favorable, pour le calcul des indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants pour les arrêts débutant à compter du 1^{er} janvier 2023, afin que ceux-ci ne soient pas pénalisés par l'effet de la crise sanitaire sur leur activité. Les dépenses associées au présent article, essentiellement liées aux dispositions en matière d'indemnisation des arrêts de travail, sont estimées à près d'un milliard d'euros en 2023.

I. LA SITUATION ACTUELLE

Depuis le début de la crise sanitaire, de nombreuses mesures exceptionnelles ont été prises pour protéger les Français contre les risques générés par la propagation du virus. Des dérogations au droit commun ont été instaurées sur le fondement des articles L. 16-10-1 du code de la sécurité sociale et L. 1226-1-1 du code du travail qui prévoient la possibilité de prendre en urgence, « *lorsque la protection de la santé publique le justifie, en cas de risque sanitaire grave et exceptionnel, notamment d'épidémie* », et pour une durée maximale d'un an, des mesures réglementaires de « *prise en charge renforcée des frais de santé ainsi que des conditions adaptées pour le bénéfice des prestations en espèce, dérogoires au droit commun* ».

Diverses mesures législatives ⁽¹⁾ et réglementaires ⁽²⁾ ont permis d'assouplir les conditions de versement des indemnités journalières (IJ) et des indemnités complémentaires de l'employeur à l'assuré contraint de s'isoler après avoir été diagnostiqué positif à la covid-19, identifié cas contacts, présenté les symptômes de la covid-19 dans l'attente d'un test de dépistage, placé en quarantaine ou contraint de s'isoler au retour d'un pays à risque ou d'outre-mer, ou encore contraint de garder à domicile son enfant pendant le premier confinement ⁽³⁾. Les indemnités précitées pouvaient être versées sans vérification des conditions d'ouverture de droit ⁽⁴⁾, sans application d'un délai de carence et sans prise en compte des durées maximales de versement de ces indemnités.

Le législateur a également autorisé l'assurance maladie à prendre en charge intégralement certains frais de santé – les injections vaccinales, les consultations liées à la vaccination ⁽⁵⁾, le transport vers les centres de vaccination pour les assurés ne pouvant se déplacer seuls.

S'agissant des travailleurs indépendants, leurs revenus ont pu être fortement affectés par la crise sanitaire et, par voie de conséquence, leurs droits aux indemnités journalières, maladie et maternité également amputés. En effet, ces indemnités sont calculées à partir des revenus des trois dernières années civiles pris en compte pour vérifier le seuil de contributivité ⁽⁶⁾. Les revenus de 2020 sont donc pris en compte pour le calcul des IJ commençant en 2021, 2022 et 2023. Afin de préserver les droits des travailleurs indépendants, un mécanisme neutralisant les revenus de 2020 a été mis en place pour les années 2021 et 2022 ⁽⁷⁾.

(1) Voir notamment l'article 76 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et l'article 96 de la loi n° 2021-1754 du 21 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Les dispositions dérogatoires mises en œuvre en 2022 prolongent celles prévues par le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021.

(3) Dans ce dernier cas, les salariés bénéficiaient de l'activité partielle.

(4) L'assuré peut obtenir un arrêt de travail en ligne sur le site de l'assurance-maladie sur simple déclaration. Le site délivre alors automatiquement une attestation d'isolement qui vaut justificatif d'absence auprès de son employeur. Il s'engage en échange à passer un test covid-19 sous 48 heures. S'il est positif, l'arrêt maladie est confirmé. À défaut, l'assuré doit reprendre le travail le lendemain. Un test positif est indispensable pour être indemnisé.

(5) Téléconsultations, consultations de prévention, consultations initiales d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique réalisée à la suite d'un dépistage positif, consultations de recensement et de contact des personnes ayant été en contact avec un malade en dehors des personnes vivant à son domicile.

(6) Les IJ maladie sont nulles et les IJ maternité sont réduites à 10 % de leur montant lorsque le seuil de contributivité n'est pas atteint. Celui-ci est fixé à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 4 114 euros.

(7) Article 4 de la loi n° 2021-1040 du 5 août 2021 relative à la gestion de la crise sanitaire et article 96 de la loi n° 2021-1754 du 21 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article prévoit de prolonger, au-delà du 31 décembre 2022 et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2023 **(IV)**, plusieurs mesures dérogatoires au droit commun demeurant essentielles dans la lutte contre l'épidémie ⁽¹⁾. Il s'agit de :

– maintenir la possibilité de verser aux assurés relevant du régime général, y compris les indépendants, ou des régimes agricoles, et ne pouvant continuer à travailler à distance, des **IJ** et des indemnités complémentaires de l'employeur selon des conditions dérogatoires en cas de contamination par la covid-19 établie au moyen d'un test virologique – PCR ou antigénique ⁽²⁾ **(III)**. Ces aménagements portent sur les conditions d'ouverture des droits (nombre minimum d'heures de travail, période minimale d'affiliation, montant minimal de cotisation), le délai de carence qui demeure suspendu – un ou trois jours dans les secteurs public ou privé pour les **IJ** ; sept jours pour le complément employeur – et les durées maximales de versement des indemnités. L'arrêt de travail est établi directement par l'assurance maladie après une déclaration en ligne par l'assuré. La condition d'ancienneté d'un an n'est pas requise s'agissant du complément employeur ;

– prendre en charge intégralement les consultations pré-vaccinales et de vaccination contre le SARS-CoV-2 de même que les frais liés à l'injection du vaccin, de façon à exonérer l'assuré de toute participation financière pour ces actes **(III)**. Cette prise en charge sera assortie d'une obligation de dispense d'avance de frais et de l'interdiction de pratiquer un dépassement d'honoraires. Le dispositif n'inclut en revanche pas la prise en charge intégrale du transport vers les centres de vaccination pour les assurés ne pouvant se déplacer seuls ou encore de certaines consultations différentes de celles précitées ;

– neutraliser de nouveau les revenus de l'année 2020, si cela est favorable à l'assuré, dans le calcul des indemnités journalières maladie et maternité des travailleurs indépendants pour les arrêts de travail débutant entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2023, afin que ces personnes ne soient pas pénalisées par l'effet de la crise sanitaire sur leur activité **(I)**.

Les dépenses associées au présent article sont estimées à 957 millions d'euros en 2023 sur la base des dépenses observées depuis le début de la crise sanitaire. Elles sont liées essentiellement aux coûts induits par les dérogations en matière d'indemnisation des arrêts de travail, soit 883 millions d'euros ⁽³⁾. De manière beaucoup plus marginale, la prise en charge intégrale des actes liés à la vaccination est estimée à 54 millions d'euros et la neutralisation des revenus de l'année 2020 dans le calcul des indemnités journalières des travailleurs indépendants à 20 millions d'euros.

(1) Ces mesures figurent actuellement dans le décret n° 2021-13 du 8 janvier 2021.

(2) Les personnes simplement identifiées comme contacts n'étant plus soumises à l'isolement, elles seront exclues des arrêts maladie dérogatoires en 2023.

(3) Cette estimation pour 2023 correspond à l'évaluation des dépenses pour 2022. Celles-ci se sont élevées en 2020 et 2021 respectivement à 1,6 milliard d'euros (dont 960 millions d'euros au titre des **IJ** pour garde d'enfants lors du premier confinement) et 238 millions d'euros.

Article 17

Mettre en place des rendez-vous « prévention » à certains âges clés

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article prévoit l'instauration de trois rendez-vous « prévention » à différents âges de la vie (20-25 ans, 40-45 ans et 60-65 ans), qui viendraient s'ajouter à la consultation de santé sexuelle existante pour les jeunes adultes et à la consultation de prévention de la dépendance pour les personnes de plus de 70 ans. Outre la promotion d'un mode de vie sain (alimentation, activité physique), ces consultations permettront un point global sur l'état de santé physique et mental des patients et sur les enjeux de santé associés à chaque âge de la vie. Le dispositif devrait monter en charge progressivement. Son coût passerait de 13 à 39 millions d'euros annuels entre 2023 et 2025.

I. LES RENDEZ-VOUS DE PRÉVENTION EXISTANTS

Plusieurs consultations de prévention existent actuellement.

Jusqu'à leurs 16 ans, les enfants bénéficient de vingt examens médicaux intégralement pris en charge par l'assurance maladie sans avance de frais (hors dépassements d'honoraires) afin d'assurer le suivi de leur croissance. Ces examens peuvent être assurés par un médecin généraliste ou un pédiatre en cabinet libéral, en centre de santé ou, jusqu'à 6 ans, en protection maternelle et infantile (PMI). Les enfants, les adolescents et les jeunes adultes peuvent par ailleurs bénéficier de programmes de prévention bucco-dentaire entièrement pris en charge.

La consultation de prévention en santé sexuelle, désormais destinée aux femmes mais également aux hommes de moins de 26 ans et non plus seulement aux mineurs, permet d'aborder la sexualité, la contraception, les infections sexuellement transmissibles et la vaccination. Cette consultation est prise en charge à 100 % ⁽¹⁾.

En outre, un examen de prévention en santé (EPS) – anciennement appelé bilan de santé gratuit – est proposé aux assurés du régime général. Entièrement pris en charge par l'assurance maladie, l'EPS peut être effectué sur le territoire national dans un réseau de 85 centres d'examen de santé (CES). Il est destiné en priorité aux personnes de plus de 16 ans éloignées du système de santé et en situation de précarité, qui ne bénéficient pas d'un suivi régulier par un médecin traitant. L'EPS comprend une information sur les droits en santé, le parcours de soins, les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, des temps d'échanges avec les professionnels sur différentes thématiques (addictions, bien-être, vie affective et

(1) Outre la consultation de prévention en santé sexuelle, les jeunes femmes de moins de 26 ans peuvent bénéficier notamment, sans avance de frais (hors dépassements d'honoraires), d'une consultation de suivi par un médecin ou une sage-femme lors de la première année d'accès à la contraception, et d'une consultation annuelle, à partir de la deuxième année d'accès à la contraception, également avec un médecin ou une sage-femme, en vue d'une prescription de contraception ou d'examen biologiques en lien avec la contraception.

sexuelle, activité physique). Il peut donner lieu à des examens et à des actions de dépistage.

Les caisses de retraite et d'assurance maladie ont mis en place au cours des dernières années des actions de prévention de la perte d'autonomie dans un cadre interrégime (Caisse nationale de l'assurance maladie, Caisse nationale d'assurance vieillesse, Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, Agirc-Arrco) pour accompagner les jeunes retraités et prévenir la perte d'autonomie. Depuis 2020, des rendez-vous de prévention pour les jeunes retraités s'inscrivent dans une démarche d'évaluation globale (audition, vision, nutrition, locomotion, cognition, santé mentale). Ces rendez-vous s'adressent en priorité aux personnes en retraite depuis 6 à 18 mois et en situation de vulnérabilité – éloignement des soins, précarité, isolement.

Enfin, les personnes de plus de 70 ans peuvent bénéficier d'une consultation de prévention de la dépendance.

II. LA MESURE PROPOSÉE

A. LES OBJECTIFS

Il est proposé de mettre en place trois rendez-vous « prévention » à différents âges de la vie, qui viendraient s'ajouter à la consultation de santé sexuelle pour les jeunes adultes et à la consultation de prévention de la dépendance pour les personnes de 70 ans. Outre la promotion d'un mode de vie sain (alimentation, activité physique), ces consultations permettront un point global sur l'état de santé physique et mental des patients et sur les enjeux associés à chaque âge de la vie.

- S'agissant des rendez-vous à 20-25 ans, il s'agit de prévenir les conduites à risques et les cancers en luttant contre les addictions et en favorisant une bonne hygiène de vie. Ce sera également l'occasion de vérifier les rappels de vaccination ainsi que, pour les femmes, de renforcer la prévention des cancers du sein et du col de l'utérus. Le rendez-vous complétera la consultation de prévention en santé sexuelle et du dispositif de prévention bucco-dentaire.

- Les rendez-vous à destination des 40-45 ans auront pour objectif de prévenir l'apparition de maladies chroniques comme le diabète et les maladies cardio-vasculaires ainsi que des cancers grâce à une évaluation systématique des facteurs de risque métabolique tout en délivrant une information sur les symptômes d'alerte de l'AVC, de l'infarctus et d'autres risques courus à cet âge. Cette évaluation pourra être complétée, le cas échéant, par une consultation de prévention des principaux facteurs de risque et par la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée.

- Enfin, les rendez-vous à 60-65 ans viseront à prévenir la perte d'autonomie et à détecter des maladies fréquentes à cet âge. Ces consultations s'adresseront en priorité aux personnes à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socio-économiques et de leur consommation de soins. L'étude

d'impact ambitionne de couvrir 100 000 personnes en 2023, 200 000 en 2024 et 300 000 en 2025, en consacrant juridiquement les rendez-vous de prévention jeunes retraités précédemment évoqués.

B. LE DISPOSITIF LÉGISLATIF

Le présent article consacre au niveau législatif le droit pour chaque adulte de bénéficier de « *mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des rendez-vous de prévention proposés aux assurés à certains âges* ». Ces rendez-vous pourront donner lieu à des « *consultations de prévention et à des séances d'information, d'éducation pour la santé, de promotion de la santé et de prévention* » (2° du I)⁽¹⁾. Le nombre et la périodicité de ces rendez-vous au cours de la vie seront précisés par voie réglementaire (3° du I).

Tout professionnel de santé, les établissements de santé et les établissements médico-sociaux, le service de santé des armées et tous autres organismes de soins ou de prévention, les services de prévention et de santé au travail, de santé scolaire et universitaire et de protection maternelle et infantile pourront concourir, dans des limites fixées par voie réglementaire, aux rendez-vous de prévention et aux consultations et séances précitées (4° du I).

Les « *consultations de prévention des maladies chroniques destinées aux personnes de 40 à 45 ans* » ainsi que la « *consultation unique de prévention des cancers et des addictions* » pour les assurés ayant entre 20 et 25 ans seront intégralement prises en charge par l'assurance maladie selon la nouvelle version de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale (II).

Les modalités d'information des personnes concernées aux trois âges clefs, ainsi que les conditions de mise en œuvre de ces rendez-vous, seront déterminées dans le cadre des négociations conventionnelles.

La rapporteure générale se réjouit de cette mesure qui figurait parmi les propositions du programme présidentiel. Elle permettra d'améliorer la santé des Français et en particulier des plus éloignés du système de santé.

C. LE COÛT DE LA MESURE

La mise en place des trois rendez-vous prévention coûterait à l'assurance maladie 13 millions d'euros en 2023, 26 millions d'euros en 2024 et 39 millions d'euros en 2025. Le dispositif monterait progressivement en charge avec un taux de recours de 15 % la première année, puis 30 % et 45 % les deux années suivantes en ce qui concerne les rendez-vous prévention à 20-25 ans et 40-45 ans.

(1) *Nouvel article L. 1411-6-2 du code de la santé publique. La modification opérée à l'article L. 1411-6 du même code (1° du I) permet de distinguer les rendez-vous prévention des consultations de dépistage thématiques (saturnisme, surdité, etc.) visés par ce même article.*

Article 18

Élargir le remboursement des dépistages sans ordonnance aux infections sexuellement transmissibles autres que le VIH et assurer leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans

Adopté par la commission sans modification

Alors que la LFSS 2022 a permis la prise en charge complète du dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) par sérologie sans prescription médicale, cet article vise à élargir le dépistage sans ordonnance aux autres infections sexuellement transmissibles (IST) et leur prise en charge à 100 % pour les moins de 26 ans. Le coût de cette mesure est estimé à 6 millions d'euros par an.

Les infections sexuellement transmissibles (IST) sont dues à des bactéries, virus et parasites. Elles se transmettent par voie sexuelle. Parmi les huit IST les plus fréquentes, on dénombre :

– quatre maladies bactériennes ou parasitaires que sont la syphilis, la gonococcie, la chlamydie et la trichomonase, qui peuvent être guéries lorsqu'elles sont diagnostiquées ;

– quatre infections virales que sont l'hépatite B, l'herpès génital, le VIH et le papillomavirus humain (VPH), qui sont difficiles ou impossibles à guérir.

La lutte contre les IST constitue un enjeu majeur de santé publique. Aussi le ministère de la santé a-t-il défini une stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030, déclinée dans la feuille de route 2021-2024. Le présent article s'inscrit dans ce cadre. Il a pour ambition de faciliter le dépistage des IST autres que le VIH.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. UNE RECRUESCENCE DES INFECTIONS BACTÉRIENNES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

La fréquence des IST est en augmentation en France depuis plusieurs années, sauf pour le VIH pour lequel le nombre annuel de découvertes de séropositivité est stable depuis 2007. Le nombre des IST bactériennes en particulier connaît une recrudescence.

Ainsi le nombre de diagnostics d'infection à *Chlamydia trachomatis*⁽¹⁾ a-t-il augmenté de 29 % entre 2017 et 2019. Cette progression est davantage marquée

(1) *Chlamydia trachomatis* est une bactérie responsable de l'une des infections sexuellement transmissibles (chlamydie) les plus très fréquentes. L'infection ne provoque aucun symptôme dans 60 % à 70 % des cas, ce qui facilite sa transmission. Non traitée, elle peut avoir des conséquences sur la santé à long terme, plus sévères chez les femmes (atteinte inflammatoire pelvienne, salpingite, grossesse extra-utérine, infertilité) que chez les hommes, qui ne présentent en général qu'une urétrite. En France, en 2016, plus de 276 000 personnes ont été diagnostiquées pour une infection à *Chlamydia* selon l'assurance-maladie. En une décennie, le nombre d'IST à *Chlamydia* a triplé.

chez les femmes de 15 ans à 24 ans (+ 41 %) et chez les hommes de 15 ans à 29 ans (+ 45 %). Le nombre de diagnostics de gonococcie ⁽¹⁾ est en hausse de 21 % sur cette même période. Les IST bactériennes sont notamment responsables, en l'absence de traitement et donc de dépistage, de grossesses extra-utérines et de stérilité.

Il convient de noter que le nombre de dépistages pour les IST bactériennes (*Chlamydia trachomatis* et gonococcie) a fortement diminué pendant la crise sanitaire, notamment en raison des fermetures partielles ou totales pendant le premier confinement des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGiDD) ⁽²⁾. En 2020, sur 2,3 millions de personnes de 15 ans et plus testées au moins une fois pour une infection à *Chlamydia trachomatis*, 124 000 cas ont été diagnostiqués positifs ⁽³⁾.

Les tarifs applicables à ces dépistages varient en fonction du nombre de prélèvements, entre un et trois sites selon les pratiques sexuelles (prélèvements d'urine, au niveau de l'anus ou de la gorge) : 22,95 euros pour un site (dont 14 euros pour l'assurance maladie) contre 31,50 euros pour trois sites (dont 19 euros pour l'assurance maladie).

B. UNE PRISE EN CHARGE DES DÉPISTAGES SUR PRESCRIPTION MÉDICALE

Les dépistages des IST ne peuvent être actuellement pris en charge par l'assurance maladie que sur prescription médicale. L'article L. 162-13-2 du code de la santé publique prévoit qu'un « *examen de biologie médicale réalisé à la demande du patient ne fait pas l'objet d'un remboursement* ».

Toutefois, l'article 77 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a généralisé l'expérimentation « Au labo sans ordo » qui permet la prise en charge du dépistage sans ordonnance du VIH sans condition d'âge (dispositif VIH-Test). À titre dérogatoire, « *les examens de biologie médicale relatifs au dépistage sérologique de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine réalisés à la demande du patient en laboratoire de biologie médicale sont remboursés* » ⁽⁴⁾.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article poursuit deux finalités : permettre le remboursement du dépistage d'autres IST que le VIH sans ordonnance et leur prise en charge intégrale

(1) La gonococcie – ou gonorrhée - est une IST due au gonocoque qui se manifeste sous la forme d'une uréthrite chez l'homme. Chez la femme, seuls 30 % des cas sont symptomatiques : la gonococcie est responsable d'une vaginite souvent associée à des brûlures urinaires.

(2) Environ – 30 % en 2020 contre – 6 % en laboratoires privés.

(3) Santé publique France, Surveillance du VIH et des IST bactériennes, décembre 2021.

(4) Article L. 162-13-2 précité, alinéa 2.

pour les moins de 26 ans, sur le modèle de la prise en charge intégrale par l'assurance maladie, sans condition d'âge, des dépistages par sérologie du VIH réalisés en laboratoire sans prescription médicale depuis le 1^{er} janvier 2022.

- Le 1^o modifie l'article L. 162-13-2 du code de la santé publique afin d'ouvrir la possibilité de prendre en charge les dépistages sans ordonnance « *des infections sexuellement transmissibles dont la liste est fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale* ». Il s'agirait en particulier des infections à *Chlamydia trachomatis* et gonocoque, qui représentent une part très importante des IST. L'arrêté devra préciser les modalités de réalisation des dépistages en fonction de l'épidémiologie des maladies concernées et des recommandations de la Haute Autorité de santé.

Le 2^o modifie l'article L. 160-14 du même code pour limiter ou supprimer la participation des assurés, le cas échéant sous condition d'âge, aux frais liés au dépistage d'autres IST que le VIH. Comme l'indique l'exposé des motifs, il s'agit de prendre en charge intégralement les dépistages des assurés de moins de 26 ans, conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé ⁽¹⁾.

- La rapporteure générale se félicite de cette mesure qui facilitera l'accès au dépistage des IST des plus jeunes, dont la situation socio-économique a été fragilisée avec la crise et pour qui la consultation préalable du médecin traitant peut constituer un frein. Cette évolution devrait inciter les populations les moins enclines à réaliser des dépistages – les hommes ayant des relations sexuelles avec des femmes – à se faire dépister, comme l'a montré la généralisation de la prise en charge des dépistages du VIH sans ordonnance.

- Le coût du dispositif est évalué à 6 millions d'euros par an après déduction de 2,7 millions d'économies issues des consultations médicales évitées, dont le nombre est estimé à 160 000.

*

* *

(1) Voir notamment les recommandations d'octobre 2018 de la HAS : celle-ci préconise un dépistage systématique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les femmes de 15 à 25 ans sexuellement actives.

Article 19

Renforcer l'accès effectif à la contraception en élargissant aux majeures la prise en charge intégrale de la contraception d'urgence en pharmacie sans prescription médicale

Adopté par la commission avec modifications

Cet article prévoit la délivrance gratuite, sans prescription médicale, de la contraception d'urgence à toutes les femmes sans condition d'âge. Cette mesure, qui figure parmi les actions de la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2023. Son coût est estimé à 16 millions d'euros par an.

I. 90 % DES CONTRACEPTIONS D'URGENCE NE SONT PAS PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE-MALADIE

La pilule de contraception d'urgence (PCU) constitue un outil essentiel pour prévenir les grossesses non désirées ⁽¹⁾. Elle peut être délivrée en pharmacie sans prescription pour toutes les femmes depuis 1999. Toutefois, les modalités de prise en charge par l'assurance maladie et, le cas échéant, les complémentaires santé, diffèrent selon l'âge des femmes. Elle est prise en charge à 100 % sans prescription médicale par l'assurance maladie pour les mineures et, sur prescription médicale uniquement, à 100 % pour les moins de 26 ans et 65 % pour les plus de 26 ans ⁽²⁾.

L'obligation de présenter une prescription médicale pour les femmes majeures conduit à un défaut de prise en charge de la contraception d'urgence par l'assurance maladie dans neuf cas sur dix. Sur 5,9 millions de boîtes de contraception d'urgence vendues en pharmacie à un prix moyen de 4,52 euros ⁽³⁾, seules 540 000 boîtes ont été remboursées en 2019 aux femmes majeures –et 55 000 boîtes pour les mineures.

Or, la pilule de contraception d'urgence est d'autant plus efficace qu'elle est prise rapidement après un rapport sexuel non protégé. Bien que financièrement accessible à la plupart des femmes, l'absence de prise en charge peut constituer un frein pour les plus précaires d'entre elles comme la Haute Autorité de santé (HAS) l'a souligné ⁽⁴⁾, qui plus est dans un contexte où l'accès à un médecin en urgence devient de plus en plus délicat.

(1) Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse reste à un niveau élevé avec un taux de recours de 14,9 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2020.

(2) Sa délivrance gratuite peut également se faire dans le cadre d'accès à des structures spécifiques pour des populations données : dans les centres de santé sexuelle (ex-CPEF), dans les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), dans les établissements d'enseignement du second degré auprès des infirmeries scolaires et dans les services de santé universitaire (SSU).

(3) Le coût de la contraception d'urgence varie souvent entre 3,36 euros et 7,05 euros mais peut atteindre jusqu'à 13 euros.

(4) Haute autorité de santé, Contraception d'urgence : prescription et délivrance à l'avance, avril 2013.

II. UNE PRISE EN CHARGE INTÉGRALE DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE POUR TOUTES LES FEMMES

Le présent article prévoit la gratuité de la délivrance sans prescription médicale de la contraception d'urgence à toutes les femmes. Il complète à cet effet l'article L. 5134-1 du code de la santé publique (I) et modifie l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale (II) qui prévoit les cas dans lesquels les assurés peuvent être exonérés de participation.

Cette mesure, qui compte parmi les actions de la feuille de route 2021-2024 de la stratégie nationale de santé sexuelle, entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2023 (III). La rapporteure générale tient à saluer cette mesure phare du PLFSS qui facilitera l'accès de toutes les femmes à la pilule de contraception d'urgence tout en libérant du temps médical.

Le coût de la mesure est estimé à 16 millions d'euros par an. Cette évaluation tient compte des dépenses supplémentaires liées à la prise en charge à 100 % de toutes les pilules de contraception d'urgence mais aussi des économies effectuées grâce aux consultations médicales évitées (8,9 millions d'euros). En revanche, elle ne prend pas en compte les économies issues des interruptions volontaires de grossesse évitées, dont il est difficile d'apprécier le volume.

*

* *

Article 20

Permettre aux pharmaciens, infirmiers et aux sages-femmes de prescrire des vaccins

Adopté par la commission sans modification

Suivant les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), le présent article vise à élargir le nombre de professionnels de santé habilités à prescrire les vaccins du calendrier des vaccinations (sages-femmes, infirmiers, pharmacies, laboratoires de biologie médicale) afin d'améliorer la couverture vaccinale de la population.

Compte tenu des écarts entre les coûts de prescription/administration par un médecin d'une part et par les pharmaciens d'autre part, cette mesure devrait permettre de réaliser environ 12 millions d'euros d'économies chaque année durant la période 2023-2025 tout en facilitant l'accès à la vaccination, en particulier dans les zones sous-dotées en médecins.

I. LA SITUATION ACTUELLE

● Outre les médecins, certains professionnels de santé disposent des compétences de prescription et d'administration des vaccins. C'est en particulier le cas des sages-femmes, dont les compétences en la matière sont limitées aux femmes (vaccins contre la rubéole, le tétanos, la diphtérie, la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, la grippe, la rougeole, les oreillons, le papillomavirus humain, le méningocoque C et la varicelle), aux nouveau-nés (BCG, hépatite B) et aux personnes de l'entourage de l'enfant ou de la femme enceinte en vue de protéger l'enfant pendant la période postnatale (rubéole, rougeole, oreillons, tétanos, diphtérie, poliomyélite, coqueluche, hépatite B, grippe, infections invasives à méningocoque C, infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b) ⁽¹⁾.

Les pharmacies d'officine peuvent quant à elles, d'une part, administrer certains vaccins, dès l'âge de 16 ans (DTP, coqueluche, HPV, pneumocoque, hépatites A et B, méningocoques A, B, C, Y et W, rage) et, d'autre part, procéder à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnes majeures ciblées et non ciblées par les recommandations et des mineurs de 16 ans et plus ciblées par les recommandations, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réactions allergiques sévères à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure. Dans le cadre de leurs compétences de droit commun, les pharmaciens d'officine ne prescrivent donc aujourd'hui aucun vaccin, puisque les vaccins contre la grippe saisonnière qu'ils délivrent et peuvent administrer depuis 2019 ne sont pas soumis à prescription médicale obligatoire ⁽²⁾.

Les infirmiers peuvent administrer, sur prescription médicale, l'ensemble des vaccins sans limite d'âge et, pour les 16 ans et plus et les adultes, différents

(1) Article L. 4151-2 du code de la santé publique.

(2) Source : direction de la sécurité sociale.

vaccins (DTP, coqueluche, HPV, pneumocoque, hépatites A et B, méningocoques A, B, C, Y et W, rage) sans prescription de l'acte d'injection par un médecin mais sur prescription du produit. En outre, ils peuvent procéder à la vaccination contre la grippe saisonnière des personnes majeures ciblées et non ciblées par les recommandations, et des mineurs de 16 ans et plus ciblés par les recommandations, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réactions allergiques sévères à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure.

Les professionnels de santé exerçant en pharmacie à usage intérieur et en laboratoire d'analyse médicale n'exercent pas de compétence vaccinale dans le cadre de l'activité de droit commun dans ces structures ⁽¹⁾.

Il est à noter que la pratique vaccinale a largement été étendue durant la crise sanitaire puisque les pharmaciens, les sages-femmes, les infirmiers mais aussi les étudiants en santé (infirmiers, en médecine, pharmacie, odontologie et maïeutique), avec un niveau d'étude variable selon les professions, ont pu prendre une part active à la campagne de vaccination contre la covid-19.

● La Haute Autorité de santé (HAS) a recommandé au cours du premier semestre 2022 d'élargir les compétences des pharmaciens d'officine, des infirmiers et des sages-femmes en matière de prescription et d'administration des vaccins du calendrier vaccinal pour l'ensemble des publics, à l'exception de la prescription des vaccins vivants pour les personnes immunodéprimées ⁽²⁾. Elle rappelle que « *la complexité du parcours vaccinal constitue un frein majeur à la vaccination. La simplification de ce parcours en permettant notamment aux professionnels de santé autre que les médecins, tels que les infirmiers, pharmaciens et sages-femmes, de prescrire et d'administrer les vaccins, [fait] partie intégrante des solutions recommandées et mises en œuvre par les pouvoirs publics.* » ⁽³⁾

Par conséquent, d'une part, les compétences d'administration des vaccins des pharmaciens d'officine et des infirmiers et, d'autre part, la compétence de prescription et d'administration des vaccins des sages-femmes pour les personnes de 16 ans et plus ont été élargies par deux décrets et quatre arrêtés ministériels le 21 avril 2022, à champ législatif constant.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article tire les conséquences des recommandations précitées de la HAS au niveau législatif.

● Le I opère plusieurs modifications dans le code de la santé publique afin d'autoriser de nouvelles catégories de professionnels de santé à prescrire, dans des

(1) Source : direction de la sécurité sociale.

(2) Recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) du 27 janvier 2022 pour les personnes de 16 ans et plus, complétées le 23 juin 2022 pour les personnes de moins de 16 ans.

(3) HAS, Élargissement des compétences en matière de vaccination des infirmiers, des pharmaciens et des sages-femmes, juin 2022.

conditions déterminées par décret en Conseil d'État ⁽¹⁾, certains vaccins dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la HAS et de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Il s'agit d'une part des infirmiers (2° et 3°), des pharmacies à usage intérieur pour les personnes prises en charge par la structure dont elles relèvent et des personnels exerçant au sein de cette dernière (5°) et de certains laboratoires de biologie médicale (6 et 7°).

La rédaction des articles relatifs aux compétences en matière de prescription et d'administration des vaccins des sages-femmes (1°) et des pharmacies d'officine (4°) est harmonisée, étant précisé qu'il est envisagé de ne plus limiter au niveau de la loi ces compétences des sages-femmes aux seules femmes, enfants et entourage de ces derniers ; le public cible sera précisé par voie réglementaire. Il est également proposé de prévoir un avis de la HAS sur la liste des vaccins prescrits et administrés, comme pour les autres professionnels de santé.

Des mesures de coordination sont prévues par le **II** dans le code de la sécurité sociale afin de permettre la tarification d'honoraires et le remboursement par l'assurance maladie de cette nouvelle compétence de prescription par les laboratoires de biologie médicale et les pharmaciens d'officine ⁽²⁾.

● Il est précisé dans l'étude d'impact que la liste des vaccins qui sera fixée par voie réglementaire concerne « *tous les vaccins du calendrier des vaccinations recommandés ou obligatoires (sauf la leptospirose), à l'exception de la prescription des vaccins vivants pour les personnes immunodéprimées quel que soit leur âge qui reste réservée aux médecins selon les recommandations de la HAS* ». En dehors de ces cas, il est prévu d'inclure les mineurs de 2 à 16 ans dans le cadre des nouvelles compétences de prescription et d'administration de ces professionnels de santé.

Ainsi, l'adoption du présent article devrait permettre de simplifier le parcours vaccinal des assurés et leur offrir plus d'opportunités de vaccinations, en évitant les allers-retours entre les cabinets médicaux (prescription et injection des vaccins) et les pharmacies (délivrance des vaccins).

Il est également indiqué par le Gouvernement que la compétence de prescription des infirmiers, des pharmaciens d'officine, des pharmaciens à usage intérieur et des biologistes médicaux sera conditionnée au suivi préalable d'une formation certifiante en vaccinologie dont les modalités seront fixées par voie réglementaire.

● Le présent article devrait permettre à l'assurance-maladie d'économiser au moins 12 millions d'euros par an sur la période 2023-2025, compte tenu en particulier des écarts entre les coûts de prescription/administration par les pharmaciens (9,60 euros) et les médecins (25 euros) pour l'assurance maladie. Le Gouvernement et l'assurance maladie anticipent une rapide montée en charge du

(1) Simple décret pour les sages-femmes.

(2) Articles L. 162-13-4 et L. 162-16-1.

dispositif : 30 % des vaccins seraient prescrits par les pharmaciens dès 2023 et 44 % en 2025, contre respectivement 70 % et 56 % pour les médecins.

● La rapporteure générale se félicite de cette mesure qui permettra de faciliter l'accès à la vaccination du plus grand nombre.

*

* *

CHAPITRE II Renforcer l'accès aux soins

Article 21 **Exonération de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers**

L'article 21 instaure une exonération totale de ticket modérateur sur les transports sanitaires urgents pré-hospitaliers, prenant acte de la complexité excessive du système de prise en charge actuel et des situations inéquitables auxquelles il aboutit.

Cette exonération a vocation à être compensée par un rehaussement du ticket modérateur acquitté sur les transports sanitaires programmés. Le poids en sera très largement supporté par les complémentaires santé, elles-mêmes bénéficiaires du présent article.

L'opération a ainsi vocation à être globalement neutre pour les finances des assurés sociaux et de la sécurité sociale, ainsi que pour les complémentaires santé, dont le montant global de prestations prises en charge resterait sensiblement le même.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LES ACTEURS DU TRANSPORT URGENT PRÉ-HOSPITALIER

Le transport urgent pré-hospitalier est une composante de l'aide médicale urgente (AMU), dont l'objet est, en vertu de l'article L. 6311-1 du code de la santé publique, « *de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ».

L'aide médicale urgente relève de la responsabilité des unités du service d'aide médicale urgente (Samu), qui sont des composantes des établissements de santé.

Cependant, ces unités bénéficient du concours de plusieurs autres acteurs, notamment pour mettre en œuvre le transport urgent pré-hospitalier. Selon les termes de l'article L. 6311-2, ces acteurs ont pour mission d'« *assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix* ».

Concrètement, ces acteurs sont :

– les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur), structures hospitalières qui interviennent quand l'état d'un patient requiert une prise en charge médicale et de réanimation ;

– les services d'incendie et de secours (SIS), au titre de leur mission de « *secours et de soins aux personnes, ainsi que leur évacuation* », prévue à l'article L. 1424-2 du code général des collectivités territoriales ;

– et les transporteurs sanitaires privés, dans le cadre d’une garde ambulancière dont les contours ont été redéfinis par le décret n° 2022-631 du 22 avril 2022 ⁽¹⁾.

B. APPLIQUÉ AUX TRANSPORTEURS SANITAIRES PRIVÉS, LE TICKET MODÉRATEUR EST SOURCE DE COMPLEXITÉ ET D’INÉQUITÉ

Le transport urgent pré-hospitalier est intégralement pris en charge par la collectivité lorsqu’il est effectué par les Smur ou les SIS, soit sur les dotations versées aux établissements par les agences régionales de santé au titre des missions d’intérêt général (MIG), soit sur le budget propre des SIS.

En revanche, lorsque le Samu fait appel à des transporteurs sanitaires privés, donc à des ambulances, les dépenses ne sont prises en charge par l’assurance maladie obligatoire qu’à hauteur de 65 %. Un ticket modérateur représentant 35 % du montant du transport reste ainsi à la charge de la personne transportée. L’étude d’impact annexée au présent projet de loi indique que cela représente un montant moyen de 36 € par personne et par trajet. En pratique, ce montant est très souvent pris en charge intégralement par les complémentaires santé, 92 % de la population étant couverte par des contrats santé dits « responsables ». Des motifs d’exonération du ticket modérateur existent par ailleurs, notamment pour un transport en lien avec une affection de longue durée (ALD).

Ce ticket modérateur n’est pas neutre pour autant pour les patients. En effet, l’étude d’impact indique qu’il est très compliqué, pour les transporteurs sanitaires, de parvenir à reconstituer la situation médicale et administrative des patients, *a fortiori* dans un contexte d’urgence. Ainsi, le processus de facturation est considérablement alourdi par la nécessité de clarifier les droits du patient (exonérations éventuelles, détention d’un contrat complémentaire...). Il en découle parfois une difficulté à pratiquer le tiers payant, des erreurs de facturation, ainsi que des délais préjudiciables aux transporteurs.

L’étude d’impact souligne aussi que cela entraîne une situation inéquitable pour les patients, qui se voient appliquer un reste à charge seulement lorsqu’ils sont transportés par une ambulance, « *alors même que ce n’est pas l’assuré qui est à l’origine du choix du transporteur, mais le Samu* ».

Votre rapporteure estime que ces différents arguments méritent d’être pris en compte dans le contexte que nous connaissons. En effet, les difficultés économiques rencontrées par le secteur des transports sanitaires sont à l’origine de carences ambulancières qui se sont multipliées au cours des dernières années ⁽²⁾, avec pour conséquence une mobilisation fréquente des SIS en dehors du cadre de leurs missions propres. Dans ce contexte, le choix du transporteur n’est pas toujours

(1) Décret n° 2022-621 du 22 avril 2022 relatif aux actes de soins d’urgence relevant de la compétence des sapeurs-pompiers.

(2) Cf. rapport de la mission d’information sur les transports sanitaires présenté par M. Julien Borowczyk et Mme Josiane Corneloup (n° 5044, 16 février 2022).

lié à l'état du patient. De surcroît, il importe de renforcer l'attractivité du métier d'ambulancier et d'améliorer les conditions d'exercice de la profession, en allégeant les tâches administratives.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. LA SUPPRESSION DU TICKET MODÉRATEUR POUR L'ENSEMBLE DU TRANSPORT URGENT PRÉ-HOSPITALIER

Dans cette optique, l'article 21 du présent projet de loi a pour objet la suppression complète du ticket modérateur pour tous les transports urgents pré-hospitaliers, y compris lorsqu'ils sont opérés par des transporteurs privés.

À cette fin, un nouveau motif d'exonération est ajouté à l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, lequel prévoit tous les cas dans lesquels la participation aux dépenses de l'assuré social – le ticket modérateur – peut être limitée ou supprimée. Cette exonération couvre désormais l'ensemble des frais de transport urgent pré-hospitaliers, à l'exclusion des transports réalisés au sein d'un même établissement ou entre deux établissements de santé, lesquels restent à la charge des établissements.

B. UNE MESURE DE SIMPLIFICATION, À L'IMPACT FINANCIER GLOBALEMENT NEUTRE

Ce nouveau motif d'exonération entraîne une dépense supplémentaire immédiate de 70 millions d'euros par an pour l'assurance maladie. En effet, les tarifs des transporteurs sanitaires ont été revus à la hausse à compter de 2022 dans le cadre de l'avenant 10 à la convention conclue avec l'assurance maladie en 2020. Le montant global des tickets modérateurs se trouve donc porté de 42 à 70 millions d'euros en 2022.

L'étude d'impact souligne que cette évolution se fait très largement au bénéfice des mutuelles, sur lesquelles pesait auparavant l'essentiel de ce ticket modérateur. Pour neutraliser l'impact de cette mesure pour les comptes de la sécurité sociale, le Gouvernement indique ainsi son intention d'augmenter par ailleurs, par voie réglementaire, le niveau du ticket modérateur applicable aux transports sanitaires programmés. Pour ces derniers, le ticket modérateur moyen passerait ainsi de 48 à 64 euros, sachant qu'il serait acquitté par un nombre nettement plus restreint d'assurés, 88 % des transports programmés étant pris en charge à 100 %, notamment dans le cas d'une ALD. Le Gouvernement estime que l'essentiel des trajets non pris en charge à 100 % seraient néanmoins couverts par les complémentaires santé.

Au total, l'exonération de ticket modérateur portée par le présent article serait globalement neutre pour les comptes de la sécurité sociale et pour les

complémentaires santé. Ce serait une mesure de simplification appréciable pour les patients et pour les transporteurs sanitaires.

*

* *

Article 22

Rénover la vie conventionnelle pour renforcer l'accès aux soins

Adopté par la commission sans modification

Cet article prévoit d'harmoniser et de simplifier certaines règles encadrant les négociations entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Il vise également à actualiser le cadre législatif applicable à la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine.

I. LES CONVENTIONS ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

À la différence de pays ayant un système national de santé, dans lequel les professionnels sont salariés, à l'exemple du Royaume-Uni, la France a fait le choix de juxtaposer, d'une part, un système public de socialisation du risque de santé (l'assurance maladie) et, d'autre part, un exercice libéral des professionnels de santé, principalement payés à l'acte ou à la prestation. Pour que ce dualisme fonctionne, les relations entre l'assurance maladie obligatoire et les professionnels de santé sont formalisées dans des conventions qui cherchent à concilier cet exercice libéral, la maîtrise des dépenses, l'accès aux soins de l'ensemble de la population et, enfin, la prise en compte de problématiques nouvelles (démographie médicale, télémédecine).

A. UN LEVIER AU SERVICE DE L'ADAPTATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les relations conventionnelles constituent un levier majeur pour assurer l'adaptation du système de santé et ainsi améliorer la réponse aux besoins des citoyens.

- C'est la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie qui a posé le cadre régissant les négociations conventionnelles. La prérogative de négocier et de signer les conventions relève de l'Union des caisses d'assurance maladie (Uncam), créée par la loi précitée, qui réunit les directeurs généraux de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA). Le directeur général de l'Uncam, également directeur général de la Cnam, est chargé de conduire les négociations avec les syndicats représentatifs des professionnels de santé. L'application des accords fait l'objet d'une cogestion avec les syndicats signataires, notamment au sein de commissions paritaires.

Le champ conventionnel, historiquement centré sur la rémunération des professionnels de santé et la définition des tarifs opposables, s'est progressivement élargi à d'autres domaines (évolution des pratiques, répartition et organisation territoriale des professionnels de santé, qualité des soins, etc.).

- Cette dynamique s'est traduite par le développement d'un processus de négociation en continu. L'Uncam a ainsi passé des conventions avec les médecins généralistes, les sages-femmes, les chirurgiens-dentistes, les pharmaciens, les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers, les orthoptistes, les orthophonistes, les pédicures-podologues ou encore les transporteurs sanitaires et les taxis.

L'Uncam a développé au cours de ces dernières années une approche transversale pour améliorer l'offre et les parcours de santé *via* la signature d'un accord-cadre interprofessionnel (Acip) avec l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), qui représente douze professions de santé (2019), et d'accords conventionnels interprofessionnels (ACI) avec les structures pluriprofessionnelles de proximité (2017) ou pour le développement de l'exercice coordonné et le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (2019).

D'une durée de cinq ans maximum, les conventions sont régulièrement renégociées et font l'objet de nombreux avenants. Cette « politique des petits pas », profession par profession et thème par thème, traduit la souplesse du dispositif et permet de répondre aux difficultés rencontrées par les acteurs. À la suite des conclusions du Ségur de la santé, l'assurance maladie a ouvert un cycle inédit de négociations conventionnelles avec l'ensemble des professions de santé pour tirer les principaux enseignements de la crise sanitaire. Depuis 2015, d'après l'étude d'impact, ce sont plus de soixante textes conventionnels de toute nature qui ont été conclus, ce qui représente un impact financier de 4,7 milliards d'euros de nouvelles mesures cumulées.

B. UN CADRE NORMATIF HÉTÉROGÈNE QUI COMPLIQUE LES NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Les textes législatifs et réglementaires définissant le cadre conventionnel ont évolué de manière disparate et parfois non coordonnée entre les différentes professions.

Cette situation induit de nombreux inconvénients :

- un manque de cohérence et une hétérogénéité des dispositions applicables aux différentes professions sans que cela soit toujours justifié ;

- un décalage par rapport aux nouvelles formes d'exercice professionnel, indispensables pour améliorer l'accès aux soins en libérant du temps médical, et aux besoins de l'assurance maladie pour négocier efficacement avec les différentes professions ou pour améliorer la réponse aux besoins des assurés ;

- un manque d'outils pour mieux réguler l'offre de soins sur le territoire ;

- des règles complexes pour la négociation et l'approbation des accords avec notamment la possibilité pour les syndicats pourtant signataires de s'opposer aux conventions, ce qui rallonge les délais d'approbation et donc de mise en œuvre des mesures nouvelles.

II. UNE RÉNOVATION DES RÈGLES S'APPLIQUANT AUX NÉGOCIATIONS CONVENTIONNELLES

Le présent article prévoit de faire évoluer ou d'harmoniser certaines des règles encadrant les négociations afin de doter les partenaires conventionnels de tous les leviers nécessaires. Il vise également à actualiser le champ de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine eu égard aux changements qu'a connu cette profession.

A. HARMONISER, SIMPLIFIER ET ADAPTER LE CADRE LÉGISLATIF AUX ENJEUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

Le présent article prévoit diverses mesures pour harmoniser et rationaliser le cadre législatif des relations conventionnelles, mais aussi donner la possibilité aux partenaires conventionnels de négocier des mesures pour faciliter l'accès aux soins. Par définition, il est impossible de quantifier à ce stade l'impact financier de ces changements dans la mesure où celui-ci dépendra du résultat des négociations menées par l'Uncam avec les représentants des professionnels de santé.

1. L'extension du périmètre facultatif des conventions professionnelles pour mieux répondre aux besoins de santé des Français

Le champ des négociations conventionnelles est actuellement très variable d'une profession à l'autre. Aussi le 1^o du présent article prévoit-il de compléter l'article L. 162-14-1 par deux items communs à l'ensemble des professions ⁽¹⁾. Les partenaires conventionnels pourront s'en saisir si le ministre inclut ce sujet dans le cadre d'une négociation conventionnelle. Les négociations conventionnelles pourront ainsi déterminer, pour toutes les professions, les conditions à remplir pour qu'un professionnel de santé puisse être conventionné au regard de sa formation, son expérience et des zones d'exercice. D'autre part, elles pourront aussi définir « *les conditions de participation à la couverture des besoins de santé* ».

Les conventions pourraient ainsi prévoir des dispositions visant à favoriser l'exercice de professionnels de santé dans des zones sous-dotées, par exemple sous la forme de consultations avancées : des professionnels de santé exerçant dans des zones sur-denses pourraient proposer de temps en temps des consultations dans des zones sous-denses de manière à assurer une meilleure équité territoriale dans l'accès aux soins.

Il pourrait s'agir également de dispositions de régulation des conventionnements dans l'objectif de conditionner l'installation d'un professionnel de santé à un nombre minimal d'années d'expérience en établissement ou bien en fonction de la démographie locale afin d'aboutir à une meilleure répartition des professionnels sur le territoire. De tels mécanismes existent déjà pour certaines

(1) Médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, laboratoires privés d'analyses médicales, entreprises de transports sanitaires.

professions comme les infirmiers⁽¹⁾ ou les masseurs-kinésithérapeutes. L'introduction d'une telle disposition transversale permettrait aux partenaires conventionnels d'étendre ce type de mécanismes à d'autres professions afin non seulement de renforcer les compétences des professionnels concernés grâce à une expérience plus importante dans un établissement de soins, mais aussi pour rééquilibrer la répartition des professionnels de santé entre les établissements et le secteur libéral d'une part et, d'autre part, entre les territoires. Elle serait de nature à améliorer l'accès aux soins et à corriger les disparités territoriales.

Ainsi que le rappelle l'étude d'impact, cette évolution législative *« n'implique pas mécaniquement la mise en place de tels mécanismes pour toutes les professions, cette faculté étant simplement ouverte pour l'avenir au Gouvernement et aux partenaires conventionnels qui auraient, le cas échéant, également à en déterminer les modalités »*.

2. Une évolution des règles d'approbation des accords interprofessionnels pour développer l'exercice coordonné

Le développement de l'exercice coordonné et pluriprofessionnel s'est accompagné d'une évolution du cadre conventionnel au travers de la signature d'accords interprofessionnels. Sont signataires de ces accords avec l'Uncam les représentants des professions concernées⁽²⁾, avec pour chacune d'elles au moins une organisation signataire ayant obtenu 30 % des suffrages aux élections pour les unions régionales des professionnels de santé (URPS).

Or, lors de la négociation d'un accord conventionnel interprofessionnel (ACI) relatif à l'exercice coordonné, les représentants des syndicats associés aux négociations n'exercent pas nécessairement en structure d'exercice coordonné. Ils peuvent parfois représenter des intérêts monoprofessionnels qui rentrent en contradiction avec les objectifs du développement d'un mode d'exercice pluriprofessionnel. Aussi semble-t-il opportun de donner plus de place aux représentants de l'exercice pluriprofessionnel coordonné dans ces négociations conventionnelles.

C'est la raison pour laquelle il est prévu d'associer les représentants des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) aux négociations des ACI à leur sujet. Le **b** du **1**^o modifie les règles d'approbation de ces ACI en prévoyant que ces accords doivent être signés par au moins un syndicat représentatif de ces structures. Le **2**^o simplifie les règles de signature des ACI relatifs aux MSP et aux CPTS par les représentants des professions de santé : au moins une organisation représentant au moins 50 % des professionnels exerçant dans ces mêmes structures devront les signer.

(1) L'article L 162-12-2 du code de la sécurité sociale précise que la convention nationale des infirmières et des infirmiers définit une durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé avant toute installation en libéral. La convention fixe cette durée à 3 200 heures.

(2) Article L. 162-14-1-2 du code de la sécurité sociale.

3. Une simplification des règles relatives à l’approbation de l’Unocam

Le 3° prévoit de simplifier les règles actuelles relatives à la participation de l’Union nationale des organismes d’assurance maladie complémentaire (Unocam) ⁽¹⁾. Elle ne serait plus saisie pour signature d’un texte conventionnel dès lors qu’elle n’a pas pris part aux négociations. Il s’agit ainsi de simplifier la procédure et de raccourcir les délais d’approbation.

4. Des règles d’opposition aux textes conventionnels simplifiées

Les accords conventionnels sont transmis dès leur signature par l’Uncam aux syndicats représentatifs concernés qui disposent alors d’un délai d’un mois pour faire connaître leur éventuelle opposition au texte. La rédaction actuelle de l’article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est telle que même un syndicat signataire peut s’opposer à l’accord conventionnel.

Aussi, afin de faciliter la mise en œuvre des textes conventionnels signés, le 4° du présent article prévoit de préciser que l’opposition aux textes conventionnels – conventions, accords ou avenants – ne peut être formée que par une ou plusieurs organisations n’ayant pas signé l’accord en question.

B. ACTUALISER LE CADRE LÉGISLATIF APPLICABLE À LA CONVENTION NATIONALE DES PHARMACIENS D’OFFICINE

1. La nouvelle convention des pharmaciens d’officine

L’Uncam et les deux syndicats représentatifs des pharmaciens – la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF) et l’Union de syndicats de pharmaciens d’officine (USPO) – ont signé le 9 mars dernier la nouvelle convention nationale des pharmaciens titulaires d’officine. Elle a également été signée par l’Unocam et est entrée en vigueur le 7 mai dernier.

La convention consacre et renforce le rôle du pharmacien d’officine en ce qui concerne le bon usage des produits de santé. Les conditions de rémunération de la dispensation des conditionnements trimestriels sont revues pour permettre d’inclure un plus grand nombre de produits. Par ailleurs, la création d’une rémunération sur objectif de santé publique pour le bon usage des produits de santé vise à garantir la qualité de la pratique pharmaceutique. Ces deux mesures représentent un peu plus de la moitié de l’effort financier en 2023 par l’assurance maladie.

Dans le prolongement de la crise sanitaire, la convention élargit les compétences des pharmaciens dans le cadre d’actions de prévention. Elle permet notamment d’étendre le rôle du pharmacien en termes de rappels vaccinaux, de valoriser la remise de kits pour le dépistage du cancer colorectal ou encore la prise

(1) Article L. 162-14-3 du code de la sécurité sociale.

en charge de la cystite. Ces mesures représentent un investissement important de l'ordre de 30 millions d'euros en 2023.

Enfin, le texte prévoit une nouvelle rémunération sur objectifs afin d'accélérer le développement du numérique en santé et favoriser l'amélioration de l'accès aux soins. Elle fixe des objectifs en matière d'équipements et d'usage des nouveaux outils numériques (Mon espace santé, application carte vitale, e-prescription) ainsi que des incitations financières pour atteindre ces objectifs. Cela représente un investissement de 5 millions d'euros en 2023 et 20 millions d'euros en année pleine.

Au total, les nouvelles missions issues de la convention des pharmacies d'officine devraient coûter autour de 75 millions d'euros en 2023.

2. Une actualisation des dispositions législatives

Le 5° de l'article prévoit d'actualiser le champ de la convention nationale des pharmaciens titulaires d'officine, tel qu'il est défini à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, pour tenir compte des changements intervenus dans l'exercice de leur métier et l'évolution de leur mode de rémunération. Afin de sécuriser juridiquement ces évolutions, il est ainsi proposé d'entériner dans la loi trois nouvelles missions confiées aux pharmaciens :

– la participation au dépistage organisé du cancer colorectal et au dépistage des infections urinaires ;

– la dispensation à domicile des médicaments pour les patients dans le cadre d'un retour à domicile mis en place par l'assurance maladie ;

– la délivrance à l'unité de médicaments.

En outre, plusieurs modifications rédactionnelles sont prévues, notamment pour mettre en cohérence la terminologie utilisée dans la loi et dans la nouvelle convention des pharmaciens signée en mars 2022 ⁽¹⁾, pour supprimer l'utilisation de la notion de « tests rapides d'orientation diagnostique » (TROD) et la remplacer par le terme « tests » qui permet de couvrir différentes situations (dépistage, orientation, diagnostic, etc.) et, enfin, pour renvoyer à l'article L. 162-16-4-3 la procédure de saisine de l'Unocam.

Enfin, le 6° supprime à l'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale l'alinéa sur l'accord national entre l'Uncam et les pharmaciens d'officine, qui fixait annuellement des objectifs chiffrés pour la délivrance de spécialités génériques du fait du transfert d'une partie de ces objectifs dans la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) « bon usage des produits de santé » sous forme d'indicateurs dont un indicateur socle.

(1) Par exemple, les entretiens d'accompagnement remplacent le bilan de médication et le suivi de patients atteints d'une pathologie chronique.

Article 23

Ajout d'une quatrième année au diplôme d'études spécialisées de médecine générale

Adopté par la commission avec modifications

Cet article crée une quatrième année au sein du troisième cycle d'études de médecine générale, portant ainsi à dix ans la durée pour former un médecin généraliste. Cette phase de consolidation, qui existe déjà pour toutes les autres spécialités médicales, doit permettre aux internes d'accéder au statut de docteur junior et d'exercer durant leur stage une activité en autonomie supervisée dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones sous-dotées en médecins. Ils devront avoir soutenu avec succès leur thèse en amont et avoir obtenu le diplôme d'État de docteur en médecine. Cette réforme, couplée à celle des aides à l'installation, vise à favoriser une installation rapide des jeunes médecins à l'issue de leurs études, notamment dans les déserts médicaux. Elle produira pleinement ses effets à compter de la rentrée 2026 puisqu'elle concernera les étudiants commençant leur internat à la rentrée 2023. Son coût est évalué à 177 millions d'euros par an pour une promotion de 3 500 étudiants.

Les études de médecine sont composées de trois cycles et durent actuellement entre neuf et onze années. Le premier cycle est constitué d'une première année commune aux cinq filières de santé (maïeutique, médecine, odontologie, pharmacie et kinésithérapie) et de deux années précliniques. Le deuxième cycle (externat) comporte trois années cliniques alors que le troisième cycle (internat) dure entre trois et cinq ans selon la spécialité retenue.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. LA RÉFORME DES ÉTUDES DE MÉDECINE

La réforme des études de santé lancée en 2018 comporte deux volets : la réforme du premier cycle et la réforme des modalités d'évaluation du deuxième cycle.

- Elle s'est traduite à partir de 2020-2021 par la fin de la première année commune aux études de santé (PACES) et la suppression du *numerus clausus* ⁽¹⁾.

Depuis la rentrée 2020, toutes les universités ont mis en place de nouvelles modalités d'accès aux études de santé. Les lycéens peuvent ainsi choisir un parcours d'accès spécifique santé (PASS), comportant une option d'une autre discipline, ou une licence comportant une option « accès santé » (L.AS).

Le *numerus clausus*, auparavant fixé nationalement, a été supprimé afin de former davantage de médecins et de répondre à l'horizon de dix ans à la chute de la démographie médicale ; les universités peuvent, en lien avec les agences régionales

(1) Acté par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (« OTSS »), déclinaison du plan « Ma Santé 2022 ».

de santé et dans le souci de s'adapter au mieux aux besoins des territoires, définir le nombre d'étudiants qu'elles admettent dans les différentes filières (*numerus apertus*). Dès 2021, la réforme a permis d'augmenter de 13,6 % le nombre de places en deuxième année (soit 2 000 places) au niveau national. Le taux de réussite des étudiants à l'issue de leur première année d'étude a augmenté de 10 points, passant de 13 % à 23 %.

● La réforme a aussi modifié l'accès au troisième cycle des études de médecine en organisant une nouvelle procédure d'admission et d'affectation dans une spécialité et une subdivision territoriale. Elle vise à améliorer l'adéquation entre les aptitudes et les aspirations professionnelles des étudiants afin de réduire l'insatisfaction ressentie par un certain nombre d'entre eux à l'issue de leur choix de spécialité de troisième cycle. Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux étudiants qui sont entrés en première année du deuxième cycle à la rentrée universitaire 2021, pour un accès au troisième cycle à la rentrée 2024.

Concrètement, les épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) que passent quelque 8 400 étudiants chaque année durant trois jours d'épreuves, qui se présentent principalement sous la forme de questionnaires à choix multiples (QCM), seront remplacées par un nouvel examen des connaissances intervenant plus tôt dans leur cursus, à l'issue de la cinquième année d'études (et non plus de la sixième année, qui deviendra une année d'orientation professionnelle) ⁽¹⁾.

B. LE FONCTIONNEMENT DU TROISIÈME CYCLE

Le troisième cycle de médecine permet l'acquisition des connaissances et des compétences qui doivent permettre aux étudiants de dispenser dans leur spécialité des soins de qualité. La formation dure trois ans pour la médecine générale, quatre ou cinq ans pour les spécialités médicales et six ans pour la chirurgie.

Ce cycle, qui a fait l'objet d'une harmonisation en 2017 ⁽²⁾, est composé de trois phases – socle, approfondissement et consolidation – sauf pour les étudiants en médecine générale, qui n'ont pas de phase de consolidation à ce jour ⁽³⁾. Les étudiants alternent stages et cours théoriques pour continuer à se former. La phase socle permet d'acquérir des connaissances de base de la spécialité. C'est au cours de la phase d'approfondissement que l'étudiant prépare sa thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en médecine, indispensable pour accéder à la phase de consolidation et devenir docteur junior. Ce statut permet d'amorcer la transition

(1) La procédure d'accès au troisième cycle reposera sur des épreuves d'évaluation des connaissances, sous forme d'épreuves dématérialisées (ED) représentant 60 % de la note finale, des épreuves d'évaluation des compétences, sous forme d'examens cliniques objectifs structurés (Ecos) représentant 30 % de la note finale, et la prise en considération du parcours de formation et du projet professionnel de chaque étudiant, qui comptera pour 10 % de la note finale.

(2) Voir le décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation et les arrêtés des 12 avril et 21 avril 2017.

(3) 3 634 places ont été ouvertes en 2022 en troisième cycle de médecine générale.

avec l'exercice en pleine responsabilité puisque le docteur junior travaille progressivement en autonomie sous la supervision d'un médecin senior. Il a alors la possibilité de remplacer ce dernier pour assurer des gardes. Ce n'est qu'à l'issue de cette dernière phase – sauf pour la médecine générale – que peut être obtenu le diplôme d'études spécialisées (DES) qui permet l'exercice de la spécialité retenue.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article réforme le troisième cycle d'études de médecine générale.

● Celui-ci sera complété par une quatrième année (article L. 632-2 du code de l'éducation) et comprendra une phase de consolidation. Prévue par la réforme de 2017 du troisième cycle pour toutes les autres spécialités médicales, cette phase doit permettre à l'étudiant en médecine générale d'accéder au statut de docteur junior et d'exercer durant le stage une activité en autonomie supervisée dans des lieux agréés en pratique ambulatoire et en priorité dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, communément appelées « déserts médicaux » (I).

Les étudiants devront avoir soutenu avec succès leur thèse en amont de la quatrième année d'internat et avoir obtenu le diplôme d'État de docteur en médecine. Le docteur junior sera ensuite placé sous la supervision d'un maître de stage universitaire et fera l'objet d'un accompagnement pédagogique.

Cette réforme, qui vise à favoriser une installation rapide des jeunes médecins à l'issue de cette année supplémentaire, impliquera d'augmenter le nombre de praticiens agréés maîtres de stage des universités, mais aussi le nombre de postes d'enseignants de médecine générale et de revoir les aides à l'installation en zones sous-denses dans le cadre des négociations conventionnelles. Elle produira pleinement ses effets à compter de la rentrée 2026 puisqu'elle concernera les étudiants commençant leur internat à la rentrée 2023 (II). Le coût de la réforme est évalué à 177 millions d'euros par an pour une promotion de 3 500 étudiants.

● La ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche et le ministre de la santé et de la prévention ont lancé une mission interministérielle chargée de réfléchir aux conditions de succès de la présente réforme⁽¹⁾. Toutes les parties prenantes à cette réforme (élus, étudiants, internes, médecins, patients, administrations et enseignants) seront associées à cette concertation.

*

* *

(1) Mission confiée à la professeure Bach-Nga Pham, doyenne de la Faculté de médecine de Reims et ancienne vice-présidente de la Conférence des doyens de médecine, au professeur Stéphane Oustric, président du Conseil de l'ordre des médecins de Haute-Garonne, à la docteure Mathilde Renker, interne en médecine générale, et au professeur Olivier Saint-Lary, président du Collège national des généralistes enseignants.

Article 24

Augmenter l'impact des aides à installation

Adopté par la commission avec modifications

Cet article supprime pour l'avenir, à compter du 1^{er} janvier 2024, le contrat de début d'exercice pour les médecins, à l'exception des médecins remplaçants et des étudiants qui demeurent en dehors du champ conventionnel. Les partenaires conventionnels devront en revanche, dans le cadre des négociations qui se termineront début 2023, rationaliser les aides existantes et aboutir à un contrat unique d'installation afin de rendre le dispositif plus lisible pour les médecins et ainsi en maximiser l'impact sur le territoire. La suppression du contrat de début d'exercice conduira à une économie d'environ 3 millions d'euros qui sera réinvestie dans le nouveau dispositif d'aide à l'installation issu des négociations conventionnelles.

En outre, à titre d'information, d'autres mesures qui ne nécessitent pas de vecteur législatif seront prises afin de faciliter l'installation des professionnels de santé. Un guichet unique sera créé dans chaque département afin qu'ils puissent réaliser au même endroit toutes les démarches administratives de leur projet d'installation. Un comité départemental d'aide à l'installation sera instauré pour coordonner l'action des différents partenaires à l'échelon territorial – collectivités territoriales, agences régionales de santé (ARS), représentants des professionnels de santé, organismes de sécurité sociale – en vue de réunir pour chaque projet l'ensemble des financements disponibles.

I. LA SITUATION ACTUELLE

Depuis le milieu des années 2000, plusieurs dispositifs incitatifs ont été mis en œuvre pour tenter de corriger la répartition déséquilibrée des médecins sur le territoire.

• Ces dispositifs, de plus en plus nombreux, sont multiformes (contrats, subventions et aides fiscales, mais aussi des structures comme les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles), fragmentés entre plusieurs acteurs (assurance maladie, État et collectivités territoriales) et ont un coût important pour une efficacité relative : environ 4 millions de Français vivent dans un désert médical selon l'étude d'impact et 6 millions d'entre eux n'ont pas de médecin traitant.

Parmi les dispositifs nationaux, on retrouve :

– des contrats proposés par l'assurance maladie : le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), le contrat de transition pour les médecins (COTRAM), le contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM) et le contrat de solidarité territoriale médecins (CSTM) ;

– un contrat proposé par l'État : le contrat de début d'exercice (CDE), qui s'adresse à l'ensemble des médecins exerçant depuis moins d'un an (installés ou remplaçants). Pendant une durée de trois ans non renouvelable, le CDE garantit un revenu dont le montant est calculé en fonction des honoraires perçus et du plafond

d'aide mensuel (ou trimestriel pour les remplaçants) pendant la première année d'exercice. Il ouvre droit aussi aux congés maladie, à une aide en cas de congés maternité/paternité/adoption pour les médecins remplaçants et à un accompagnement à la gestion entrepreneuriale et administrative ;

– des aides proposées par les collectivités territoriales afin d'attirer les médecins.

● La diversité et l'hétérogénéité de ces dispositifs, mais aussi des intervenants (ARS, collectivités territoriales, assurance maladie...), rendent les différentes aides à destination des professionnels de santé dans les zones sous-denses peu lisibles. Cette situation limite leur portée et leur efficacité. Selon l'étude d'impact, « *cet éparpillement constitue probablement une source importante de non-recours* ».

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article s'inscrit dans une démarche de rationalisation des dispositifs d'aide à l'installation.

● Il modifie l'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique de manière à supprimer le contrat de début d'exercice pour les médecins libéraux conventionnés déjà installés (I). Il s'agit ainsi de renvoyer au seul champ conventionnel les dispositifs d'aide à l'installation, à l'exception du contrat de début d'exercice pour les médecins remplaçants et les étudiants, qui demeurent en dehors de ce champ.

L'exposé des motifs précisé qu'en parallèle, dans le cadre des négociations qui s'ouvrent ce mois-ci et qui s'achèveront début 2023, les partenaires conventionnels seront amenés à élaborer un contrat unique pour les médecins conventionnés permettant de fusionner les différents contrats proposés aujourd'hui par l'État ou l'assurance maladie. L'objectif sera de rationaliser et simplifier les dispositifs d'aide à l'installation afin qu'ils correspondent mieux aux besoins des médecins, en complément des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter. Cette réforme devra ainsi permettre de mieux répondre *in fine* aux besoins de la population.

Le présent article s'appliquera aux contrats conclus à compter du 1^{er} janvier 2024 (II), ce qui implique que les médecins installés ayant conclu avant cette date un contrat de début d'exercice en conserveront le bénéfice.

La suppression du contrat de début d'exercice (sauf pour les étudiants et les remplaçants) devrait permettre de générer une économie de 3 millions d'euros en 2024. Cette somme permettra de financer le dispositif d'aide à l'installation qui sera défini dans le cadre des négociations conventionnelles.

● En outre, d'autres mesures ne nécessitant pas de vecteur législatif seront mises en œuvre en vue de faciliter l'installation des médecins : un guichet unique

d'information et d'orientation ainsi qu'un comité d'aide à l'installation seront créés dans chaque département.

Placé sous l'égide de l'agence régionale de santé (ARS), le guichet unique aura pour mission que les professionnels de santé puissent réaliser au même endroit toutes les démarches administratives de leur projet d'installation tout en étant accompagnés jusqu'à ce que leurs demandes soient bien prises en compte par les services compétents. Cette mesure pérennise l'une des mesures phare du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires de 2017, dont le déploiement avait été interrompu par la crise sanitaire.

Le comité d'aide devra quant à lui coordonner l'action des différents partenaires à l'échelon territorial : collectivités territoriales, ARS, représentants des professionnels de santé, organismes de sécurité sociale afin de réunir pour chaque projet l'ensemble des financements disponibles. Ce comité sera composé de plusieurs membres dont des représentants des collectivités territoriales ou de leurs groupements, des représentants des professionnels de santé libéraux et des centres de santé, des représentants de l'État et des organismes de sécurité sociale.

*

* *

Article 25

Encadrer l'intérim médical et paramédical en établissement de santé

L'article 25 s'inscrit dans le prolongement des mesures adoptées pour encadrer et limiter le recours à l'intérim médical dans les établissements publics de santé. Cette fois-ci, son périmètre est plus large : il englobe l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, avec ou sans but lucratif, et l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

Cet article vise à empêcher les professionnels de santé nouvellement diplômés d'exercer dans le cadre de contrats de mise à disposition conclus entre un établissement de santé et une entreprise d'intérim, pendant une durée qui doit être précisée par décret.

Le but de cet article est, d'une part, de réduire le vivier des professionnels offrant leurs services dans le cadre de ces contrats d'intérim, et ainsi de limiter la surenchère qui en résulte, en particulier pour l'hôpital public.

D'autre part, il s'agit d'éviter que les jeunes professionnels ne partent d'emblée sur cette voie des contrats temporaires très rémunérateurs, mais puissent d'abord expérimenter d'autres modes d'exercice, plus vertueux pour le système de soins.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE RECOURS À L'INTÉRIM DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, UN PHÉNOMÈNE DE PLUS EN PLUS MASSIF

1. L'explosion des dépenses d'intérim médical a été régulièrement documentée et se poursuit

Depuis le début des années 2000, plusieurs rapports ont alerté sur le recours croissant à des contrats temporaires à l'hôpital, dans le but de pallier l'absence de médecins dans certaines spécialités en tension ⁽¹⁾.

Cette notion de contrat temporaire recouvre en réalité deux situations différentes :

– celle de l'intérim au sens strict, lorsque la mise à disposition du praticien se fait par le biais d'un contrat passé avec une entreprise d'intérim (article L. 1251-1 du code du travail) ;

– les contrats de gré à gré de courte durée dits « de vacation », permettant de recruter temporairement des praticiens dans le cadre de remplacements, le cas échéant après mise en contact par une entreprise d'intérim au titre de sa mission de placement privé (article L. 1251-4).

(1) « Développement des pratiques d'emplois médicaux temporaires », IGAS, juillet 2003 ; « Hôpital recherche médecins, coûte que coûte : essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public », M. Olivier Véran, décembre 2013.

Les différents rapports soulignent les effets négatifs de cette montée en puissance du travail temporaire, sous les deux formes susmentionnées, chez les médecins.

Il en résulte en premier lieu des surcoûts considérables pour l'hôpital public, ces missions temporaires faisant l'objet d'une rémunération bien supérieure à celle d'un praticien exerçant dans un cadre pérenne. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi estime que la rémunération annuelle d'un médecin exerçant exclusivement en intérim peut être évaluée à 148 000 euros, contre 70 000 euros en moyenne pour un praticien en début de carrière.

Le recours massif à l'intérim, en dehors des situations de remplacement ponctuelles, a aussi pour effet de déstructurer profondément les équipes médico-soignantes. L'absence de stabilité qui résulte du défilé des personnels temporaires, associée à la rupture d'égalité que créent, dans les équipes, les différences de statuts et de rémunérations, conduisent à mettre en danger l'équilibre des services et, *in fine*, la qualité des soins.

La croissance des dépenses d'intérim médical est massive et ininterrompue. Son coût annuel pour l'hôpital public est ainsi passé de 500 millions d'euros en 2013 à 1,4 milliard d'euros en 2018. Selon les données de l'exposé des motifs, une étude réalisée par la direction générale des finances publiques (DGFIP) en octobre 2021 souligne que l'emploi temporaire représente près de 20 % de l'emploi médical dans les établissements de santé.

Cependant, aucune statistique précise n'est disponible sur le nombre de praticiens effectuant des prestations d'intérim. M. Frédéric Valletoux, alors président de la Fédération hospitalière de France (FHF), estimait en juin dernier que ce nombre avait doublé en dix ans, pour atteindre 10 000 praticiens. Certains effectuent des missions temporaires en appoint, en plus de leur emploi pérenne dans un établissement.

Cette tendance touche aussi les établissements de santé privés, indépendamment de leur statut. Une enquête réalisée par la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés solidaires (FEHAP) montre que le rapport des équivalents temps plein (ETP) de l'intérim médical sur le total des ETP médicaux a crû en moyenne de 174 % par an au cours des dernières années. Les spécialités médicales les plus concernées seraient les radiothérapeutes, radiologues, médecins nucléaires, médecin anesthésistes réanimateurs, pharmaciens, médecins généralistes, gériatres et urgentistes.

2. Le recours à l'intérim paramédical atteint également des proportions préoccupantes

La crise sanitaire a par ailleurs accentué le problème du recrutement des personnels paramédicaux dans les établissements de santé. Les mesures du Ségur de la Santé n'ont pas suffi à enrayer la perte d'attractivité de l'exercice à l'hôpital.

Dans un contexte où certains postes fixes de soignants demeurent vacants, les établissements ont tendance à recourir, de manière croissante, à des intérimaires pour « combler les trous » dans les équipes. À l'heure actuelle, le recours à des intérimaires sur des postes fixes non pourvus est devenu structurel dans de nombreux établissements.

Si le différentiel de rémunérations entre personnels statutaires et intérimaires semble moins considérable pour les paramédicaux que pour les médecins, les agences d'intérim font état d'un écart d'au moins 20 %, souvent encore supérieur, qui conduit de nombreux soignants, en particulier les jeunes, à préférer ce mode d'exercice, qui leur donne en outre la faculté de choisir leurs jours de repos et de changer de service, voire d'établissement, quand ils le souhaitent.

Il apparaît ainsi que si l'intérim paramédical est un phénomène plus récent que l'intérim médical, sa dynamique depuis la crise sanitaire est devenue particulièrement préoccupante.

B. LES TENTATIVES D'ENCADREMENT ET DE LIMITATION DE L'INTÉRIM N'ONT EU QUE DES EFFETS LIMITÉS

1. À partir de 2016, un plafonnement des rémunérations des médecins intérimaires

L'article 136 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé ⁽¹⁾ est venu encadrer le recours à l'intérim médical dans les établissements publics de santé. Il a introduit un article L. 6146-3 au sein du code de la santé publique, qui sécurise les conditions de mise à disposition des médecins intérimaires et, surtout, plafonne les dépenses engagées dans le cadre des missions d'intérim.

Le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé, pris en application de cet article, impose aux agences d'intérim de renseigner les hôpitaux sur les qualifications, l'autorisation d'exercice, l'aptitude des praticiens qu'elles mettent à leur disposition, ainsi que de vérifier l'absence de cumul d'activités. En outre, il plafonne, à partir du 1^{er} janvier 2018, le montant journalier des dépenses susceptibles d'être engagées par praticien par un établissement public de santé au titre d'une mission de travail temporaire. Ce montant a été fixé par arrêté à 1 170,04 euros pour une journée de 24 heures de travail effectif, avec une majoration de 20 % pour 2018 et 10 % pour 2019, afin de permettre une entrée en vigueur progressive du dispositif.

Pendant, ce cadre législatif et réglementaire est resté, de l'avis général, très insuffisamment appliqué, en particulier dans le cadre des contrats passés de gré à gré avec les praticiens. En effet, les agences d'intérim et les praticiens intérimaires ont continué à faire des offres de prestations dépassant les seuils réglementaires,

(1) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

que les hôpitaux ont été contraints d'accepter, face à la nécessité de garantir la continuité des services hospitaliers. Il faut ici signaler que l'application de ces plafonnements aux seuls hôpitaux publics a d'emblée suscité des difficultés, les praticiens intérimaires pouvant faire valoir des rémunérations plus importantes au sein de cliniques privées.

2. En 2021, une tentative pour rendre ces plafonnements impératifs

Dans le cadre du Ségur de la santé, est ainsi apparue la nécessité de donner une force juridique supplémentaire à ces plafonds de rémunérations, afin qu'ils ne soient plus contournés, mais en détournant la pression des directions d'hôpital, qui, prises entre deux impératifs contradictoires, n'ont souvent pas d'autre choix que d'accepter des rémunérations abusives.

L'article 33 de la loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification a mis en œuvre ces orientations en prévoyant deux mesures complémentaires, codifiées à l'article L. 6146-4 du code de la santé publique :

– d'une part, cet article permet aux comptables publics de bloquer les rémunérations des contrats d'intérim médical dépassant le plafond réglementaire ou ne respectant pas les conditions fixées par la réglementation ;

– d'autre part, il donne la possibilité aux directeurs généraux des agences régionales de santé de déférer devant le tribunal administratif les contrats irréguliers.

L'idée était ainsi de rendre les plafonnements de rémunérations incontournables, en ne laissant plus le « choix » aux directions d'hôpital : les rémunérations excessives seraient automatiquement rejetées par le comptable ; les sociétés d'intérim et praticiens intérimaires devraient ainsi s'adapter et formuler des offres d'emploi en dessous du plafond réglementaire, pour qu'elles soient validées.

Ces mesures devaient entrer en vigueur six mois après la promulgation de la loi du 26 avril 2021, soit le 27 octobre 2021. Cependant, alors que ce délai approchait de son terme, de nombreuses remontées des hôpitaux ont fait craindre que le plafonnement ne soit à l'origine de difficultés extrêmes dans les services. Le ministre de la santé a ainsi annoncé que la mise en œuvre de cette mesure devrait être reportée à 2022, sans toutefois faire voter de report du délai légal. Il en résulte une situation d'insécurité juridique, en particulier pour les comptables publics, qui sont en principe d'ores et déjà tenus de bloquer les rémunérations dépassant le plafond.

Interrogé à ce sujet par votre rapporteure, le Gouvernement indique que *« des travaux préparatoires à la mise en œuvre de ces contrôles se sont poursuivis depuis l'automne 2021, au niveau national et en région, en vue d'établir des diagnostics territoriaux par spécialités en lien avec les agences régionales de*

santé (ARS). Des contrôles à blanc des payes des établissements ont été réalisés dans plusieurs régions, sous la conduite des directions régionales et départementales des finances publiques en lien avec les agences régionales de santé. En parallèle, plusieurs concertations et échanges avec les élus et les représentants des sociétés d'intérim médical se sont tenus. »

Le ministre de la santé a récemment évoqué une mise en application du dispositif à compter du 1^{er} janvier 2023, après la publication d'une instruction d'application conjointe entre la direction générale de l'offre de soins et la DGFIP.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Le présent article ne revient sur les dispositions adoptées dans le cadre de la loi du 26 avril 2021. Il vise à compléter le dispositif d'encadrement et de limitation du recours à l'intérim en étendant le périmètre d'action : sont désormais visés l'ensemble des établissements de santé – publics comme privés – et l'ensemble des professions médicales et paramédicales.

A. AGIR AUPRÈS DES JEUNES DIPLÔMÉS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX...

Le dispositif de l'article 25 vise en particulier les professionnels médicaux et paramédicaux récemment diplômés : médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires. En pratique, ce sont surtout les médecins et les infirmiers qui sont concernés.

Un nouvel article L. 6115-1, inséré dans la partie du code de la santé publique commune à l'ensemble des établissements de santé, dispose que ces établissements ne peuvent avoir recours aux professionnels susmentionnés dans le cadre de contrats conclus avec une entreprise d'intérim avant qu'ils n'aient pratiqué leur métier pendant une durée déterminée selon d'autres modes d'exercices que l'intérim.

La durée en question doit être précisée par décret en Conseil d'État. L'étude d'impact évoque la piste d'une durée de deux ans, correspondant à la période pendant laquelle les jeunes infirmiers ne peuvent pas exercer en libéral.

Le critère d'une durée déterminée d'exercice hors intérim peut paraître complexe au regard de l'objectif, qui est d'empêcher les jeunes infirmiers et médecins d'exercer d'emblée en intérim. Cependant, le Gouvernement explique qu'il était compliqué de prendre comme point de référence la date d'obtention du diplôme ou la date d'inscription à l'ordre car « *un professionnel peut obtenir un diplôme et ne pas exercer immédiatement après* » et, s'agissant de l'inscription à l'ordre, certaines professions n'ont pas d'ordre. Il appartiendra donc au jeune

médecin ou infirmier de produire des justificatifs permettant d'attester d'autres modes d'exercice.

La mise en œuvre de l'obligation énoncée par le présent article repose principalement sur les entreprises d'intérim, qui devront attester, au plus tard au moment de la signature du contrat de mise à disposition, que le délai défini par décret a bien été respecté s'agissant du professionnel concerné.

L'exposé des motifs indique que le décret en Conseil d'État prévoira, comme sanction au non-respect de cette obligation par les entreprises d'intérim, l'amende prévue pour les contraventions de cinquième classe ; la récidive sera réprimée conformément aux articles 132-11 et 132-15 du code pénal.

À la différence des mesures antérieures visant à réguler l'intérim médical, l'article 25 est applicable à l'ensemble des établissements de santé, et pas seulement aux hôpitaux. Ce périmètre paraît pertinent, dans la mesure où l'on pourrait, à défaut, craindre un report massif des jeunes professionnels sur des missions d'intérim dans des établissements de santé privés.

B. ... POUR INCITER À D'AUTRES MODES D'EXERCICE

Le présent article repose sur un constat et une conviction. Le constat, c'est que les jeunes diplômés, notamment paramédicaux, ont fréquemment tendance à proposer leurs services dans le cadre de contrats d'intérim. Ils y obtiennent une rémunération supérieure, plus de flexibilité sur les jours de repos, une diversité des cadres d'exercice et la possibilité de changer instantanément de service ou d'établissement si les conditions de travail ne leur conviennent pas.

La conviction sous-jacente à cet article, c'est qu'en expérimentant dès leur sortie d'école la pratique de l'intérim, les jeunes professionnels entrent dans un « jeu à somme négative », pour eux-mêmes et pour la collectivité. D'une part, ils sont conduits à pratiquer leur métier dans des conditions souvent dégradées, avec des équipes sans cesse différentes, et en se privant du *mentoring* dont ils pourraient bénéficier en s'enracinant plus durablement au sein d'une équipe. Leur présence ponctuelle est aussi source de déstabilisation pour les personnels permanents des établissements.

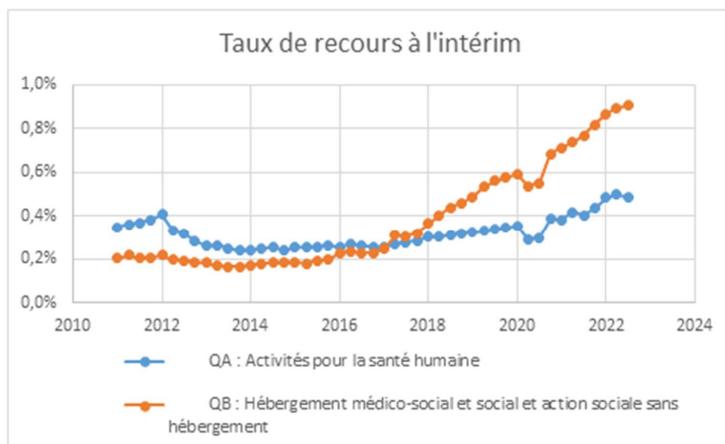
Enfin, l'étude d'impact estime que ces jeunes professionnels se trouvent ainsi pris dans une « spirale infernale » : partis sur des mauvais rails, ils n'accèdent pas à des modes d'exercice stables, contribuant à alimenter la pénurie sur les postes de titulaires des établissements de santé et dans les cabinets de ville.

Votre rapporteure est particulièrement sensible aux difficultés générées par le recours massif à l'intérim dans les hôpitaux. Elle reste attentive aux mesures qui doivent être prises sans délai pour permettre l'entrée en vigueur de l'article 33 de la loi du 26 avril 2021.

Si elle juge utile d'ouvrir le champ de la régulation de l'intérim aux autres professions médicales et paramédicales, elle est consciente des limites d'un dispositif qui ne cible que les contrats d'intérim au sens strict, à l'exclusion des contrats de gré à gré de courte durée. D'après les informations recueillies par votre rapporteure, il n'était cependant pas possible d'étendre ce dispositif aux contrats de gré à gré sans rigidifier à l'excès les modalités de recrutement à l'hôpital. En outre, ces contrats de vacation, en instaurant une relation directe entre un praticien et un établissement, seraient plus susceptibles de permettre un enracinement dans un établissement qu'un contrat de mise à disposition.

Votre rapporteure s'interroge également sur l'exclusion des établissements médico-sociaux du périmètre de cet article. Dans ces établissements, le recours aux personnels, notamment infirmiers, intérimaires a atteint des proportions encore plus inquiétantes qu'à l'hôpital, comme l'illustre le graphique ci-après.

TAUX DE RECOURS À L'INTÉRIM DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX



Source : direction de la sécurité sociale.

*

* *

CHAPITRE III

Accompagner les professionnels de santé et rénover le parcours de soins

Article 26

Transparence de l'information sur les charges associées aux équipements matériels lourds d'imagerie médicale

L'article 26 vise à renforcer la transparence autour des charges associées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie médicale, dans le but de mieux calibrer les forfaits techniques remboursés à ce titre par l'assurance maladie aux exploitants.

À cette fin, le présent article prévoit que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pourra recueillir les informations utiles auprès d'un échantillon représentatif d'exploitants de ces équipements lourds d'imagerie médicale, constitué tous les trois ans après un appel à candidatures.

Ces informations seront transmises à l'Uncam de façon à ne pas porter atteinte au secret commercial et industriel. Toute personne physique ou morale qui refusera de transmettre les informations demandées se verra appliquer une pénalité financière pouvant représenter jusqu'à 1 % des forfaits techniques versés par l'assurance maladie.

Les remontées d'informations permises par le présent article devraient fournir à l'Uncam des données objectives en vue des prochaines négociations avec les représentants du secteur.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LES FORFAITS TECHNIQUES, UNE COMPOSANTE IMPORTANTE DE LA DÉPENSE D'IMAGERIE MÉDICALE

1. Le forfait technique, une rémunération spécifique des charges associées aux matériels lourds d'imagerie médicale

Parmi les spécialités médicales, l'imagerie médicale se singularise par le recours à des équipements particulièrement coûteux, à l'acquisition mais aussi en termes de frais de fonctionnement (consommables, locaux et personnels non médicaux dédiés, frais de gestion, etc.). C'est en particulier le cas des appareils de tomodensitométrie (les « scanners »), d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ou encore de tomographie par émission de positons (TEP).

Cette spécificité de l'imagerie médicale a été prise en compte *via* l'adoption de modalités de tarification adaptées. Ainsi, à côté du tarif des actes d'interprétation des examens d'imagerie, qui rémunèrent l'acte « intellectuel » accompli par le radiologue, ont été établis des tarifs destinés à financer les coûts de structure liés au fonctionnement de ces appareils assumés par les exploitants (souvent des cabinets de radiologie ou des établissements de santé).

Ces tarifs constituent les forfaits techniques, versés par l'assurance maladie aux exploitants des équipements d'imagerie. Ces forfaits varient en fonction d'une série de critères : type et gamme de l'équipement, ancienneté, lieu d'installation, volume d'activité, etc. Ainsi, à l'heure actuelle, le forfait technique associé à un examen de scanographie varie de 32 à 93,03 euros, tandis qu'il s'échelonne de 24,2 à 197,91 euros pour un examen d'IRM. À titre d'illustration, votre rapporteure reproduit ci-dessous le tableau établissant les forfaits techniques associés aux examens d'IRM depuis le 1^{er} janvier 2019 :

FORFAITS TECHNIQUES POUR L'IRM AU 1^{ER} JANVIER 2019

CLASSE D'APPAREILS selon la PUISSANCE de l'aimant (en tesla)	≤ 0,5 T	> 0,5 T et < 1,5 T	1,5 T (2)	1,5 T dédié aux membres (3)	1,5 T spécialisé ostéo-articulaire (3)	> 1,5 T
Activité de référence (nombre de forfaits)	3 500	4 000	4 750	4 500	4 500	4 500
AMORTIS, forfaits pleins (1)						
Paris		124,62 €		72,64 €	85,68 €	138,83 €
Région parisienne hors Paris		120,94 €		72,17 €	84,64 €	133,02 €
Province		119,68 €		72,01 €	84,28 €	124,88 €
NON AMORTIS, forfaits pleins						
Paris	125,15 €	188,36 €	171,09 €	105,30 €	121,88 €	197,91 €
Région parisienne hors Paris	121,53 €	183,96 €	167,38 €	104,85 €	120,86 €	195,99 €
Province	115,83 €	184,00 €	166,05 €	104,69 €	120,51 €	195,91 €
FORFAIT REDUIT selon les tranches d'activité						
Activité > Activité Référence et ≤ seuil 1		70,10 €		46,67 €	48,88 €	71,56 €
Activité > seuil 1 et ≤ seuil 2		55,69 €		38,73 €	40,74 €	61,81 €
Activité > seuil 2		26,11 €		24,20 €	25,46 €	38,63 €
(1) Sont considérés comme amortis les appareils installés depuis plus de sept ans révolus au 1er janvier de l'année considérée.						
(2) Hors appareils IRM 1,5 T dédié aux examens des membres et appareils IRM 1,5 T spécialisé aux examens ostéo-articulaire.						
(3) Appareils IRM adossés à un appareil 1,5 T ou > 1,5 T déjà installé, sur le même site géographique ou en « adossement fonctionnel » selon les dispositions de l'Instruction CNAMTS/DGOS/R3 n° 2012-248 du 15 juin 2012 relative à la priorité de gestion du risque sur l'imagerie médicale en						

Source : décision du 28 mai 2018 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie.

2. Les forfaits techniques représentent une part importante de la dépense d'imagerie médicale

En raison de sa position centrale dans le processus de diagnostic et de soin, l'imagerie médicale a un poids budgétaire important dans les dépenses d'assurance maladie. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne qu'il s'agit du premier poste de dépenses de la classification commune des actes médicaux (CCAM), avec 4,8 milliards d'euros de remboursements en 2021. La régulation des dépenses d'imagerie médicale constitue ainsi un enjeu important pour la maîtrise de l'Ondam.

Le tableau ci-après retrace l'évolution des montants remboursés par l'assurance maladie au titre des forfaits techniques depuis 2015. On observe une évolution annuelle moyenne supérieure à 6 %.

ÉVOLUTION DES MONTANTS ANNUELS REMBOURSÉS PAR L'ASSURANCE MALADIE AU TITRE DES FORFAITS TECHNIQUES

	Montant remboursé par l'Assurance Maladie en milliers €					TCAM 2015-2019
	2015	2016	2017	2018	2019	
FORFAITS TECHNIQUES (FT)	1 046 839	1 135 287	1 183 886	1 243 520	1 320 859	+6,0%
dont FT scanographie	411 081	430 355	437 070	448 734	464 515	+3,1%
dont FT IRM	530 444	583 113	611 716	638 784	682 992	+6,5%
dont tépographie	98 214	113 720	127 190	147 805	164 667	+13,8%

Source : direction de la sécurité sociale.

B. UN FLOU PERSISTANT SUR LA RÉALITÉ DES COÛTS CENSÉS CORRESPONDRE AUX FORFAITS TECHNIQUES

1. Des forfaits rigides face à des charges évolutives, un potentiel « effet de rente »

Dans une communication à la commission des affaires sociales du Sénat publiée en 2016 ⁽¹⁾, la Cour des comptes a appelé à une gestion plus dynamique des forfaits techniques d'imagerie médicale, en soulignant que le lien entre le montant de ces forfaits et les coûts d'investissements et d'exploitation n'était plus démontré.

La Cour relevait que les radiologues, rémunérés au titre de l'acte intellectuel d'interprétation, n'étaient pas censés faire des marges sur les forfaits techniques. Elle appelait ainsi à les réviser pour se prémunir d'un potentiel « effet de rente ».

(1) « L'imagerie médicale », communication à la commission des affaires sociales du Sénat, Cour des comptes, mai 2016.

Le montant des forfaits techniques est en principe déterminé dans le cadre des négociations conventionnelles conduites par l'assurance maladie avec les organisations syndicales représentatives des spécialistes de l'imagerie médicale, en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale. Le 26° de cet article prévoit en effet qu'ont vocation à être régies par convention « *les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements lourds d'imagerie médicale* ».

Cependant, le Gouvernement souligne une difficulté récurrente à apprécier la réalité des charges pesant sur les radiologues, à l'origine d'un déséquilibre dans le cadre de ces négociations sur les forfaits techniques.

2. Des révisions « à l'aveugle » des forfaits techniques, à l'origine de tensions

Dans la foulée de la communication de la Cour des comptes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a introduit les articles L. 162-1-9 et L. 162-1-9-1 dans le code de la sécurité sociale. Ils visent respectivement à créer une commission des équipements matériels lourds d'imagerie médicale et à introduire un mécanisme contraignant de réexamen triennal du montant des forfaits techniques.

Si ladite commission permet d'associer les spécialistes de l'imagerie médicale à ce processus, l'article L. 162-1-9-1 prévoit qu'à défaut d'accord à l'expiration d'un délai de soixante jours à compter de la transmission des propositions du directeur général de l'assurance maladie, celui-ci est habilité à déterminer seul le montant des forfaits techniques.

L'étude d'impact souligne que cette clause a été activée à deux reprises, en 2017 et en 2018, « *pour un montant total d'économies de l'ordre de 27 millions d'euros sur trois ans* ». Ces mesures ont en effet été entérinées dans le cadre du protocole triennal adopté en 2018 avec les radiologues, qui prévoyait au total 207 millions d'euros d'économies sur la période 2018-2020.

Cependant, ce mode de fonctionnement a été fortement décrié par les radiologues, qui ont dénoncé une « *négation du dialogue conventionnel* ». Ils ont appelé le Gouvernement à abroger l'article L. 162-1-9-1, en contrepartie d'un engagement à réaliser les économies prévues dans le protocole. Dans le cadre des débats sur le projet de loi de financement pour 2021, le Gouvernement a néanmoins rejeté la suppression de cette clause au motif que les économies réalisées n'avaient pas été à la hauteur des engagements.

Un nouveau cycle de négociations conventionnelles doit à présent s'engager avec les représentants de la profession, et le Gouvernement indique, dans l'étude d'impact, la nécessité de pouvoir s'appuyer sur des « *informations plus récentes, précises et détaillées concernant les charges des exploitants d'imagerie médicale lourde* » afin « *de faciliter les négociations avec les représentants du secteur* ».

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. ACCROÎTRE LA TRANSPARENCE AUTOUR DES CHARGES ASSOCIÉES AUX ÉQUIPEMENTS LOURDS D'IMAGERIE MÉDICALE...

Le présent article vise à permettre à l'assurance maladie d'obtenir des informations objectives et exhaustives sur les charges financées par les forfaits techniques, lesquelles pourront servir de base de négociation avec la profession.

L'article 26 prévoit ainsi de compléter par cinq alinéas l'article L. 162-1-9-1, relatif au réexamen triennal des forfaits techniques. En vertu de ces nouvelles dispositions, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pourra recueillir les informations utiles auprès d'un échantillon représentatif d'exploitants de ces équipements lourds d'imagerie médicale, constitué tous les trois ans après un appel à candidatures.

Il est prévu que ces informations seront transmises de façon à ne pas porter atteinte au secret commercial et industriel.

Une pénalité est prévue pour les exploitants qui refuseraient de communiquer les informations demandées par l'assurance maladie. Le montant de cette pénalité, qui ne peut excéder 1 % des remboursements de l'assurance maladie au titre des forfaits techniques pendant les douze mois précédant le constat du manquement, est « fonction de la gravité du manquement sanctionné ». Son produit est affecté à l'assurance maladie.

B. ... POUR RENÉGOCIER LES FORFAITS TECHNIQUES SUR DES BASES OBJECTIVES ET PARTAGÉES

Le présent article devra faire l'objet d'un décret en Conseil d'État pour être applicable. L'appel à candidatures pour le recueil des données pourra ensuite être lancé, dans le but de disposer, d'ici la fin 2023, d'informations actualisées sur les charges associées aux équipements lourds d'imagerie médicale. Sur cette base, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pourra engager les discussions avec les radiologues en vue de l'adoption d'un nouveau protocole pluriannuel, en 2024.

Votre rapporteure estime que cette mesure de transparence est souhaitable dans la mesure où elle fournira à l'ensemble des partenaires de la négociation conventionnelle des éléments d'appréciation objectifs et partagés. Il est en effet nécessaire que les forfaits techniques ne soient pas fixés à l'aveugle et déconnectés des charges réelles, dans un sens ou dans l'autre.

Le présent article pourra ainsi contribuer à rééquilibrer et à revaloriser la discussion conventionnelle avec les radiologues. Ce faisant, il devrait avoir pour effet de réduire la propension de l'Uncam à fixer les tarifs de manière unilatérale, fruit de l'échec de la négociation.

Votre rapporteure juge cependant qu'il convient de conduire cet examen des charges de fonctionnement de l'imagerie médicale dans une démarche aussi partenariale que possible avec la profession, afin de ne pas d'emblée tourner le dos à la logique conventionnelle. Elle estime ainsi que les radiologues, qui sont les meilleurs connaisseurs de leur secteur et de la diversité des structures qui le constituent, sont les mieux à même de constituer un échantillon représentatif en vue de l'étude. Elle appelle donc à les associer résolument à la conduite de l'étude prévue par le présent article.

Elle estime par ailleurs que cette étude gagnerait à retracer, au-delà des charges strictement associées à l'imagerie en coupe, les charges pour l'ensemble des équipements d'imagerie médicale. En effet, de nombreux actes de radiologie conventionnelle, dont la cotation a été abaissée au fil des années, ne sont aujourd'hui plus ou peu rentables pour les cabinets ; il importe d'avoir une vision objective des charges supportées par les cabinets d'imagerie au titre de ces actes, afin de garantir un modèle économique viable pour ces examens plus « classiques ».

*

* *

Article 27

Biologie médicale : favoriser l'accès à l'innovation et permettre une régulation des dépenses

L'article 27 porte trois principales mesures visant le secteur de la biologie médicale.

La première mesure vise à améliorer la tarification des innovations dans le domaine de la biologie médicale. À cette fin, elle donne une existence législative au référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN), dans le but de sécuriser juridiquement ce dispositif et d'en améliorer le fonctionnement.

La deuxième mesure vise à permettre un meilleur encadrement du dispositif de biologie délocalisée, qui permet d'effectuer certaines analyses biologiques au plus près des patients, en dehors des laboratoires de biologie médicale. Le dispositif prévoit qu'il revient au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) de fixer la liste des lieux pouvant accueillir ces automates de biologie délocalisée, en fonction de critères définis par un arrêté du ministre de la santé.

La troisième mesure vise à faciliter la régulation tarifaire des actes de biologie médicale dans la perspective du prochain protocole pluriannuel qui doit être négocié avec les représentants de la profession. Des baisses de tarifs sont attendues dans un contexte de hausse des volumes d'actes financés, et alors que le secteur a pu réinvestir à la faveur des marges obtenues sur le financement massif de tests de dépistages pour la covid-19. Le présent article vise ainsi à prémunir l'assurance maladie d'un résultat trop modeste dans le cadre des négociations conventionnelles en prévoyant qu'en l'absence d'accord sur des économies à hauteur de 250 millions d'euros pour 2023, des baisses de tarifs pourront être décidées par arrêté.

I. LE FINANCEMENT DES INNOVATIONS EN MATIÈRE DE BIOLOGIE MÉDICALE

A. LE DROIT EXISTANT : UNE DIFFICULTÉ PERSISTANTE À ASSIMILER LES INNOVATIONS DANS LE CADRE TARIFAIRE

Un rapport de la Cour des comptes⁽¹⁾ a analysé, en octobre 2021, l'« *incapacité persistante* » de la France « à assimiler les innovations dans le cadre tarifaire » de la biologie médicale, face à l'arrivée massive de nouvelles méthodes d'analyse, principalement issues de deux techniques : la biologie moléculaire et le séquençage haut débit.

Les actes innovants doivent faire l'objet d'une évaluation par la Haute Autorité de santé (HAS) afin d'en établir l'intérêt et de proposer, sur cette base, une tarification adaptée. Or, le système français peine à orchestrer cette phase d'évaluation préliminaire à un rythme adapté à celui des innovations. Plus de 700 actes innovants se sont ainsi accumulés, dans l'attente d'une évaluation.

En 2015, le ministère de la santé a réformé son organisation, en scindant ces actes en trois listes :

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

– la première comportait 108 actes initialement innovants mais devenus obsolètes au fil du temps ;

– la deuxième, dite « liste complémentaire », comportait initialement 450 actes, tous évaluables au regard des données scientifiques disponibles ;

– la troisième liste, dite « référentiel des actes innovants hors nomenclature » (RIHN), a un fonctionnement similaire à celui des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) pour les médicaments ; elle comportait initialement 237 actes, encore objet de recherches et d'études.

Les actes inscrits sur ce RIHN, de même que sur la liste complémentaire, peuvent faire l'objet d'une prise en charge transitoire en contrepartie d'un recueil de données cliniques ou médico-cliniques, dans l'attente de leur inscription sur la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) remboursés par la sécurité sociale.

Cependant, la Cour des comptes a pointé du doigt dans son rapport une gestion trop peu dynamique du RIHN et de sa tarification. Elle souligne une difficulté récurrente à orchestrer les « sorties » du RIHN, *via* l'inscription sur la NABM. Ainsi, entre la création du RIHN en 2015 et 2021, seuls sept actes ont été inscrits sur la NABM.

La Cour des comptes a par ailleurs souligné que la tarification des actes dans le cadre du RIHN est parfois inadaptée, et ne prend pas assez en compte la baisse rapide du coût de certaines techniques, en particulier dans le champ de la biologie moléculaire et du séquençage génétique, du fait de l'amortissement des équipements. La rigidité des tarifs entraîne ainsi un préjudice pour l'assurance maladie mais aussi pour le financement de nouvelles innovations.

En effet, le RIHN est financé par une enveloppe de crédits limitative portée par la mission d'intérêt général (MIG) G03, à hauteur de 493,29 millions d'euros pour 2022. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne ainsi que, du fait de cet engorgement du RIHN et des modalités de tarification peu dynamiques, l'enveloppe ne permet de financer en 2021 que 51 % des coûts liés à l'activité recensée en 2019.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Dans le cadre du plan « Innovation Santé 2030 », le Président de la République avait annoncé vouloir permettre un accès simplifié aux actes innovants de biologie et d'anatomopathologie. Le présent article contribue à mettre en œuvre cette orientation.

1. Inscrire le RIHN dans la loi et réformer son fonctionnement

Le I du présent article vise à inscrire le RIHN dans la loi en réformant son fonctionnement. À cette fin, un nouvel article L. 162-1-24 est inséré dans le code de la sécurité sociale, qui consacre l'existence d'une liste d'actes de biologie ou d'anatomopathologie hors nomenclature, pouvant faire l'objet d'une prise en charge transitoire lorsqu'ils sont susceptibles de présenter un bénéfice clinique ou médico-clinique.

Afin de prioriser les inscriptions sur le RIHN, le dispositif prévoit que la Haute Autorité de santé sera chargée de rendre un avis préalable à toute inscription sur cette liste, arrêtée par le ministre de la santé. La HAS a ainsi vocation à être associée à la procédure d'inscription des actes innovants beaucoup plus en amont, pour renforcer la pertinence de l'inscription sur le RIHN, mais aussi pour raccourcir les délais d'inscription sur la NABM en sortie de RIHN.

À cette fin, le présent article prévoit aussi que la HAS sera automatiquement saisie d'une demande d'inscription sur la NABM six mois avant l'expiration du délai de prise en charge prévu dans le cadre du RIHN.

Un décret en Conseil d'État doit préciser les modalités d'application du présent article, en particulier les critères permettant l'inscription sur le RIHN et l'actualisation de la liste actuelle du RIHN, ainsi que les modalités d'association de la HAS.

2. Cette mesure devrait permettre un meilleur financement de l'innovation

Le Gouvernement souligne, dans l'étude d'impact, que la mise en œuvre de cet article devrait conduire à dégager davantage de ressources pour les véritables innovations, puisque les « anciens » actes innovants se trouveront plus rapidement pris en charge dans le cadre de droit commun, *via* leur inscription sur la NABM. C'est ici l'apport principal attendu des dispositions portées par le présent projet de loi. L'étude d'impact table sur une dépense supplémentaire de 22 millions d'euros par an à terme, en raison du rythme croissant de prise en charge des innovations dans le droit commun.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à dégager des ressources nouvelles pour le financement des innovations en biologie et anatomopathologie. Les économies attendues des nouvelles mesures de régulation sur les actes hors covid-19 (*cf.* III) ont ainsi vocation à être en partie redéployées pour l'innovation. Le rapport Charges et produits 2023 de l'assurance maladie⁽¹⁾ mentionne une enveloppe de 150 millions d'euros sur trois ans pour l'innovation. Les représentants du secteur estiment néanmoins que cette enveloppe, qui ne leur revient pas en totalité, est déjà largement entamée par l'inscription d'ores et déjà programmée de certains nouveaux actes. En tout état de cause, elle n'aurait pas vocation à abonder le financement du RIHN.

(1) Rapport Charges et produits : Propositions de l'assurance maladie pour 2023, Cnam, juillet 2022.

II. L'ENCADREMENT DE LA BIOLOGIE DÉLOCALISÉE

A. LE DROIT EXISTANT

1. Émergence d'une biologie délocalisée dans un contexte d'urgence

La biologie délocalisée peut être définie comme la réalisation des phases pré-analytique (recueil) et analytique (processus technique permettant l'obtention du résultat) d'un examen biologique en dehors d'un laboratoire de biologie médicale. Ces phases sont dès lors accomplies par un médecin non biologiste ou un soignant, tandis que seule la phase post-analytique (validation, interprétation et communication du résultat) est assurée par le médecin biologiste. L'ensemble du processus demeure néanmoins sous la responsabilité du médecin biologiste.

La possibilité d'une biologie délocalisée a été introduite dans le droit par l'ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale⁽¹⁾ qui a donné naissance à l'article L. 6211-18 du code de la santé publique.

Dans sa mouture initiale, cet article L. 6211-18 ouvrait la voie à une application de la biologie délocalisée dans un contexte d'urgence, essentiellement en établissement de santé. En effet, elle n'était envisageable que dans les cas où elle était « *rendue nécessaire par une décision thérapeutique urgente* ».

2. Vers une conception plus large de la biologie délocalisée, destinée à effectuer les examens de routine en proximité

Dans les axes d'amélioration identifiés par le Pacte de refondation des urgences de 2019, était apparue la nécessité de développer l'accès direct à des examens de biologie médicale dans le cadre de consultations sans rendez-vous (mesure n° 3), dans le but de réduire le flux des patients qui accèdent aux urgences pour effectuer des examens biologiques de routine.

Cette orientation a été mise en œuvre par le Gouvernement, par voie d'amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Le critère de « *décision thérapeutique urgente* » a été remplacé par celui de « *délais compatibles avec l'état du patient* » pour autoriser la mise en œuvre d'une biologie délocalisée.

Le Gouvernement avait alors argumenté que l'ouverture de la biologie délocalisée « *aux structures de premier recours serait de nature à permettre de réduire le temps d'accès et/ou de rendu de résultats, et à limiter ainsi le recours aux services d'urgence hospitaliers conçus aujourd'hui comme des agrégateurs de l'offre clinique et d'examen complémentaires* »⁽²⁾.

(1) Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale.

(2) Exposé sommaire de l'amendement déposé par le Gouvernement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Par ailleurs, les hôpitaux du service de santé des armées ont été ajoutés, en 2018, au nombre des structures pouvant pratiquer cette biologie délocalisée.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **II** du présent article vise à mieux encadrer le déploiement de la biologie médicalisée en confiant aux directeurs généraux des agences régionales de santé (ARS) la responsabilité d'établir la liste des lieux pouvant accueillir les automates de biologie délocalisée au sein de chaque région.

En l'état actuel des choses, il revient au ministre – de la santé ou des armées, selon le cas – de définir ces lieux. Cependant, cette définition nationale peut être insuffisamment précise et peu adaptée aux réalités de chaque territoire. Elle constitue un cadre insuffisamment régulé pour le développement des plateaux techniques de biologie délocalisée, avec le risque de voir, dans certains endroits, se multiplier, par ce canal, des actes de biologie non pertinents.

Le présent article prévoit ainsi que l'arrêté des ministres ne fixera plus que les « conditions » pour qu'un lieu puisse accueillir de la biologie délocalisée. Il reviendra ensuite au directeur général de chaque ARS de déterminer les lieux qui, sur son territoire, répondent à ces critères, au regard des besoins locaux.

L'étude d'impact indique que cette approche va conduire à revoir à la baisse le niveau de financement nécessaire pour le déploiement des plateaux techniques de biologie délocalisée. Initialement, un coût annuel de 22 millions d'euros était envisagé, correspondant à l'équipement de 50 % des maisons et centres de santé pluriprofessionnels. L'étude d'impact fait à présent état d'un coût annuel moitié moindre, à hauteur de 11 millions d'euros annuels en régime de croisière.

Par ailleurs, le présent article modifie les lieux pouvant pratiquer la biologie délocalisée dans le cadre du service de santé des armées : il ne sera plus forcément nécessaire que ce soit un hôpital des armées, mais simplement un « élément du service de santé des armées ».

III. LA RÉGULATION TARIFAIRE DES ACTES DE BIOLOGIE MÉDICALE

Le **III** du présent article vise à faciliter la régulation tarifaire du secteur de la biologie médicale, en vue de contenir les remboursements de l'assurance maladie.

A. LE DROIT EXISTANT

1. Une régulation tarifaire organisée par des protocoles pluriannuels négociés dans le cadre conventionnel

Les dépenses d'assurance maladie au titre de la biologie médicale représentent, hors dépenses liées aux tests de la covid-19, un montant global de

6 milliards d'euros. Cette masse budgétaire substantielle tient notamment à la place centrale tenue par les examens biologiques dans le processus de diagnostic : la Cour des comptes, dans son rapport précité, estime ainsi qu'ils contribuent à 60 % voire 70 % des diagnostics.

Les actes effectués au sein des laboratoires de biologie médicale de ville représentent environ les deux tiers de ces dépenses d'assurance maladie. La croissance continue des volumes d'actes pratiqués dans ces laboratoires a imposé de mettre en place, à compter de 2014, des mesures de régulation visant à contenir les dépenses de l'assurance maladie dans ce secteur.

Ainsi, à compter de 2014, ont été adoptés des protocoles triennaux négociés entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les syndicats professionnels de biologistes. Ces protocoles, qui ont porté sur les périodes 2014-2016, 2017-2019 et 2020-2022, prévoyaient des enveloppes financières de dépenses annuelles fixes, dont l'évolution d'une année sur l'autre était fortement contenue : + 0,25 % jusqu'en 2019.

Cet objectif de maîtrise des dépenses devait être atteint par des mesures portant à la fois sur le volume d'actes pratiqués et sur les tarifs de ces actes. La maîtrise des volumes reposait sur la mise en place de bonnes pratiques visant à ne pas prescrire d'actes inutiles ou redondants, et sur la révision de la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) pour en supprimer les actes obsolètes. La Cour des comptes a cependant montré que cette action sur les volumes a été d'une efficacité réduite et difficile à apprécier, notamment parce que les leviers d'action n'étaient que très partiellement entre les mains des biologistes, qui ne sont pas les prescripteurs.

La régulation par les tarifs s'est avérée plus décisive sur l'évolution des dépenses. Les protocoles triennaux ont entériné des baisses de cotations sur certains actes. En complément, des baisses ponctuelles de la valeur de la lettre clé B ont été décidées, en 2016 et en 2018, lorsque les baisses de cotation ne suffisaient pas à assurer le respect de l'enveloppe. Au total, d'après le rapport de la Cour des comptes, ces mesures tarifaires auraient permis des économies annuelles de l'ordre de 136,5 millions d'euros sur la période du premier protocole et de 304,2 millions d'euros sur le deuxième.

2. Une régulation tarifaire perturbée par la crise de la covid-19

La crise sanitaire a entraîné dans un premier temps une contraction très importante de l'activité de la biologie médicale, avant une augmentation très rapide, dès le second semestre, liée au recours massif aux tests diagnostiques du virus Sars-CoV-2. Ainsi, en 2020, les dépenses de biologie médicale en ville ont crû de 51,1 % par rapport à 2019, pour atteindre près de 5 milliards d'euros.

Dans ce contexte, les objectifs de régulation du protocole 2020-2022 ont d'abord été laissés de côté, avant d'être progressivement réintroduits à compter du

printemps 2021. Cependant, comme le souligne l'étude d'impact du présent projet de loi, la biologie médicale régulée dans le cadre du protocole n'a représenté, pour cette année, que 50 % des dépenses du secteur.

En parallèle, l'assurance maladie a très largement financé les dépenses relatives aux tests de dépistage de la covid-19. Le rapport précité de la Cour des comptes montre que la France a fait figure d'exception en la matière, en n'exigeant d'ordonnance médicale pour le remboursement des tests qu'à compter d'octobre 2021, et en tardant à réduire les tarifs des tests de dépistage du Sars-CoV-2. Ces facteurs ont permis aux laboratoires de biologie médicale de voir leur chiffre d'affaires augmenter de plus de 85 % entre 2019 et 2021. Ils leur ont aussi permis d'amortir rapidement les investissements réalisés pour effectuer ces tests de dépistage ; ainsi la plupart des laboratoires se sont dotés de machines pour réaliser des actes de biologie moléculaire s'appuyant sur les diagnostics d'amplification générique (RT-PCR), auparavant pris en charge uniquement à l'hôpital.

Au total, alors que la période de régulation du précédent protocole arrive à échéance à la fin 2022, les laboratoires de biologie médicale se trouvent incontestablement dans une situation relativement favorable, que la Cour des comptes appelle à prendre en compte dans le cadre des futures négociations de l'assurance maladie avec les syndicats de biologistes.

B. LE DROIT PROPOSÉ

L'objet du **III** du présent article est de prémunir l'assurance maladie contre un échec des négociations conventionnelles à venir, qui viendrait compromettre les économies attendues sur les actes courants de biologie médicale.

À cette fin, il est prévu que, par dérogation aux articles L. 162-14 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale qui décrivent le contenu des conventions entre l'assurance maladie et les directeurs de laboratoire, à défaut d'accord sur une baisse des tarifs des actes de biologie médicale non liés à la crise sanitaire à hauteur de 250 millions d'euros, les ministres chargés de la santé et de la sécurité fixeront ces baisses de tarifs par arrêté.

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi indique que le Gouvernement a l'intention de réaliser ces économies *via* une baisse de 2 centimes de la lettre clé B, qui est utilisée pour la cotation de l'ensemble des actes de biologie médicale. Il s'agirait donc d'une baisse uniforme de l'ensemble des tarifs de biologie, qui aurait aussi un impact sur les laboratoires hospitaliers.

Cette option diffère de celle qui était mise en avant dans le cadre du rapport Charges et produits 2023 de l'assurance maladie, publié en juillet dernier. L'assurance maladie visait alors 180 millions d'euros d'économies, qui pourraient être atteintes par des baisses de cotation ciblées sur certains actes.

Le Gouvernement estime que le niveau de rentabilité atteint par les laboratoires de biologie médicale avec la crise sanitaire justifie une baisse de la lettre clé B. Le rapport Charges et produits précité montre que tous les laboratoires, quelle que soit leur taille, ont vu leur rentabilité s'accroître fortement au cours des deux dernières années – les grands dans des proportions plus importantes. La rentabilité moyenne du secteur dépasse actuellement les 20 %.

Votre rapporteure partage l'idée que la biologie médicale doit contribuer aux efforts de maîtrise de l'Ondam. Elle estime néanmoins qu'il faudra veiller à ce que les économies demandées n'accélèrent pas encore la concentration du secteur, au détriment des implantations locales. Les laboratoires de biologie en ruralité sont en effet un élément déterminant de l'accès aux soins de premier recours.

Votre rapporteure estime à cet égard qu'il conviendrait de laisser un espace aux négociations conventionnelles qui doivent s'ouvrir afin, notamment, de pouvoir moduler les économies demandées et leurs modalités en fonction des engagements pris par les biologistes pour garantir la pérennité de leurs implantations.

Elle appelle enfin à agir de manière beaucoup plus forte et volontariste pour limiter les volumes d'actes réalisés, en supprimant les actes inutiles, en lien avec les prescripteurs, et alors que le nombre d'actes prescrits par ordonnance ne cesse d'augmenter.

*

* *

Article 28

Régulation des sociétés de téléconsultation facturant à l'assurance maladie obligatoire

Adopté par la commission avec modifications

L'article 28 crée un nouveau statut juridique *ad hoc* de sociétés de téléconsultation pour les sociétés de télé médecine offrant des prestations de soins. Ces sociétés, qui représentent 3 à 7 % du total des téléconsultations, permettent de répondre à une partie des besoins en soins des Français, notamment ceux n'ayant pas de médecin traitant ou ayant des difficultés d'accès au système de santé. Ces sociétés, qui ne doivent pas être confondues avec les plateformes qui permettent à des médecins libéraux d'utiliser des outils numériques, disposent de médecins salariés. En étant agréées, pour une durée de deux ans, elles pourraient facturer directement à l'assurance maladie obligatoire (AMO) les actes de téléconsultation réalisés par des médecins salariés. Le coût du dispositif, qui entrera en vigueur au plus tard le 31 décembre 2023, est évalué à 2,6 millions d'euros pour l'année 2023, dont 2,3 millions d'euros au titre du remboursement des téléconsultations, et à 4,5 millions d'euros en 2024 et 2025.

La téléconsultation est une consultation à distance entre un professionnel médical et son patient *via* l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Si cette pratique existe depuis longtemps, elle s'est surtout développée dans le contexte de la crise sanitaire et notamment des confinements successifs.

Le développement de ces sociétés de téléconsultation constitue une réponse aux besoins de soins de la population, notamment pour les patients situés dans des zones sous-denses et pour les patients sans médecin traitant. Le présent article cherche à développer ces sociétés en les encadrant juridiquement et en prenant en charge les téléconsultations qu'elles réalisent.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. L'ABSENCE DE STATUT JURIDIQUE ADAPTÉ POUR LES SOCIÉTÉS DE TÉLÉCONSULTATION

L'activité de télé médecine mise en œuvre par les sociétés commerciales est aujourd'hui structurée autour de deux modèles différents. On distingue :

– les sociétés prestataires de systèmes d'information qui proposent aux professionnels de santé l'usage d'un outil numérique (vidéotransmission, plateforme d'échange de données avec le patient). Les soins assurés sont facturés à l'assurance maladie par les professionnels de santé utilisant cet outil numérique ;

– les sociétés qui proposent une offre de télé médecine incluant des prestations de soins. Ces dernières sociétés ne disposent pas de structuration juridique pérenne permettant de facturer les prestations à l'assurance maladie (sauf

expérimentations au sens de l'article 51 de la LFSS 2018) et leur activité ne fait pas l'objet d'une régulation spécifique. En 2020, elles ne réalisaient que 3 à 7 % du total des téléconsultations.

Les statuts juridiques existants, énumérés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, qui permettent à une structure ayant une activité salariée ou à un professionnel libéral de facturer des soins à l'AMO, ne sont pas adaptés à ces sociétés de téléconsultation. Aujourd'hui seuls peuvent facturer à l'AMO des professionnels de santé en exercice libéral, des professionnels de santé salariés d'un autre professionnel de santé libéral, des professionnels de santé d'une maison de santé, des professionnels de santé salariés d'un centre de santé et des professionnels de santé salariés d'un établissement de santé ou d'un établissement social et médico-social.

Afin que les prestations qu'elles délivrent puissent être prises en charge par l'assurance maladie, ces sociétés ont créé des associations gérant des centres de santé. Or, leur modèle ne correspond pas au corpus des centres de santé, eu égard aux exigences d'accueil physique, de non-lucrativité qu'ils requièrent. Compte tenu de l'obligation, depuis l'année 2022, de ne pas dépasser 20 % d'activité à distance, ces sociétés devraient renoncer à ce modèle.

Il convient donc de créer un statut *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation afin de clarifier les exigences relatives aux modalités d'exercice en leur sein et leur permettre de pouvoir d'une part facturer à l'assurance maladie les soins réalisés à distance de telle sorte que les patients puissent être pris en charge et, d'autre part, rémunérer les professionnels salariés.

Selon le Gouvernement, en 2020, ces plateformes auraient salarié l'équivalent de 268 équivalents temps plein médicaux en France sur 90 000 médecins généralistes, ce qui représente 0,3 % de l'activité totale des généralistes en France.

B. LE RÉGIME DE PRISE EN CHARGE DES TÉLÉCONSULTATIONS PAR L'ASSURANCE MALADIE

Les téléconsultations ne sont prises en charge par l'assurance maladie que sous certaines conditions. En effet, pour être remboursée, la téléconsultation doit avoir respecté le parcours de soins (réalisée par le médecin traitant ou orienté par lui vers le téléconsultant), doit être réalisée à proximité et doit être alternée avec des consultations en présentiel.

Toutefois, des exceptions sont prévues à ces conditions, notamment lorsque le patient se situe dans une zone sous-dotée ou qu'il ne dispose pas d'un médecin traitant. Ces situations spécifiques sont reconnues comme étant des dérogations qui ouvrent droit au remboursement de la téléconsultation par l'AMO ⁽¹⁾.

(1) Avenant n° 6 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 25 août 2016.

De plus, depuis le 18 mars 2020 et la crise sanitaire, il n'est pas obligatoire que les téléconsultations soient réalisées par un médecin traitant ou de l'avoir consulté en présentiel au cours des douze derniers mois pour qu'elles soient remboursées⁽¹⁾. À ce titre, les téléconsultations sont remboursées à 100 % par l'assurance maladie, mais ces dispositions prennent fin le 30 septembre 2022.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article a pour objet la création d'un statut juridique *ad hoc* pour les sociétés de téléconsultation. Il s'agit ainsi d'offrir un cadre juridique aux sociétés qui proposent une offre de télémédecine grâce à des médecins salariés.

• Le 1^o du I précise à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale que la Haute Autorité de santé (HAS) doit établir un référentiel de bonnes pratiques professionnelles applicables aux sociétés de téléconsultation bénéficiant du statut *ad hoc* et proposer des méthodes d'évaluation de ces sociétés.

Le 2^o du I modifie l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour ajouter les sociétés de téléconsultation à la liste des statuts existants permettant de facturer l'assurance maladie obligatoire.

Le II crée dans le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique un titre VIII « Agrément des sociétés de téléconsultation ». En son sein, il est précisé que les sociétés de téléconsultation agréées par les ministères chargés de la santé et de la sécurité sociale pourront facturer à l'AMO les actes de téléconsultation réalisés par les médecins qu'elles salarient.

Il prévoit ensuite les conditions auxquelles doivent répondre ces sociétés pour être agréées. En ce sens seules les sociétés commerciales régies par le code de commerce et qui ne sont pas sous contrôle d'une entreprise de l'industrie pharmaceutique seront admissibles. Des exigences déontologiques devront être respectées tandis que les conditions de l'avenant n° 9 à la convention médicale s'appliqueront aux sociétés de téléconsultation, ce qui signifie qu'il sera possible de déroger aux principes de parcours de soin et de territorialité pour le remboursement des consultations dans le cas où le patient n'a pas de médecin traitant ou que son médecin traitant n'est pas disponible, et s'il réside en zone sous-dense. Le patient pourra également être orienté vers une téléconsultation par le service d'accès aux soins (SAS).

Par ailleurs, est prévue, au sein des sociétés de téléconsultation agréées lorsque plusieurs médecins y exercent, la création d'un comité médical chargé de donner son avis sur la politique médicale de la société et sur son programme

1) Décret n° 2020-227 du 9 mars 2020 adaptant les conditions du bénéfice des prestations en espèces d'assurance maladie et de prise en charge des actes de télémédecine pour les personnes exposées au covid-19.

d'actions et contribuer à la définition de sa politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Enfin, les sociétés de téléconsultation agréées précitées devront réaliser chaque année un programme d'actions visant à garantir le respect des obligations qui s'imposent à elles ainsi qu'un rapport sur leurs activités, transmis au conseil départemental de l'ordre des médecins et aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

La durée de l'agrément et les modalités de renouvellement seront précisées par décret. Selon l'étude d'impact, la durée sera fixée à deux ans afin de s'assurer régulièrement que les sociétés respectent le cahier des charges. La procédure de vérification du respect des exigences légales et réglementaires, placée sous la responsabilité des ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, associera l'ensemble des parties prenantes, notamment la HAS, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), l'Agence du numérique en santé (ANS) et le Conseil de l'Ordre des médecins. En cas de non-respect des exigences légales et réglementaires, des sanctions graduées pouvant aller jusqu'à la suspension de l'agrément, seront appliquées.

● Le coût du dispositif, qui entrera en vigueur au plus tard le 31 décembre 2023 (III), est évalué à 2,55 millions d'euros pour l'année 2023, dont 2,25 millions d'euros au titre du remboursement des téléconsultations et 300 000 euros pour la mise en place de l'agrément, et à 4,5 millions d'euros en 2024 et 2025.

*

* *

CHAPITRE IV

Rénover la régulation des dépenses de produits de santé

Article 29

Assurer une juste contribution des différents acteurs à la régulation des produits de santé

Supprimé par la commission

L'article 29 vise à fixer, comme traditionnellement, le montant des montants susceptibles de faire se déclencher les clauses « de sauvegarde », à savoir le montant M pour le médicament et le montant Z pour les dispositifs médicaux.

Comme il devient également traditionnel, cet article modifie le champ des médicaments pris en compte pour calculer le chiffre d'affaires constituant l'assiette de la clause, en y intégrant les médicaments acquis par l'Agence nationale de santé publique pour constituer des stocks, pour faire notamment face au risque de crises sanitaires.

L'article fixe en outre un nouveau calendrier déclaratif du chiffre d'affaires pour les entreprises redevables de la clause, afin de les sanctionner en cas de déclaration tardive, ce type de contrainte étant susceptible d'alourdir la charge de l'administration comme de retarder la fixation, pour l'ensemble des entreprises, du montant de la contribution qu'elles doivent ensuite provisionner.

De manière plus innovante, l'article crée une nouvelle contribution portant sur les médicaments qui « tirent » le plus les dépenses des médicaments remboursés, à savoir les médicaments au titre desquels est réalisé un chiffre d'affaires non négligeable, en forte augmentation.

I. LA CLAUSE DE SAUVEGARDE : UN « OUTIL DE DERNIER RECOURS » QUI SE TRANSFORME PROGRESSIVEMENT EN MODALITÉ HABITUELLE DE RÉGULATION DU PRIX DU MÉDICAMENT

A. LE FONCTIONNEMENT DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE DEPUIS 2019

1. Le mécanisme de la clause de sauvegarde s'applique au secteur du médicament depuis désormais plus de vingt ans

Le principe d'une régulation *ex post* des dépenses liées au remboursement des produits de santé a connu diverses fortunes, avant de se fixer en 1999 sur le principe d'une contribution portant sur les entreprises pharmaceutiques dont le chiffre d'affaires croît plus vite qu'un taux défini au sein des lois de financement. D'abord « taux K », le nom de cette contribution a varié presque autant que ses modalités de calcul, et ce, à un rythme de plus en plus trépidant au fil des dernières années.

Alors que ce « taux K » était directement lié à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), la loi de financement pour 2015 a revu ce

principe en ouvrant la possibilité au législateur de fixer un « taux L »⁽¹⁾, divisé en 2017⁽²⁾ entre un taux applicable aux dépenses en ville (taux « Lv ») et un taux applicable aux dépenses dans le secteur hospitalier (taux « Lh »). La loi de financement pour 2019⁽³⁾ a procédé à une rationalisation du mécanisme de la clause de sauvegarde pour le médicament, en créant un montant M, qui :

– réunit les seuils de déclenchement des clauses autour du seul chiffre d'affaires ;

– rétablit la prise en compte des remises « produits », permettant de faire en sorte que le chiffre d'affaires pris en compte pour l'établissement de la contribution reflète le véritable coût des produits pour l'assurance maladie.

2. Le mécanisme actuel de la clause de sauvegarde du médicament

a. Le déclenchement de la clause

Le mécanisme de la contribution doit d'abord s'analyser comme la fixation par le législateur social financier, chaque année, d'un montant correspondant à la prise en charge adéquate des produits de santé par la solidarité nationale, dans le cadre de l'Ondam.

Ce niveau adéquat est aujourd'hui fixé non pas selon une évolution du taux de la dépense, mais, à l'instar de l'Ondam lui-même, en euros. Le montant « M », au titre de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, correspond à un montant déterminé par le législateur, dans le but d'assurer le respect de l'Ondam, correspondant au chiffre d'affaires hors taxe (CAHT) réalisé au cours d'une année civile sur le territoire métropolitain ainsi que dans les départements et régions d'outre-mer par des entreprises pharmaceutiques. Ce CAHT est minoré des remises consenties par les redevables au titre des spécialités concernées.

Les entreprises dont le chiffre d'affaires est considéré pour évaluer l'activité sont non seulement celles qui exploitent, mais aussi celles qui assurent l'importation ou la distribution parallèle de spécialités remboursables.

(1) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

(2) Loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.

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

Les médicaments pris en compte pour déterminer l'assiette de la contribution

Au titre du II de l'article L. 138-10, sont déterminés les médicaments qui sont pris en compte non seulement pour déterminer le montant du chiffre d'affaires susceptible de déclencher la clause, mais qui constituent également l'assiette de la contribution.

Ces médicaments sont :

- inscrits sur les listes des médicaments remboursés dans les officines en ville ou dans les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé ;
- inscrits sur la « liste en sus » des établissements de santé, correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant ;
- pris en charge sur la base d'une autorisation ou dans un cadre de prescription compassionnelle, qui ciblent des besoins médicaux auxquels peuvent répondre des médicaments pour lesquels le laboratoire n'a pas de stratégie commerciale ;
- importés, dans le cadre du régime d'autorisations délivrées par l'ANSM ou dans le cadre d'une importation parallèle ⁽¹⁾ ;
- pris en charge dans le cadre du dispositif d'accès direct prévu par la LFSS 2022 ⁽²⁾.

Dès lors que le montant cumulé des CAHT de l'ensemble des entreprises susceptibles d'être assujetties à la contribution dépasse, pour l'année civile concernée, le montant M, la clause se déclenche et la contribution est due, selon une clé de répartition spécifique.

b. La détermination du montant de la contribution

Compte tenu du fait que la clause a été pensée comme un dispositif destiné non pas à assurer un rendement, mais à éviter que l'évolution du chiffre d'affaires du médicament ne devienne trop lourde pour les comptes sociaux, le montant de la contribution est calculé en fonction d'un taux progressif fixé à l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, selon la clé suivante :

– si le montant M n'est dépassé que d'un niveau inférieur ou égal à 0,5 %, le taux applicable est de 50 % du CAHT, minoré des remises consenties par les entreprises redevables ;

– si le montant M est dépassé d'un niveau inférieur ou égal à 1 %, ce taux est porté à 60 % ;

– au-delà, le taux est porté à 70 %.

(1) Une importation est qualifiée de « parallèle » lorsqu'elle consiste à acquérir un médicament dans un État membre de l'Union européenne, puis à le commercialiser dans un autre État membre, en dehors du réseau de distribution mis en place par le fabricant ou son distributeur agréé.

(2) Article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

c. La répartition du montant de la contribution et les mécanismes d'abattement

La part de la contribution due par chacune des entreprises redevables est calculée au prorata de son chiffre d'affaires, mais ne peut excéder 10 % de son CAHT au titre de l'ensemble des médicaments qu'elle exploite, importe ou distribue.

Ce montant peut faire lui-même l'objet d'un abattement, dans les conditions décrites *infra*.

Le recours par les entreprises à un abattement sur le montant de la clause

De manière cohérente avec l'objectif premier de la clause de sauvegarde, à savoir encourager les entreprises à engager des négociations avec le Comité économique des produits de santé (CEPS), l'article L. 138-13 ouvre la possibilité de bénéficier de deux formes d'abattement :

– les entreprises qui ont conclu avec le CEPS une convention en cours de validité au 31 décembre de l'année pour laquelle la contribution est due, portant sur 90 % du chiffre d'affaires de l'année, peuvent signer un accord avant le 31 janvier de l'année suivante instituant le versement de l'ensemble ou d'une partie de la contribution sous forme de remise. Si celle-ci est supérieure à 95 % du montant de la contribution, l'entreprise est exonérée de la contribution elle-même ;

– une entreprise qui a conclu une convention par laquelle elle accepte d'abaisser le prix net d'une ou plusieurs de ses spécialités avec le CEPS peut bénéficier d'un abattement compris entre 5 % et 20 % du montant de la clause, en fonction du montant de la baisse de prix.

Le barème relatif à l'application des abattements pour les entreprises qui consentent à des baisses de prix a été fixé pour la première fois par arrêté pris cette année ⁽¹⁾, selon la distribution suivante :

(1) Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

BARÈME DU TAUX D'ABATTEMENT DE LA CONTRIBUTION

(pourcentages)

Abattement	Borne basse permettant d'être éligible à l'abattement : économies (*) en pourcentage de CA (**)	Borne haute permettant d'être éligible à l'abattement : économies (*) en pourcentage de CA (**)
10 %		0,70 %
15 %		3,00 %
20 %		(sans objet)

(*) économies = économies réalisées par l'assurance maladie du fait de la baisse du prix net de ces spécialités pour l'année au titre de laquelle la contribution est due.

(**) CA = chiffre d'affaires de l'entreprise calculé selon les mêmes modalités que la clause.

Source : Arrêté du 31 janvier 2022 fixant le barème prévu à l'article L. 138-13 du code de la sécurité sociale.

3. Une clause de sauvegarde propre aux dispositifs médicaux inspirée de celle du médicament

Les dispositifs médicaux font, depuis la LFSS 2020 ⁽¹⁾, l'objet d'une clause qui leur est propre et dont le mécanisme est comparable, à quelques différences – parfois majeures – près :

– le champ pris en compte ne porte que sur une partie de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) ;

– la clause porte sur le montant remboursé, à la différence du montant M, qui prend en compte le montant du médicament remboursable ;

– le montant de la contribution est égal à la totalité de la différence entre le montant Z à partir duquel la contribution est due et le montant cumulé des CAHT des entreprises redevables constaté au cours de l'année civile concernée ;

– il n'existe pas de conventions préalables entre le CEPS et les fabricants de dispositifs médicaux susceptibles de leur faire bénéficier d'un mécanisme d'abattement comparable à celui qui s'applique aux médicaments.

B. UN DISPOSITIF QUI, POUR LE MÉDICAMENT, EST DE MOINS EN MOINS « DE DERNIER RECOURS »

1. Le déclenchement régulier de la clause depuis 2015 est de nature à remettre en cause son statut

La clause de sauvegarde n'a vocation à se déclencher, comme le rappelle l'annexe 9 au présent projet de loi, que si l'ensemble des autres outils de régulation, qu'il s'agisse des baisses de prix négociées pour chaque spécialité par le CEPS ou

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

par le biais de remises, en fonction des différentes modalités de prise en charge des spécialités.

Pourtant, indépendamment du mécanisme retenu, force est de constater, ainsi que le rappelle le CEPS dans son rapport annuel de décembre 2021, que le dispositif inscrit à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale s'est régulièrement déclenché :

– en 2015 et en 2016, le taux L, fixé à 0 %, avait été dépassé par le taux d'évolution du chiffre d'affaires (CA) pour les médicaments en ville et à l'hôpital, net des « remises produits », conduisant au versement de la contribution L ;

– en 2017, si le taux de croissance du CA brut dans le champ de la contribution Lv était inférieur à 0 %, ce taux était supérieur à 2 % dans le champ de la contribution Lh, entraînant le versement d'une contribution (ou, alternativement, de remises) ;

– en 2018, à l'inverse, c'est dans le champ de la contribution Lv que le dispositif s'est déclenché, en raison d'un taux de croissance du CA brut supérieur à 0 % ;

– en 2019, le chiffre d'affaires net des remises a dépassé le montant M de 158 millions d'euros, aboutissant au versement de 126 millions d'euros de remise en application du dispositif exonérateur exposé *supra*.

Si l'exercice 2020 a échappé à l'activation de la clause, qui a alors retrouvé son rôle de régulateur « en dernier ressort », la clause s'est à nouveau déclenchée en 2021, à hauteur de 400 millions d'euros, tandis que la LFSS 2022 avait prévu dans tous les cas le déclenchement d'une clause de sauvegarde, pour un montant de 125 millions d'euros. Cette clause de sauvegarde « automatiquement déclenchée », qui revient sur le principe d'un déclenchement uniquement lorsque les objectifs d'économies *via* les baisses de prix n'ont pas été respectés, renoue avec l'usage de la clause comme mécanisme de régulation annuel de la dépense de médicaments.

2. Le montant de la clause devient de plus en plus difficile à anticiper

a. Le marché du médicament remboursable connaît une augmentation régulière, mais accélérée sur les dernières années

L'évolution du montant des dépenses de médicaments dépend de trois effets cumulatifs :

– l'effet prix, qui correspond à l'évolution des prix unitaires entre N-1 et N des spécialités présentes sur le marché au cours des deux années (périmètre constant) ;

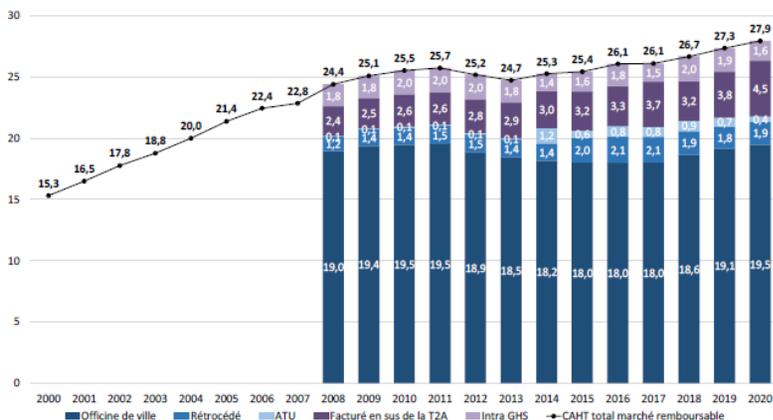
– l’effet « boîtes », défini comme le rapport entre le nombre de boîtes vendues en année N et le nombre de boîtes vendues en année N-1, c’est la première composant de l’effet volume ;

– l’effet de structure rend compte de l’évolution des parts de marché entre les années N-1 et N. Lorsque cet effet est positif, le marché se déforme en faveur des présentations les plus onéreuses. L’innovation et le développement des génériques sont retracés dans l’effet de structure ; la première tire l’effet de structure vers le haut tandis que les nouveaux génériques orientent l’effet de structure à la baisse. C’est la seconde composante de l’effet volume.

En cumul sur la période 2000 à 2020, l’effet prix est de - 43,5 %, selon le CEPS ⁽¹⁾. Sur la même période, l’effet boîtes est aussi négatif bien que nettement moindre (- 13,1 %). Le moteur de la croissance du CAHT réalisé sur des médicaments en officine de ville depuis 2000 reste la déformation de la structure des ventes des médicaments les moins chers vers les médicaments les plus onéreux. L’effet de structure cumulé sur la période 2000-2020 est de 184,7 %.

La progression du CAHT total des médicaments remboursables a toutefois été régulière au cours des deux dernières décennies, de 15,3 milliards d’euros en 2000 à 27,9 milliards d’euros en 2020 ⁽²⁾.

Graphique 1 – Répartition des ventes en PFHT des médicaments pris en charge depuis 2000



Source : Données GERS- marché ville à fin Décembre 2020, déclarations des entreprises et achats des établissements pour l’hôpital, exploitation CEPS.

L’évolution récente du marché du médicament remboursable, et notamment en 2021 et 2022 laisse toutefois apparaître une accélération rapide. Entre 2019 et 2022, les remboursements des médicaments et d’honoraires des pharmaciens ont évolué de 8 % par an en moyenne entre 2019 et 2022. Même, hors dépenses liées à la crise sanitaire, ce montant a augmenté de 5,5 % en moyenne sur cette même

(1) Rapport d’activité du Comité économique des produits de santé 2020, décembre 2021.

(2) Ces montants sont largement supérieurs aux montants M fixés au cours des derniers exercices, dans la mesure où ils prennent en compte les remises qui sont déduites du CAHT.

période, et même de 7,4 % en 2022 ⁽¹⁾. Cette augmentation tient à plusieurs facteurs qui se combinent :

– un certain nombre de classes de médicaments qui, notamment en raison de leur caractère innovant, « tirent » les dépenses vers le haut (médicaments indiqués contre la mucoviscidose, oncologie) ;

– l’inflation, qui porte sur les exploitants à la fois dans leurs contributions énergétiques mais aussi sur les matières premières nécessaires à la fabrication des spécialités comme de leur emballage.

Cette augmentation pourrait se traduire, selon les réponses apportées par le Gouvernement à la rapporteure générale ⁽²⁾, au vu des données disponibles à ce stade, par un dépassement sensible du montant M, fixé en 2021 à 23,99 milliards d’euros, de l’ordre de 750 millions d’euros.

b. Le décalage entre le rythme d’évolution du marché du médicament remboursable et celui des dépenses soutenables pour l’assurance maladie fait l’objet de vives critiques

- i. Un engagement du Président de la République en faveur de l’augmentation du remboursement des produits de santé tenu

Les engagements pris dans le cadre du Conseil stratégique des industriels de santé (CSIS) en 2021 par le Président de la République doivent se traduire par une croissance des remboursements des produits de santé au sein de l’Ondam de 2,4 % par an sur la période 2022-2024. Pour 2022, par l’application d’un ensemble de clés décrites ci-dessous pour passer des dépenses relatives aux produits de santé à l’évolution du médicament remboursable, pertinente pour la détermination de la clause, cet engagement s’est traduit par une augmentation de 1,7 % des dépenses du médicament remboursable.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

(2) Cette estimation, qui peut naturellement être révisée, se fonde sur des données provisoires issues de l’Acosse et du CEPS.

Les modalités de construction du montant M

La rapporteure générale a eu de nombreuses discussions relatives à la construction du montant M, notamment au regard de la reprise de ses modalités de construction en loi de financement pour 2022 ⁽¹⁾. Celle-ci a en effet, compte tenu de la croissance exceptionnellement élevée en 2021 du marché du médicament remboursable, établi la base de construction du montant M sur le chiffre d'affaires net estimé en 2021, le « réalisé ».

Cette pratique ne peut pas se réitérer sur plusieurs exercices, à schéma constant de la régulation du médicament. Le mécanisme de la clause vise en effet à définir une trajectoire de dépenses pluriannuelle, prenant en compte, notamment, l'évolution de l'Ondam. Fixer le montant M sur la base du « réalisé » de l'année précédente amoindrirait considérablement l'incitation à la négociation que permet ce mécanisme, puisque, pour le dire simplement, plus le dépassement serait important en année N, plus le M serait élevé en année N+1. Cette évolution, y compris avec la prise en compte d'un montant toujours plus élevé de la clause susceptible de minorer le montant M calculé sur la base du « réalisé », aboutirait à un taux de croissance bien supérieur à celui de l'Ondam ⁽²⁾.

C'est pourquoi la rapporteure générale soutient, pour l'exercice 2023 et sous réserve des réflexions exposées ci-dessous, le retour à une trajectoire fondée sur le montant M voté, qui prend dans tous les cas en compte dans sa « base » la dérogation pour l'année 2022.

La rapporteure générale souhaite rappeler, plus globalement, que le fonctionnement actuel de la clause de sauvegarde contribue à la proposition, par les industriels, de mesures d'économie qui sont seules à même de garantir la soutenabilité du remboursement des dépenses de santé dans le cadre de l'Ondam. L'activation de la clause reflète en outre, ces derniers temps, la dynamique du marché du médicament remboursable. Selon les données recueillies par la rapporteure générale auprès de la direction de la sécurité sociale, en dépit d'une forte probabilité d'un déclenchement de la clause de sauvegarde au titre de l'année 2022, la prévision d'évolution de chiffre d'affaires net de toutes remises et après prise en compte de cette contribution serait de l'ordre de + 4 % en 2022. Une telle augmentation du chiffre d'affaires, supérieure à celle qui était attendue, permet aux entreprises redevables de bénéficier pleinement du mécanisme d'abattement et de la modulation du rendement de la clause de sauvegarde au titre du chiffre d'affaires susmentionnés, applicables au montant M.

Les auditions menées par la rapporteure générale laissent néanmoins apparaître plusieurs problématiques fondamentales relatives au fonctionnement actuel de la clause de sauvegarde :

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Pour ne prendre que 2022 pour exemple, les données communiquées à la rapporteure générale laissent penser que le chiffre d'affaires net des entreprises redevables de la clause, après application des remises et du montant de la clause, pourrait croître d'environ 4 %. Ce rythme est bien supérieur à celui de l'évolution des dépenses des produits de santé remboursées pour 2022, dont l'objectif fixé dans la LFSS 2022 était de 2,7 % en prenant en compte les engagements pris dans le cadre du CSIS. Ce taux est, a fortiori, supérieur à celui qui a été retenu, après application de deux clés successives de conversion, pour le médicament remboursable, à hauteur de 1,7 %.

– il existe, dans le contexte inflationniste actuel, des classes de médicaments dont la dynamique de dépenses est beaucoup plus rapide que la moyenne, et qui représentent un enjeu budgétaire massif. Or, le mécanisme actuel de la clause pèse sur toutes les entreprises redevables, y compris celles qui exploitent en priorité des médicaments matures ;

– la multiplication potentielle par plus de six du montant de la clause pour 2022 tient naturellement d’une conjoncture imprévue, mais qui pèsent sur la trésorerie des redevables dès 2022 (impossibilité de provisionner un montant défini). L’imprévisibilité qui s’attache au produit de la clause pousse en faveur d’une plus grande transparence dans les modalités de son calcul, notamment de l’hypothèse de tendanciel d’évolution du marché du médicament remboursable sur laquelle est construite l’évaluation du montant M ;

– un tel rendement interroge en outre sur la nature même de la clause. Outre son déclenchement régulier, le doublement de son produit par rapport à 2021, exercice pour lequel elle avait déjà atteint un montant inattendu de 400 millions d’euros, la rapproche d’une nature proprement fiscale, atténuative des dépenses dans le domaine du médicament,

C. LES FAILLES DU MÉCANISME DE LA CLAUSE DE SAUVEGARDE SEMBLENT DEVOIR CONDUIRE À UNE RÉFLEXION PLUS GLOBALE SUR LA FISCALITÉ DU MÉDICAMENT

Outre la mise en place d’un mécanisme propre aux médicaments dont les dépenses évoluent le plus rapidement, avec un enjeu budgétaire certain, assuré par le présent article, la rapporteure générale estime qu’une réflexion indépendante sur l’évolution de la fiscalité du médicament pourrait utilement évaluer la pertinence des mécanismes actuels au regard non seulement de leur objectif, mais aussi de l’évolution des spécialités elles-mêmes.

Compte tenu des enjeux éthiques qui s’attachent à cette question, qui emporte toute simplement celle de la part de notre richesse nationale que nous souhaitons voir soutenir l’effort en faveur de l’innovation pharmaceutique comme de l’accès de tous aux produits de santé, ce rapport gagnerait à être établi par une instance indépendante et être remis en amont de l’examen du prochain projet de loi de financement, afin que ses conclusions puissent, le cas échéant, y être intégrées.

II. LE DROIT PROPOSÉ : LA CRÉATION D’UNE CLAUSE PROPRE AUX SPÉCIALITÉS ONÉREUSES ET CROISSANTES, L’EXTENSION DE L’ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION « MÉDICAMENT », LE RENFORCEMENT DES SANCTIONS DANS LE PROCESSUS DÉCLARATIF ET LA FIXATION DES MONTANTS M ET Z POUR 2023

En préambule, la rapporteure générale s’interroge sur le choix retenu par le Gouvernement d’inscrire cet article en quatrième partie de la loi de financement. Bien que les clauses relatives aux montants M et Z ne soient pas destinées à se

déclencher, mais à encourager les baisses de prix, force est de constater qu'il s'agit de contributions qui alimentent les recettes des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS). C'est d'ailleurs ce qui avait conduit les articles portant fixation de ces montants à être inscrits dans la troisième partie des lois de financement au cours des exercices précédents.

Cela semble d'autant plus vrai s'agissant de la création d'une nouvelle contribution exposée *infra*, même si celle-ci ne doit, selon l'étude d'impact, ne produire aucune ressource.

Les produits attendus de la clause « médicament », à hauteur de 200 millions d'euros par an à compter de 2023, seront également des recettes des régimes obligatoires de base. Il est donc assez étonnant d'inscrire cette mesure dans la partie de la loi de financement « comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir »⁽¹⁾.

A. LA « CLAUSE C », UNE RÉPONSE À L'AUGMENTATION RAPIDE DES DÉPENSES LIÉES À CERTAINES SPÉCIALITÉS

1. Les modalités applicables à l'assiette et aux taux de la nouvelle contribution

L'augmentation des CAHT dans le marché du médicament remboursable tient notamment, ainsi qu'il a été vu *supra*, à la dynamique propre à certaines spécialités onéreuses et dont le prix connaît une croissance non maîtrisée. Comme le rappelait l'annexe 7 au PLFSS 2022, « *les coûts de prise en charge des médicaments dits "immunothérapies", et notamment ceux dont le mécanisme d'action cible le récepteur PD-1 ou son ligand PDL-1, sont élevés (entre 30 000 et 55 000 € de coût de traitement annuel par patient), et cette classe représente un impact budgétaire majeur pour les finances publiques. L'arrivée sur le marché des deux premières immunothérapies a généré sur 4 ans une dépense nette pour l'assurance maladie de plus de 1,2 milliard d'euros* »⁽²⁾.

Au titre du 5^o du I, il est institué une contribution fondée sur la fixation d'un montant C, inspirée du modèle du montant W institué par la LFSS 2015⁽³⁾ pour les médicaments destinés au traitement de l'hépatite C. Ceux-ci étaient alors vendus à des prix variant entre 35 000 et 56 000 euros par patient, ce qui aurait entraîné une dépense supplémentaire potentielle de 500 millions d'euros pour l'assurance maladie. Le législateur a privilégié une contribution *ad hoc* pour contenir l'évolution des prix dans une situation particulière liée à l'arrivée de produits innovants particulièrement coûteux sur le marché.

(1) Article L.O. 111-3-8 du code de la sécurité sociale.

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

(3) Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015.

Le même raisonnement préside à l'établissement de cette nouvelle contribution, dont les paramètres doivent être fixés par le législateur, dès lors qu'elle relève de la catégorie des « impositions de toute nature » au regard de l'article 34 de la Constitution.

S'agissant de la catégorie des redevables, tout d'abord, celle-ci est identique à celle des redevables de la « clause de sauvegarde » classique du médicament.

Les différences avec le mécanisme du montant M résident dans la catégorie des médicaments visés, ainsi que dans les modalités d'établissement du montant C. En effet, la clause se déclenche lorsque les CAHT de ces entreprises, minorés des mêmes remises que pour le montant M, dépassent un montant C. Celui-ci est calculé de la manière suivante :

– le CAHT des entreprises exploitant, important ou distribuant des médicaments, réalisé au cours de l'année précédant celle pour laquelle la contribution est due, est déterminé ;

– il est appliqué à ce CAHT global l'ensemble des remises applicables habituellement, auxquelles il est ajouté la remise faite aux entreprises qui ont conclu une convention avec le CEPS afin de bénéficier d'un abattement de 5 % à 20 % dans les conditions évoquées *supra* ;

– il est ensuite appliqué à ce montant un taux d'évolution positive de 10 %.

Les modalités de calcul du montant C, inscrites dans la loi à la différence de celles du montant M, s'appuient donc sur le « constaté » de l'année N-1, auquel on applique un taux de croissance sensiblement élevé.

S'agissant de l'assiette, qui détermine aussi la part du chiffre d'affaires de ces entreprises pour l'éventuel déclenchement de la clause, celle-ci ne comprend que des médicaments qui satisfont de manière cumulative à trois critères. Ces médicaments :

– doivent être dans le champ pris en compte pour le calcul du montant M, défini au II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale ;

– doivent avoir généré un chiffre d'affaires de plus de 50 millions d'euros pour chacune des deux années civiles précédant celle au titre de laquelle la contribution est due ;

– doivent avoir généré un chiffre d'affaires ayant crû de 10 % entre l'année N-2 et l'année N-1, puis entre l'année N-1 et l'année N.

Le seuil bas du chiffre d'affaires concerné, pour un médicament, ne peut donc être inférieur à 60,5 millions d'euros pour 2023 (un minimum de 50 millions d'euros pour 2021, puis un minimum de 55 millions d'euros pour 2022).

L'article L. 138-19-2 du code de la sécurité sociale modifié prévoit que l'assiette de la contribution porte sur le même champ que celui qui est pris en compte pour le déclenchement de la clause.

À l'instar de la contribution « médicament », les taux applicables à cette assiette sont progressifs, en reprenant le même schéma que celui qui était applicable au montant W, comme l'indique le tableau suivant :

**MODULATION DES TAUX DE LA CONTRIBUTION EN FONCTION DE L'ÉVOLUTION DU
TAUX DU CHIFFRE D'AFFAIRES**

(pourcentages)

MONTANT DU CHIFFRE D'AFFAIRES de l'ensemble des entreprises redevables (S)	TAUX DE LA CONTRIBUTION (exprimé en % de la part du chiffre d'affaires concernée)
S supérieur à C et inférieur ou égal à C + 10 %	50 %
S supérieur à C + 10 % et inférieur ou égal à C + 20 %	60 %
S supérieur à C + 20 %	70 %

Source : Article L. 138-19-3 du code de la sécurité sociale modifié par le présent projet de loi.

Outre cette modulation indexée sur l'évolution du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables, le montant de la contribution est, comme pour la clause « classique » :

- dû par chaque entreprise redevable au prorata de son chiffre d'affaires ;
- plafonné à hauteur de 15 % du CAHT réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer.

Un second plafonnement vise le cumul des contributions dues au titre du montant M et du montant C, qui ne peut également dépasser 15 % du CAHT réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer. Dans le cas précis, elle s'impute sur le montant dû au titre du dépassement du montant M, puis, le cas échéant, du dépassement du montant C.

D'après les données recueillies par la rapporteure générale, à partir de données sur les années 2021 et 2022, cette contribution concernerait une dizaine de produits par exercice. Toutefois, cette faible part est à mettre au regard de l'évolution des dépenses que représentent ces spécialités. Ainsi, sur l'exercice 2021, les spécialités qui auraient été intégrées dans le champ de la contribution participent pour 16 % à l'augmentation des dépenses nettes de remises des médicaments remboursés, tandis que les exploitant ces spécialités contribuent elles à 39 % de l'augmentation des dépenses nettes de remises des médicaments remboursés.

B. L'EXTENSION DE L'ASSIETTE DE LA CONTRIBUTION DUE EN CAS DE DÉPASSEMENT DU MONTANT M

Le 1° du I modifie le champ retenu pour calculer l'évolution du CAHT pour déclencher la clause relative au montant M. Outre une coordination prenant en compte la nouvelle remise créée par l'article 30 du présent projet de loi et la prise en compte de la contribution due en cas de dépassement du montant C, en cohérence avec l'intention de ne pas taxer deux fois le même fait générateur, il est procédé à une extension du champ des médicaments pris en compte pour le déclenchement de la clause comme de l'assiette de la contribution.

La première extension, plutôt mineure, relève de la cohérence. Le **b** du 1° du I de l'article ajoute à l'assiette, outre les médicaments inscrits dans la liste en sus des établissements de santé pratiquant des activités de médecine, de chirurgie et d'obstétrique (MCO), ceux qui sont inscrits dans une liste en sus pour les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR).

La seconde extension porte sur les médicaments acquis par l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), au titre de ses missions définies à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. Dans ce cadre, l'Agence peut acquérir :

- des « produits et services nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves » ;

- des médicaments, des dispositifs médicaux ou leurs accessoires ou des dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* ou leurs accessoires, dès lors qu'ils répondent à un besoin de santé publique qui n'est pas couvert. Ce besoin non couvert peut notamment venir d'un risque de rupture d'approvisionnement ou d'une rupture avérée, ou encore quand toutes les conditions nécessaires à la couverture du besoin ne sont pas réunies.

Au regard de l'ampleur qu'a pris cette fonction depuis le début de la crise sanitaire et du renforcement du budget de Santé publique France, cette extension paraît effectivement bienvenue pour mieux refléter le CAHT des entreprises du médicament. Pour rappel, le montant de la dotation de l'assurance maladie prévue pour le financement de Santé publique France pour l'année 2020, au moment de son transfert des comptes de l'État à ceux de la sécurité sociale, s'élevait à 159 059 275 euros. Sous l'effet de la crise sanitaire, cette dotation s'est trouvée multipliée par 25 en 2020, notamment par le biais d'une dotation de 4,8 milliards d'euros de l'assurance maladie. Selon l'annexe 8 au PLFSS 2021, l'acquisition, dans le cadre des stocks stratégiques de l'État, de médicaments, s'était élevée à 90,7 millions d'euros.

Ce premier effort a naturellement été prolongé en 2021 par l'acquisition de doses de vaccins, effort qui pourrait être amené à se poursuivre dans les années qui viennent.

C. LE RENFORCEMENT DES SANCTIONS EN CAS DE DÉFAILLANCES DÉCLARATIVES

Relevant les conséquences néfastes relatives aux déclarations tardives de leurs chiffres d'affaires par les entreprises redevables des contributions portant sur le médicament, le Gouvernement entend, par le présent article, renforcer la sanction applicable aux déclarations tardives.

Pour ce faire, le 3^o réécrit l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale, pour :

– maintenir l'obligation actuelle pour les entreprises redevables de transmettre à l'Urssaf compétente une déclaration-type en vertu de laquelle l'organisme de recouvrement peut déterminer le montant du CAHT réalisé pour l'année au titre de laquelle la contribution est due. Cette déclaration doit être remise au plus tard le 1^{er} avril de l'année suivante ;

– décaler le calendrier applicable aux échanges rectificatifs entre l'Urssaf et le CEPS. Aujourd'hui, au titre des articles D. 138-1 et D. 138-2 du code de la sécurité sociale, l'Urssaf doit adresser au CEPS les montants des chiffres d'affaires calculés avant le 5 avril, charge au CEPS de communiquer à l'Acosse les éventuelles différences constatées entre les calculs de l'Urssaf et les siens, ainsi que le montant des remises effectuées par les entreprises concernées, avant le 1^{er} mai. Le nouveau calendrier prévu par le présent article ne précise pas quelles modifications pourraient être envisagées par décret pour le premier envoi effectué par les Urssaf, mais « desserre » ce calendrier pour la seconde étape, en fixant désormais la date butoir au 15 juillet ;

– rehausser au niveau de la loi les dispositions aujourd'hui réglementaires selon lesquelles les Urssaf communiquent sans délai les informations ainsi recueillies et calculées aux entreprises redevables, qui disposent de quinze jours pour demander leur rectification le cas échéant ;

– prévoir un calendrier de versement de la contribution due, en vertu duquel les Urssaf notifient aux entreprises au plus tard le 1^{er} octobre le montant de la contribution dont elles sont redevables, charge à ces dernières de régler en une fois le montant de cette contribution avant le 1^{er} novembre ;

– instituer des sanctions en cas de méconnaissance des obligations déclaratives. Il est ainsi prévu une majoration forfaitaire en cas de déclaration ou de rectification tardives au regard des délais susmentionnés, à hauteur de 0,05 % du CAHT déclaré par l'entreprise, par période de quinze jours de retard. Le montant de la sanction ne peut être inférieur à un plancher de 2 000 euros ni supérieur à un plafond de 100 000 euros. En cohérence avec l'objet de la contribution, le produit de la sanction est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Les 7^o et 8^o du I du présent article prévoient l'application d'obligations identiques pour la contribution due au titre du montant C.

D. LA DÉTERMINATION DES MONTANTS M ET Z POUR 2023

De manière classique, les **II** et **III** fixent les montants M et Z qui déterminent le déclenchement des « clauses de sauvegarde », respectivement pour le médicament et pour les dispositifs médicaux.

S'agissant du montant M, celui-ci est fixé à 24,6 milliards d'euros, soit 100 millions de plus que le montant établi en LFSS 2022 (24,5 milliards d'euros), ce qui correspond à une augmentation de 0,4 %.

Ce montant comprend, selon l'étude d'impact, un rendement attendu supplémentaire de la clause en 2023 de 200 millions d'euros par rapport à 2022. Ce niveau est cohérent avec le montant attendu d'économies sur les produits de santé, qui se distribuerait comme suit :

- 800 millions d'euros de baisse de prix sur le médicament ;
- 200 millions d'euros de rendement de clause de sauvegarde ;
- 100 millions d'euros de baisse de prix sur les produits et prestations.

S'agissant du montant Z, celui-ci est fixé à 2,21 milliards d'euros, soit une augmentation de 60 millions d'euros de plus que le montant établi en LFSS 2022 (2,15 milliards d'euros), ce qui correspond à une augmentation de 2,7 %.

*

* *

Article 30

Garantir l'accès aux médicaments des patients et l'efficacité de leur prise en charge

L'article 30 porte plusieurs mesures relatives au financement du médicament.

Dans la continuité des précédentes lois de financement de la sécurité sociale, **plusieurs mesures concernent spécifiquement les médicaments innovants** :

– des adaptations mineures sont prévues dans les dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel, mis en place en 2021. Elles visent à accélérer l'obtention de ces accès anticipés lorsque le comité des médicaments à usage humain de l'Union européenne a rendu un avis positif, mais aussi à compléter le dispositif des remises sur les prix pratiqués dans le cadre de ces accès ;

– un mécanisme de financement spécifique est mis en place pour les thérapies innovantes, afin de tenir compte du coût très élevé de ces thérapies, du service médical très important qui en est attendu, mais aussi des résultats qu'elles obtiennent en vie réelle, dans une optique de partage des risques entre les industriels et l'assurance maladie.

Plusieurs dispositions ont pour objectif de **garantir un accès aux médicaments au meilleur prix** pour la collectivité :

– face à la déconnection croissante entre le prix facial des médicaments et leur coût réel, la possibilité pour le Comité économique des produits de santé (CEPS) de pratiquer des remises obligatoires est étendue, et des mesures sont prévues pour inciter les entreprises à remplir leurs obligations déclaratives dans cette perspective ;

– des mesures sont prévues pour dissuader les industriels de demander l'inscription au remboursement d'un médicament sur un périmètre plus restreint que celui de son autorisation de mise sur le marché (AMM), stratégie qui leur permet de négocier un tarif plus élevé ;

– une procédure de référencement est créée, visant à sélectionner un certain nombre de médicaments qui seront seuls admis au remboursement sur une gamme thérapeutique donnée et pendant une durée limitée, dans le but de faire baisser les prix en accroissant la concurrence.

Enfin, une mesure vise à **sécuriser l'approvisionnement du marché français** en médicaments matures, dont la production est peu rentable pour les industriels, mais dont l'intérêt thérapeutique est majeur. À cette fin, il est prévu qu'une entreprise qui demande l'inscription au remboursement d'un nouveau médicament ne pourra l'obtenir qu'à condition de s'engager à continuer à exploiter les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur déjà inscrits.

I. POURSUIVRE L'ADAPTATION DU FINANCEMENT DES INNOVATIONS

L'une des priorités du Plan santé innovation 2030, annoncé par le Président de la République à l'occasion du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) de juillet 2021, est d'offrir aux innovations thérapeutiques un accès au marché simplifié et accéléré. Une réforme importante du cadre d'accès au marché des innovations a été conduite, dans cet esprit, depuis quelques années, qui trouve son prolongement dans le présent article. Il s'agit tout à la fois d'encourager

l'innovation, de permettre aux patients d'en bénéficier le plus tôt possible, et de définir un dispositif pilotable dans le cadre contraint de l'Ondam.

A. COMPLÉTER LES DISPOSITIFS D'ACCÈS PRÉCOCE ET D'ACCÈS COMPASSIONNEL

1. Le droit existant : des dispositifs de financement rapide des innovations dont l'efficacité est reconnue

L'admission au remboursement des médicaments innovants a été réformée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, qui a progressivement substitué à l'ancien système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et des recommandations temporaires d'utilisation (RTU), à compter du 1^{er} juillet 2021, les dispositifs d'accès précoce et d'accès compassionnel.

- *L'accès précoce*

Défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, l'accès précoce permet de prendre en charge de façon anticipée, à la demande d'un industriel, les médicaments innovants, dans des pathologies graves, rares ou invalidantes, qui ont vocation à rejoindre ensuite une prise en charge classique par l'assurance maladie.

Pour être pris en charge dans ce cadre, un médicament doit être présumé innovant et efficace dans une ou plusieurs indications pour lesquelles il répondrait à un besoin thérapeutique urgent, non couvert par d'autres médicaments.

Si ces conditions sont remplies, la Haute Autorité de santé accorde une autorisation d'accès précoce pour une durée définie par décret et renouvelable, qui vaut à la fois pour la distribution en officine et pour les établissements de santé. En vertu de l'article L. 165-16-5-1 du code de la sécurité sociale, les médicaments dispensés en vertu de cette autorisation sont pris en charge à 100 % par la sécurité sociale.

En contrepartie, les industriels sont tenus de verser des remises annuelles obligatoires à l'assurance maladie, qui pourront être amplifiées *a posteriori* s'il s'avère que le prix demandé dans le cadre de l'accès précoce est inférieur au prix déterminé par le Comité économique des produits de santé (CEPS) au moment de l'inscription au titre de l'AMM.

Par ailleurs, les industriels s'engagent à garantir la continuité des traitements initiés avec l'accès précoce et à recueillir des données d'utilisation du médicament en vie réelle.

Un peu plus d'un an après son entrée en vigueur, ce dispositif d'accès précoce est jugé très favorablement par l'ensemble des parties prenantes. Au 1^{er} mai 2022, en dix mois, une centaine de demandes d'autorisation d'accès précoce avaient

été déposées par les laboratoires pharmaceutiques auprès de la Haute Autorité de santé (HAS), et cinquante décisions avaient été rendues, aboutissant dans 80 % des cas à un octroi d'autorisation d'accès précoce.

- *L'accès compassionnel*

Prévu à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, l'accès compassionnel concerne les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont initialement pas destinés à obtenir une AMM, mais qui répondent de façon satisfaisante à un besoin thérapeutique non couvert. En substance, il s'agit de pouvoir dispenser sur le marché français des médicaments pour lesquels il n'existe pas de stratégie commerciale en France, donc pas de demande d'AMM.

L'accès compassionnel vise deux cas de figure distincts :

- l'autorisation d'accès compassionnel nominative, lorsque l'accès compassionnel est demandé pour un médicament non autorisé et non disponible en France par un prescripteur hospitalier pour un patient nommément désigné sous réserve que l'on puisse présumer d'un rapport bénéfice/risque favorable pour une maladie grave, rare ou invalidante ;

- le cadre de prescription compassionnelle, lorsque l'accès compassionnel est demandé par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en vue de sécuriser une pratique bien établie de prescription hors-AMM d'un médicament disponible en France, et qui dispose d'une AMM dans d'autres indications.

Le niveau de prise en charge dans le cadre de l'accès compassionnel dépend de la situation du médicament au regard du remboursement : s'il existe un taux de remboursement pour d'autres indications, ce taux s'applique ; à défaut, l'assurance maladie prend en charge le médicament à 100 %.

Les industriels bénéficiant d'une autorisation d'accès compassionnel sont tenus aux mêmes obligations que dans l'accès précoce : versement de remises, continuité des traitements, recueil de données.

- *L'expérimentation d'un accès direct*

L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 vise à expérimenter un « accès direct » des médicaments à la prise en charge, sitôt l'évaluation de la HAS publiée, sans attendre l'issue de la dernière étape qu'est la négociation et la fixation du prix devant le CEPS.

Cette mesure se fonde sur le constat qu'en dépit des apports indéniables des dispositifs d'accès précoce et compassionnel, les délais moyens d'accès au marché des médicaments demeurent en moyenne assez longs en France. En effet, les dispositifs susmentionnés ne concernent qu'un petit nombre de médicaments et de patients. Dans toutes les autres situations, où le médicament n'est pas innovant, où la maladie n'est pas grave, des délais importants demeurent.

L'idée de cette expérimentation est donc de permettre à des médicaments qui se voient reconnaître un service médical rendu (SMR) important d'être pris en charge avant que ne commence la procédure de négociation du prix. Lorsque cette autorisation est accordée, le médicament est pris en charge à 100 % au niveau de prix fixé par l'industriel pendant la période de l'accès direct. Un mécanisme de remise est prévu si le prix net ultérieurement fixé par le CEPS est inférieur au prix pratiqué pendant la période d'accès direct.

Cette expérimentation devait débiter au plus tard le 1^{er} juillet 2022, et être évaluée dans le cadre d'un rapport adressé au Parlement au plus tard vingt et un mois après son démarrage. Le Gouvernement indique cependant que les textes d'application sont encore en cours d'élaboration, et devraient être publiés dans les prochains mois, pour une entrée en vigueur d'ici la fin 2022.

2. Le droit proposé : des ajustements à la marge à des fins d'efficacité et de bonne gestion des deniers publics

- *Accélérer le dispositif d'accès précoce lorsque le comité des médicaments à usage humain (CMUH) a rendu un avis positif*

En l'état, l'autorisation d'accès précoce et l'adoption d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil des données afférent doit se faire en lien avec l'ANSM dès lors que le médicament ne dispose pas encore d'une AMM. L'ANSM doit alors donner un avis conforme à son autorisation et contribuer à l'élaboration du protocole.

Cependant, de nombreux médicaments pour lesquels un accès précoce est demandé ont pu faire l'objet d'une évaluation par le comité des médicaments à usage humain (CMUH) de l'Agence européenne des médicaments.

Le présent article dispose ainsi que lorsque le CMUH a rendu un avis positif sur ce médicament, il n'est pas nécessaire de recueillir celui de l'ANSM ni de l'associer à la rédaction du protocole. Il modifie à cette fin l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, relatif à l'accès précoce.

L'étude d'impact précise en effet que « *cet avis atteste de la forte présomption d'efficacité et de sécurité du médicament dans l'indication considérée* ». Auditionnée par votre rapporteure, Mme Christelle Ratignier-Carbonneil, directrice générale de l'ANSM, a précisé que l'ANSM était un membre actif du CMUH et qu'à ce titre, elle jouait un rôle souvent leader dans les décisions rendues par le CMUH.

Cette mesure est ainsi de nature à accélérer l'instruction des demandes d'accès précoce, à simplifier les démarches des entreprises et ainsi à fluidifier encore la prise en charge des médicaments innovants en France.

- *Permettre à l'État de bénéficier également des remises prévues dans les dispositifs d'accès dérogatoires*

En l'état actuel de la législation, les remises obligatoires demandées aux industriels dans le cadre de l'accès précoce, de l'accès compassionnel, des continuités de traitement ou encore de l'expérimentation de l'accès direct ne sont pas applicables lorsque c'est l'État qui achète ces spécialités. Or, cette situation se présente lorsque les établissements pharmaceutiques de Santé publique France acquièrent des médicaments pour constituer le stock stratégique de l'État, conformément à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique. En l'absence de disposition spécifique, Santé publique France doit acheter ces spécialités au prix facial demandé par l'industriel, souvent très éloigné du prix net de remises.

Le **2° du I** du présent article remédie à cette situation inéquitable en insérant dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-16-5-4-1 qui vient préciser les modalités de calcul du chiffre d'affaires réalisé par le laboratoire dans un établissement pharmaceutique de Santé publique France, auquel doivent s'appliquer les remises prévues dans les différents types d'accès dérogatoires. Ce chiffre d'affaires correspond logiquement au prix d'achat unitaire facturé à Santé publique France multiplié par le nombre d'unités.

Ce dispositif permettra ainsi à l'État de profiter également de ces remises, ce qui semble logique et même indispensable.

- *Repréciser les modalités de prise en compte du chiffre d'affaires réalisé pour l'appel des remises dans le cadre de l'accès compassionnel*

Le **1° du I** du présent article comporte une disposition visant à aligner les modalités de déclaration du chiffre d'affaires réalisé par une entreprise au titre de l'accès compassionnel sur celles qui sont prévues pour l'accès direct. Le 15 février de chaque année, l'entreprise devra ainsi informer le CEPS du montant du chiffre d'affaires réalisé au titre d'une spécialité et du nombre d'unités vendues au cours de l'année civile précédente.

Cependant, le **IV** reporte du 1^{er} janvier 2023 au 1^{er} janvier 2025 le délai auquel ce chiffre d'affaires réalisé sera pris en compte pour l'appel des remises au titre du cadre de prescription compassionnelle (en ville). L'étude d'impact indique en effet que la mise en œuvre de cette mesure dépend « *d'une remontée d'informations qui sera rendue possible par la prescription électronique dont le déploiement est légalement prévu au plus tard le 31 décembre 2024* ».

B. METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE FINANCEMENT SPÉCIFIQUE POUR LES THÉRAPIES INNOVANTES

1. Le droit existant : les thérapies innovantes, des traitements prometteurs, une prise de risque importante pour la collectivité

- *Les spécificités des thérapies innovantes*

Les médicaments de thérapie innovante (MTI) sont définis, dans le droit de l'Union européenne, comme correspondant à l'un des quatre types de médicaments suivants : les médicaments de thérapie génique, les médicaments de thérapie cellulaire somatique, les produits issus de l'ingénierie cellulaire – qui permettent de régénérer, réparer ou remplacer des tissus humains – et les médicaments combinés de thérapie innovante – qui incluent des dispositifs médicaux ou des dispositifs médicaux implantables actifs.

Ces médicaments ont comme caractéristique commune d'être particulièrement chers, en raison des coûts importants de recherche et développement qu'ils incorporent, mais aussi de leur mode d'administration, souvent en une seule prise, et de leur efficacité présumée durable : plusieurs années, voire toute la vie.

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement souligne que, dans ce contexte, les demandes tarifaires des industriels ne cessent de croître à chaque nouvelle arrivée sur le marché. Il indique que « *le prix revendiqué pour une thérapie génique en 2022 est ainsi dix fois supérieur au prix des premières thérapies géniques introduites sur le marché en 2019 ; le seuil de 2 millions d'euros par patient est désormais franchi* ». En août dernier, la thérapie génique Zynteglo a reçu une autorisation de mise sur le marché américain au prix record de 2,8 millions de dollars, pour le traitement de la bêta-thalassémie de l'enfant et de l'adulte.

Le Gouvernement souligne aussi l'importance de l'infrastructure nécessaire à l'administration de ces thérapies innovantes, que la sécurité sociale prend à sa charge. Elles nécessitent en effet souvent des plateaux techniques sophistiqués et des équipes dotées d'une expertise de pointe. Les thérapies innovantes supposent ainsi un investissement très important de la part de la collectivité, non seulement pour décaisser les centaines de milliers voire millions d'euros nécessaires pour traiter chaque patient mais aussi pour adapter l'environnement hospitalier.

Les industriels justifient leurs prix élevés en les rapportant aux coûts des autres options thérapeutiques étalés sur la durée de la vie des patients ; ils mettent en avant l'action pérenne de leurs thérapies innovantes. Cependant, il n'est souvent pas possible de disposer du recul nécessaire pour présumer de l'efficacité de la thérapie à long terme, sur plusieurs années voire dizaines d'années. Les données de vie réelle suggèrent en réalité que cette efficacité est parfois plus courte que prévu, ou inégale selon les patients.

- *La nécessité d'un mécanisme de financement qui permette d'étaler les coûts et de partager les risques*

Il apparaît donc indispensable de définir des mécanismes de tarification qui soient adaptés aux spécificités des thérapies innovantes.

Cette question avait déjà été soulevée lors de la négociation du dernier accord-cadre État-industrie sur le médicament, signé en mars 2021. Le principe de « contrats de gestion de l'incertitude » avait été acté ; ces contrats devaient engager les entreprises commercialisant des thérapies pour lesquelles subsistait une « *variable d'incertitude* » sur la « *transposabilité dans la vie réelle* » de certaines « *données déterminantes* » à produire une analyse des données du médicament après sa commercialisation à une date déterminée afin, le cas échéant, d'adapter les prix. Le principe d'un fractionnement des paiements avait également été acté.

2. Le droit proposé : vers un financement en partie conditionné aux résultats des thérapies innovantes en vie réelle

Le 3^o du I du présent article a pour objet d'établir un mécanisme de tarification spécifique pour les thérapies innovantes. À cette fin, il complète l'article L. 162-6-6 du code de la sécurité sociale, lequel définit les modalités de tarification des médicaments inscrits sur la « liste en sus » des établissements de santé. Pour mémoire, cette liste permet la prise en charge par l'assurance maladie de spécialités pharmaceutiques présentant un caractère innovant en sus des prestations d'hospitalisation, qui intègrent normalement les coûts des médicaments.

L'article L. 162-6-6 est ainsi complété par un V qui définit les modalités de prise en charge dérogatoire des thérapies innovantes sur la liste en sus des établissements de santé. En vertu de ces dispositions, lorsque le prix demandé par un industriel pour un médicament de thérapie innovante dépasse un seuil fixé par arrêté, le coût du traitement doit être déterminé par convention ou, à défaut d'accord, par décision du CEPS.

Par ailleurs, un « forfait de thérapie innovante » doit être défini par arrêté ministériel ; il correspondra à la somme maximale que les hôpitaux pourront décaisser en première intention pour financer une thérapie innovante. De ce fait, le tarif de responsabilité de la thérapie innovante, qui correspond au prix remboursé d'une unité de médicament, est fixé de telle manière que le nombre d'unités nécessaires pour le traitement multiplié par le tarif de responsabilité soit inférieur au forfait de thérapie innovante.

Si cependant le coût du traitement, tel que défini par convention ou déterminé par le CEPS, est supérieur au nombre d'unités multiplié par le tarif de responsabilité, le dispositif prévoit que des versements annuels seront effectués à l'entreprise par l'assurance maladie, dont le nombre, le montant et les conditions doivent être définis dans le cadre de la convention avec le CEPS ou de la décision du CEPS.

Il est prévu que ces versements annuels « tiennent compte des données d'efficacité du médicament concerné » et qu'ils seront interrompus en cas d'échec du traitement (décès du patient ou administration d'un autre traitement de même visée thérapeutique). Dans ce cas, le coût total du traitement, déduction faite des remises versées, ne pourra pas être supérieur au coût net des traitements à même visée thérapeutique.

Il revient à l'entreprise d'assurer à sa charge le recueil des données de vie réelle indispensables à la poursuite des versements.

D'après l'étude d'impact, ce dispositif doit permettre de mieux partager les risques entre l'entreprise et la sécurité sociale. Le forfait de thérapie innovante doit être fixé à un niveau suffisamment élevé pour ne pas dissuader les laboratoires de se lancer, et leur permettre d'amortir leurs coûts de développement. L'étude d'impact évoque l'hypothèse d'un forfait établi à 280 000 euros pour un patient. Les versements annuels doivent quant à eux permettre de limiter les effets sur la trésorerie des hôpitaux et de fractionner le paiement pour la sécurité sociale, tout en tenant compte des résultats obtenus en vie réelle sur plusieurs années. Cela aboutira ainsi à payer moins cher des thérapies innovantes qui ne font pas leurs preuves sur la durée, alors qu'aujourd'hui elles sont payées au même niveau que les thérapies qui s'avèrent probantes.

Il importera, afin de préserver l'attractivité du marché français pour les producteurs de thérapies innovantes, de faire en sorte que le forfait de thérapie innovante ne soit pas considéré à l'échelle internationale comme le prix maximal que la France est prête à payer pour ces thérapies. Il sera donc impératif de déterminer les modalités qui présideront à la détermination du prix facial de la thérapie. Le Gouvernement souligne que les thérapies innovantes auront vocation à faire leur entrée sur le marché français *via* le dispositif de l'accès précoce, ce qui permettra aux laboratoires de fixer eux-mêmes le prix facial pendant la durée de l'accès précoce. Il conviendra donc de trouver une solution permettant d'assurer la continuité au terme de l'accès précoce.

II. DONNER ACCÈS AUX MÉDICAMENTS AU MEILLEUR PRIX

Le présent article comporte plusieurs mesures visant à garantir un accès aux médicaments au meilleur prix pour la collectivité, en complétant les outils de régulation à la disposition de la puissance publique.

A. FACILITER L'OBTENTION ET LE CALCUL DES REMISES SUR LES PRIX DES MÉDICAMENTS

1. Le droit existant : un système de remises très développé, à l'origine de complexités pour la puissance publique

- *Une déconnexion de plus en plus importante entre le prix facial des médicaments et leur coût*

La régulation des prix du médicament passe largement et de plus en plus par un système de remises accordées par les laboratoires, tandis que les prix faciaux des médicaments ne cessent de croître, tirés par l'arrivée continue sur le marché des médicaments innovants.

Ces remises sont définies par les conventions négociées par le CEPS avec les laboratoires lors de la procédure de fixation du prix.

Le rapport d'information de nos anciens collègues Audrey Dufeu et Jean-Louis Touraine ⁽¹⁾ avait bien souligné, en 2021, les effets pervers de ce système de remises, qui contribue à rendre singulièrement opaques les prix des médicaments :

« Le système des remises aboutit en effet à une différence problématique entre le coût "réel" de fabrication du médicament et son prix "facial" (communiqué publiquement), contraire au principe de transparence qui s'impose à la commande publique. Dans la mesure où les citoyens n'ont pas accès aux remises négociées, l'allocation de la dépense publique devient dès lors illisible pour les contribuables. »

Le rapport souligne en outre que cette régulation par le canal des remises complique considérablement la tâche de la puissance publique, qui se trouve dans un rapport de force défavorable lorsqu'elle entame la négociation du prix avec les laboratoires :

« La France doit notamment respecter la garantie de prix européens, spécifique aux produits innovants, qui lui impose de fixer ses prix en cohérence avec les prix pratiqués sur les marchés au Royaume-Uni, en Espagne, en Allemagne et en Italie. Or, il existe aujourd'hui une importante asymétrie entre les informations dont bénéficient les industriels et les pouvoirs publics. En effet, le Gouvernement ne connaît pas précisément les prix en vigueur dans les autres pays européens, alors que les firmes pharmaceutiques disposent de données précises sur la géographie des prix pratiqués au niveau européen. Le CEPS a indiqué à la mission qu'aucune donnée ne lui était transmise par les pays voisins et qu'il ne pouvait disposer que des prix faciaux publics dans chaque pays de référence par le biais d'une base de données commerciale (IQVIA). Les laboratoires pharmaceutiques intègrent ces

(1) [Rapport d'information de la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur les médicaments, n° 4275, Mme Audrey Dufeu et M. Jean-Louis Touraine, 23 juin 2021.](#)

enjeux dans leurs stratégies d'accès aux différents marchés européens. Ils cherchent, d'abord, à négocier des prix élevés dans les pays où ils savent qu'ils auront plus de chance de les obtenir, car ces prix conditionnent ensuite les prix pratiqués dans les autres pays. »

De fait, l'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne que la nécessité de négocier des remises toujours plus considérables, du fait de l'envolée du prix des médicaments innovants, induit des temps de négociation très longs pour le CEPS, et aboutit parfois à *« l'octroi de conditions tarifaires nettes favorables à l'industriel »*.

Afin de rééquilibrer le rapport de force entre les laboratoires et le CEPS dans la procédure de fixation des prix, le législateur a prévu le principe de certaines remises dans la loi, en renvoyant à un texte réglementaire pour en établir les modalités de calcul. Il en va ainsi, par exemple, pour tous les accès dérogatoires.

- *Des obligations déclaratives pour le calcul des remises pas toujours bien respectées*

Les remises dues par les laboratoires sont indexées, selon les cas, sur différents paramètres, comme le chiffre d'affaires réalisé sur une spécialité pharmaceutique. Il revient ainsi à la puissance publique de calculer, chaque année et pour chaque situation, le montant des remises dues par un laboratoire, pour pouvoir procéder à l'appel de ces remises.

Or, l'étude d'impact souligne qu'*« il arrive que les entreprises ne respectent pas le calendrier de déclaration des paramètres fixés »* pour l'appel de ces remises, ce qui complexifie considérablement la gestion administrative.

2. Le droit proposé : permettre au CEPS d'imposer des remises et lui donner les moyens de les calculer

Le présent article vise à remédier en partie aux dysfonctionnements et effets négatifs explicités en première partie. Il s'agit en particulier de rééquilibrer le rapport de force entre le CEPS et les laboratoires dans la procédure de fixation des prix, en généralisant la possibilité pour le CEPS de fixer des remises obligatoires d'un certain niveau. Il s'agit aussi d'inciter fortement les entreprises à se conformer à leurs obligations déclaratives.

- *Permettre au CEPS d'imposer des remises*

Le 7° du I du présent article étend la possibilité pour le CEPS d'imposer des remises obligatoires aux entreprises en contrepartie de la prise en charge d'une spécialité par l'assurance maladie. L'article L. 162-18 du code de la sécurité sociale prévoit déjà deux situations dans lesquelles des remises obligatoires peuvent être décidées : pour les médicaments utilisés en association dans le cadre d'un traitement, et pour certaines spécialités de thérapie génique et de thérapie cellulaire.

Le présent article supprime ces deux catégories restrictives pour l'imposition de remises obligatoires. Cela aboutit à généraliser la possibilité de remises obligatoires, qui ont dès lors vocation à concerner l'ensemble des spécialités pharmaceutiques prises en charge dans le cadre de la liste des spécialités remboursables (article L. 162-17) ou des listes en sus des établissements hospitaliers (articles L. 162-22-7 et L. 162-23-6).

Selon les termes de l'article L. 162-18, ces remises obligatoires peuvent être déterminées par spécialité ou par catégorie de spécialités comparables ou ayant une même visée thérapeutique. Elles peuvent tenir compte des critères mentionnés à l'article L. 162-16-4 pour les baisses de prix (ancienneté de l'inscription, existence de tarifs inférieurs en Europe, etc.).

- *Inciter les entreprises à remplir leurs obligations déclaratives*

Le 8° du I insère un nouvel article L. 162-18-3 dans le code de la sécurité sociale. Celui-ci vise à inciter les entreprises à se conformer aux obligations déclaratives auxquelles elles se sont engagées dans le cadre de la prise en charge d'une spécialité pharmaceutique, en vue de l'application de remises obligatoires. Cela concerne à la fois les remises prévues pour l'accès précoce, pour l'accès compassionnel, pour l'accès direct, pour les médicaments utilisés en association, ainsi que les remises obligatoires décidées par le CEPS en vertu de l'article L. 162-18 tel que modifié par le présent article (*cf.* paragraphe précédent).

Si les entreprises ne remplissent pas leurs obligations déclaratives dans les délais prescrits, le présent article dispose que le montant des remises facturées pour la période pendant laquelle l'information n'a pas été communiquée sera majoré de 2 % par semaine de retard.

Les modalités d'application de cette majoration doivent être précisées par décret afin de faire en sorte qu'une part minimale du chiffre d'affaires de l'entreprise au titre de la spécialité concernée ne soit pas affectée par cette remise majorée.

B. INCITER LES INDUSTRIELS À INSCRIRE LES MÉDICAMENTS AU REMBOURSEMENT POUR L'ENSEMBLE DE LEURS INDICATIONS

1. Le droit existant

En l'état actuel du droit, les entreprises pharmaceutiques peuvent obtenir une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité pour plusieurs indications, mais ne demander leur inscription sur une liste de remboursement que pour certaines de ces indications.

L'étude d'impact rapporte que cela conduit certaines entreprises à développer des stratégies commerciales qui leur permettent de maximiser le prix de vente de leur spécialité. En effet, elles ne demandent l'inscription au remboursement

de leur spécialité que pour la ou les indications pour lesquelles le service médical rendu (SMR) est le plus important, à l'exclusion des autres indications. Les critères de négociation avec le CEPS tenant compte du niveau de SMR évalué par la HAS dans l'indication demandée, cela conduit le CEPS à accorder un prix plus élevé que si l'inscription au remboursement avait été demandée pour l'ensemble des indications entrant dans le champ de l'AMM.

Dans l'étude d'impact, le Gouvernement indique que cette situation est préjudiciable car elle conduit à restreindre artificiellement les publics susceptibles de bénéficier du traitement, tout en majorant le prix du médicament pour la collectivité.

2. Le droit proposé

Le **8° du I** insère un nouvel article L. 162-18-2 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit l'application de remises spécifiques dans le cas où une spécialité est inscrite sur la liste des médicaments remboursables ou une liste en sus pour un périmètre d'indications thérapeutiques plus restreint que celui dans lequel elle présente un service médical rendu suffisant.

Cette remise est déterminée par le CEPS en appliquant un taux au montant du chiffre d'affaires réalisé par l'entreprise pour la spécialité. Ce taux est déterminé selon un barème défini par arrêté, en fonction de la taille respective des populations cibles pour les indications pour lesquelles l'inscription n'a pas été demandée et de celles pour lesquelles la spécialité est inscrite. Un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires pourra alternativement s'appliquer, également défini par l'arrêté.

En vue du calcul de cette remise, l'entreprise devra déclarer au CEPS au plus tard le 15 février de chaque année le montant du chiffre d'affaires réalisé sur l'année civile écoulée au titre de la spécialité.

Le **IV** du présent article précise que ces remises seront dues à compter du 1^{er} janvier 2024, si à cette date les entreprises n'ont pas demandé la prise en charge de leurs spécialités pour l'ensemble des indications mentionnées dans leur AMM et présentant un service médical rendu suffisant. Un délai est ainsi laissé aux entreprises pour se conformer avec l'objectif du présent article, avant qu'elles ne se voient imputer des remises supplémentaires.

C. CRÉER UNE PROCÉDURE DE RÉFÉRENCIEMENT POUR PERMETTRE DE BAISSER LES PRIX SUR LES GAMMES MATURES

1. Le droit existant

Dans un contexte d'accroissement permanent des volumes de médicaments remboursés par la sécurité sociale, et d'explosion du coût des innovations thérapeutiques, la régulation de la dépense des médicaments remboursés repose à titre principal sur des baisses de prix appliquées aux gammes de médicaments

matures. Ces baisses de prix ont été facilitées par la généralisation du recours aux médicaments génériques, qui auraient permis d'économiser 2,85 milliards d'euros sur la seule année 2020.

Cependant, les baisses de prix sur les médicaments matures peuvent devenir difficiles à négocier. Le Gouvernement cherche ainsi à mettre en place de nouveaux outils de régulation de la dépense de médicaments.

2. Le droit proposé

C'est dans cette perspective que le 4^o du I met en place, *via* un nouvel article L. 162-17-1-3 du code de la sécurité sociale, une procédure dite « de référencement ».

Cette procédure permettra de subordonner l'inscription sur la liste des médicaments remboursés ou sur la liste en sus des hôpitaux à une procédure de sélection de plusieurs candidats au sein d'une liste de médicaments ayant la même visée thérapeutique.

Ces candidats seront sélectionnés selon plusieurs critères : volumes suffisants pour garantir la sécurité d'approvisionnement, conditions tarifaires proposées, mais aussi objectifs de développement durable, et « *la sécurité d'approvisionnement du marché français que garantit l'implantation des sites de production* » – disposition visant à privilégier les producteurs français dans le respect des règles de la concurrence.

Pendant une durée d'un an, prorogable de six mois, les médicaments sélectionnés dans le cadre du référencement seront ainsi seuls admis au remboursement.

En contrepartie, les entreprises commercialisant ces médicaments devront s'engager à fournir des quantités minimales, ainsi qu'à assurer la couverture du territoire. À défaut :

– il pourra être mis un terme au référencement, de manière générale ou pour le médicament concerné ;

– des pénalités financières pourront être appliquées à l'encontre de l'entreprise défaillante, à hauteur de 10 % maximum du chiffre d'affaires réalisé en France pour le médicament concerné ;

– les surcoûts occasionnés pour l'assurance maladie par un défaut d'approvisionnement ou de couverture du territoire de la part de l'entreprise pourront être mis à sa charge.

Un décret en Conseil d'État prévoira les conditions d'application de cette procédure de référencement.

L'étude d'impact indique que cette procédure de référencement doit permettre de réaliser des économies importantes sur les médicaments concernés par le référencement. En effet, pour être sélectionnés, les laboratoires seront incités à baisser leur prix, dans une proportion qui devrait varier selon le nombre de candidats sur le marché.

L'étude d'impact donne l'exemple de la Suède, qui a mis en place depuis plusieurs années une procédure de référencement dite « générique du mois », laquelle lui permettrait d'obtenir des baisses de prix allant de 20 % à 90 % selon l'intensité de la concurrence sur le marché.

L'étude d'impact indique enfin qu'une période d'écoulement des stocks sera prévue au terme de la période de référencement.

Les économies attendues de la mise en place de ce système de référencement sont, d'après l'étude d'impact, de l'ordre de 100 millions d'euros annuels à terme. Le Gouvernement fonde cette estimation sur les effets attendus de la mise en place d'un référencement sur une classe de médicaments dits ATC (anatomique, thérapeutique et chimique), par exemple la classe des inhibiteurs de la pompe à protons. Ces spécialités pourraient être prioritairement concernées par le référencement car elles représentent un coût important pour l'assurance maladie et la concurrence est importante sur ce secteur (plus de huit acteurs sur le marché), ce qui est une condition au succès du système de référencement.

En tout état de cause, les médicaments prioritairement visés par cette procédure seront des génériques, des hybrides et des biosimilaires. Le Gouvernement indique que les génériques sont généralement vendus largement au-delà de leur coût réel, comme en atteste l'importance des remises consenties aux officines, qui ont été plafonnées à 40 % du prix du médicament mais demeurent très élevées.

Votre rapporteure estime néanmoins qu'il faudra être extrêmement vigilant à ce que cette procédure de référencement ne vienne pas fragiliser la base industrielle des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires, ce qui aurait pour effet de dégrader notre sécurité d'approvisionnement. La directrice générale de l'ANSM, Mme Ratignier-Carbonneil, a exprimé la même préoccupation lors de son audition. Il conviendra donc d'être très prudent dans la mise en œuvre de cette procédure, afin de bien veiller à ce qu'elle ne produise pas d'effets de bord délétères.

III. SÉCURISER L'APPROVISIONNEMENT DES MÉDICAMENTS D'INTÉRÊT THÉRAPEUTIQUE MAJEUR

A. LE DROIT EXISTANT

L'article L. 5111-4 du code de la santé publique définit les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) comme « *les médicaments ou classes de médicaments pour lesquels une interruption de traitement est susceptible de mettre*

en jeu le pronostic vital des patients à court ou moyen terme, ou représente une perte de chance importante pour les patients au regard de la gravité ou du potentiel évolutif de la maladie ».

Les pénuries sur les MITM n'ont cessé de s'accroître en France au cours des dernières années, y compris en faisant abstraction de l'année 2020, marquée par la crise sanitaire, où le nombre de pénuries recensées a culminé à 2 474. Le tableau ci-après, tiré du rapport de la mission d'information sur les médicaments présenté par nos anciens collègues Audrey Dufeu et Jean-Louis Touraine ⁽¹⁾, l'illustre assez clairement :

HAUSSE DES SIGNALEMENTS DE TENSIONS OU RUPTURES D'APPROVISIONNEMENT DE MITM DE 2013 À 2019

Effectifs des signalements de tensions ou de ruptures d'approvisionnement auprès de l'ANSM - 2012 à 2019



Source : ANSM.

Le code de la santé publique prévoit des mesures visant à prévenir les ruptures d'approvisionnement de MITM. Les articles L. 5121-31 et L. 5121-32 contraignent les titulaires d'AMM et les exploitants de ces médicaments à mettre en œuvre des plans de gestion des pénuries et à informer l'ANSM en cas de risque de rupture de stock.

Depuis le 1^{er} septembre 2021, l'article R. 5124-49-4 du code de la santé publique oblige ces industriels à constituer des stocks pouvant aller de deux à quatre mois d'approvisionnement.

Cependant, dans leur rapport précité, nos anciens collègues identifient parmi les causes des pénuries de MITM les arrêts de commercialisation par les laboratoires, qui n'y trouvent plus d'intérêt financier :

« Les pénuries s'expliquent aussi par un arrêt de commercialisation par les industriels, en raison de la rentabilité insuffisante d'un produit. Les pénuries touchent en effet beaucoup plus les médicaments peu coûteux. 75 % des MITM en rupture de stock sur le site de l'ANSM sont vendus à un prix inférieur à 25 euros la boîte et 25 % le sont à moins de 4 euros. »

(1) Op. cit.

B. LE DROIT PROPOSÉ

L'objet du **6° du I** est précisément de ré-internaliser les externalités négatives liées à l'arrêt de la commercialisation d'un MITM par un laboratoire, de façon à faire en sorte que celui-ci ait intérêt à continuer à commercialiser ce médicament.

À cette fin, un article L. 162-17-4-4 est inséré dans le code de la sécurité sociale. Il prévoit que toute première demande d'inscription d'un médicament sur la liste des médicaments remboursables en ville, la liste de rétrocession ou la liste des spécialités agréées pour les collectivités est conditionnée à l'engagement pris par l'industriel de garantir l'approvisionnement des MITM déjà inscrits à sa demande sur ces listes.

Cette condition est valable lorsque l'amélioration du service médical rendu (ASMR) du nouveau médicament dont l'inscription est demandée est au moins d'un certain niveau, déterminé par décret. Le Gouvernement indique que ce sont les médicaments aux ASMR les plus élevées, donc les plus rentables, qui seront pris en compte dans ce cadre, afin de faire en sorte que les laboratoires aient la surface financière suffisante pour assumer l'obligation portée par le présent article.

Une convention conclue par l'entreprise avec le CEPS précise les modalités de cet engagement.

En cas de manquement, une pénalité peut être prononcée, reconductible année après année, aussi longtemps que dure le manquement, d'un montant maximal de 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé pendant le dernier exercice clos sur le nouveau médicament inscrit.

Votre rapporteure estime qu'il conviendra de veiller à ce que cette disposition ne soit pas contournée par des laboratoires qui pourraient être tentés de cesser la commercialisation de produits matures peu rentables en amont de toute demande de nouvelle inscription.

*

* *

Article 31

Garantir l'accès des patients aux dispositifs médicaux, produits et prestations et l'efficacité de leur prise en charge

L'article 31 porte diverses mesures relatives aux produits de santé, autres que les médicaments, pris en charge dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

L'un des objectifs principaux de l'article est d'améliorer la transparence des coûts afférents aux dispositifs remboursés par la sécurité sociale. Le processus de tarification actuel engendre une certaine opacité et des incertitudes sur la répartition de la valeur entre le produit lui-même, la marge du distributeur, et les prestations dont peuvent dépendre la mise en œuvre du produit.

L'article 31 procède ainsi à la dissociation du produit et de la prestation dans le processus de tarification. Il prévoit également que les marges de distribution seront désormais fixées par la voie réglementaire, à l'instar de ce qui se fait pour le médicament.

Cet article cherche également à encadrer certaines pratiques des entreprises, qui induisent des effets négatifs pour la collectivité. Comme pour les médicaments, une mesure vise à dissuader les entreprises de n'inscrire leur produit au remboursement que sur les indications les plus « rentables » de leur marquage « CE ». Une autre vise à renforcer le contrôle des spécifications techniques des dispositifs des lignes génériques, lesquels ne sont pas évalués par la Haute Autorité de santé (HAS), afin de détecter les fraudes éventuelles.

Un autre axe important de l'article 31 consiste à chercher à systématiser davantage l'évaluation *ex post* des produits bénéficiant d'une prise en charge, *via* le recueil de données de vie réelle et la réalisation d'études post-inscription.

Enfin, l'article 31 revient, à la marge, sur des dispositifs introduits au cours des dernières années pour améliorer la prise en charge des produits innovants. Le dispositif de prise en charge transitoire (PECT) est complété pour permettre la prise en charge transitoire des actes dont dépend la mise en œuvre des dispositifs financés dans ce cadre. La prise en charge de la télésurveillance, introduite l'an dernier, fait également l'objet de quelques adaptations mineures.

L'article 31 porte diverses mesures relatives aux produits de santé autres que les médicaments, remboursés dans le cadre de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR) prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Cette LPPR rassemble les produits qui sont considérés comme importants dans la prise en charge thérapeutique globale, et dont le coût est pris en charge, en tout ou partie, par la sécurité sociale. Il s'agit notamment :

- des dispositifs médicaux destinés au diagnostic ou au traitement des maladies (diabète par exemple) ou des blessures (pansements) ;
- du matériel d'aide à la vie quotidienne (poches de stomie, oxygène médical...) ;
- des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales ;

- des orthèses et des prothèses externes (appareil correcteur de surdité, corset, chaussures orthopédiques...) ;
- des dispositifs médicaux implantables (prothèse de hanche, pacemaker, implant cochléaire...) ;
- des véhicules pour handicapés physiques.

I. AMÉLIORER LA TRANSPARENCE DES COÛTS AFFÉRENTS AUX DISPOSITIFS MÉDICAUX REMBOURSÉS

A. LE DROIT EXISTANT : UNE TARIFICATION GLOBALE DES PRODUITS, PRESTATIONS ASSOCIÉES ET MARGES DE DISTRIBUTION

La LPPR englobe non seulement les dispositifs médicaux eux-mêmes, mais aussi les prestations nécessaires à leur bonne utilisation. Les prestations concernées sont de type et d'ampleur très divers, et vont de la simple livraison à domicile à la surveillance médicale à distance du dispositif. Ces prestations peuvent être exécutées par des établissements de santé (dispositifs médicaux implantables), par des pharmaciens ou d'autres professionnels de santé spécialisée (opticiens, orthoproth sistes), mais aussi par divers prestataires de services et distributeurs de matériels.

En l'état actuel du droit, dispositifs et prestations associées font l'objet d'une tarification globale, définie à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale. Aux termes de cet article, le Comité économique des produits de santé (CEPS) négocie avec les exploitants et distributeurs un tarif de responsabilité – base remboursée par la sécurité sociale – qui couvre non seulement le produit et la prestation qui peut lui être associée, mais aussi la marge du distributeur au détail.

Le CEPS peut déterminer indirectement la marge du distributeur en négociant un prix maximal de cession pour le produit (article L. 162-38) : la marge de distribution sera ainsi, au minimum, la différence entre le tarif de responsabilité et le prix de cession ; et au maximum, la différence entre le tarif limite de vente, lorsqu'il est négocié, et le prix de cession.

Cette situation constitue une différence notable par rapport à ce qui est prévu pour la vente des médicaments, pour laquelle la marge des officines est déterminée par voie réglementaire, selon un système de marge dégressive lissée (MDL) visant à ne pas inciter les pharmaciens à vendre les produits les plus chers.

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne les inconvénients associés à ce mode de tarification, qui ne distingue pas clairement ce qui rémunère le produit, la prestation ou le distributeur. Il en résulte, d'une part, un manque de transparence qui dégrade la lisibilité des prix pratiqués dans le secteur et complique les comparaisons, notamment internationales.

Cette confusion peut également avoir pour conséquence une décorrélation entre la rémunération qui revient à chaque acteur et l'apport respectif réel du produit, de la prestation et du distributeur. Il peut ainsi en résulter une mauvaise répartition de la valeur dans la chaîne nécessaire pour permettre au patient de bénéficier du produit dont il a besoin.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Dissocier le produit et les prestations qui peuvent lui être associées

Le **6° du I** modifie les modalités de l'inscription des produits et prestations associées sur la LPPR. À cette fin, il modifie l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale relatif à la LPPR, afin de prévoir, de manière explicite, que « *l'inscription d'une prestation de service et d'adaptation associée à un produit se fait de manière distincte de l'inscription de ce produit* ».

En conséquence, l'avis préalable rendu par la Haute Autorité de santé, indispensable pour toute inscription sur la LPPR, devra porter, de manière distincte, sur le produit d'une part, et sur la prestation de service et d'adaptation d'autre part. L'étude d'impact explique que cela permettra de bien apprécier la valeur ajoutée propre associée à cette prestation.

Une série d'adaptations sont en conséquence effectuées aux articles L. 165-1 et L. 165-2 du code de la sécurité sociale, afin d'acter cette dissociation du produit et de la prestation.

En particulier, le **10° du I** modifie l'article L. 165-2, relatif à la tarification des produits et des prestations de la LPPR. Il prévoit désormais que, lorsque le produit est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial – *i.e.* lorsque ce n'est pas un générique – le tarif de responsabilité est établi par négociation entre le CEPS et l'exploitant, et n'englobe plus la prestation associée. Auparavant, produit et prestation étaient indissociables au sein de ce tarif de responsabilité. En sortant la prestation du tarif de responsabilité des produits princeps, il sera ainsi plus aisé de procéder à des comparaisons internationales, les autres pays n'intégrant généralement pas la prestation dans le tarif du produit.

Le deuxième alinéa du I de l'article L. 165-2 prévoit par ailleurs désormais une tarification séparée des produits et des prestations de la LPPR inscrits par description générique ou par description générique renforcée. De la sorte, la prestation se verra attribuer un tarif de responsabilité en propre.

Le **11° du I** apporte les mêmes modifications à l'article L. 165-3, qui traite des modalités des négociations conduites par le CEPS en vue de la fixation des tarifs de la LPPR. Les négociations sur les produits inscrits en nom de marque ou en nom commercial ne porteront plus que sur le tarif du produit seul, et seront conduites directement avec l'exploitant. Les négociations sur les produits et sur les prestations génériques seront dissociées et porteront respectivement sur le produit et sur la

prestation avec chaque exploitant, distributeur ou organisation d'exploitants ou de distributeurs concerné.

2. Fixer réglementairement la marge du distributeur au détail

Le **12° du I** insère un nouvel article L. 165-3-4 dans le code de la sécurité sociale, qui dispose que les marges de distribution des produits de la LPPR seront désormais fixées par les ministres de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens et entreprises concernées.

Afin d'éviter que cette réglementation des marges ne soit contournée par la voie de remises, ristournes ou avantages commerciaux accordés par les fournisseurs aux distributeurs, le nouvel article L. 165-3-4 encadre par ailleurs ces pratiques, en prévoyant que ces avantages ne pourront excéder un pourcentage, par année civile et par ligne de produits, du prix exploitant hors taxes, dans la limite de 50 %.

Conséquence de cette réglementation des marges de distribution, le **4° du I** supprime la mention, à l'article L. 162-38, de la possible négociation d'un prix maximal de cession avec le CEPS, puisqu'elle revenait à négocier la marge de distribution.

Enfin, en vertu du **10° et du 11° du I**, il est précisé que respectivement le tarif de responsabilité prévu à l'article L. 165-2 et le prix mentionné à l'article L. 165-3 pour les produits et les prestations de la LPPR comprennent les marges de distribution négociées au nouvel article L. 165-3-4.

Le Gouvernement souligne que cette mesure contribuera à plus de transparence dans les tarifs de la LPPR, et qu'elle permettra en outre d'harmoniser les marges des distributeurs. Cela protégera les acteurs d'une pression économique excessive, qu'elle s'exerce sur les fournisseurs lorsqu'ils font face à des grossistes ou à des centrales d'achat puissantes, ou sur les distributeurs lorsqu'au contraire le fabricant est en position de force sur le marché.

Des économies assez substantielles sont attendues de cette fixation des marges de distribution. Le Gouvernement anticipe un gain de l'ordre de 50 à 100 millions d'euros annuels à terme, lorsque ces marges auront pu être définies pour chaque catégorie de dispositif.

3. Clarifier les marges des exploitants qui ne sont pas fabricants des dispositifs

Au sens de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale, l'exploitant d'un produit de santé inscrit sur la LPPR n'est pas forcément le fabricant de ce produit ; il peut être celui qui en assure la commercialisation.

L'étude d'impact précise que, dans ce cas de figure, malgré les efforts de clarification des rôles qui ont été menés dans le cadre de cet article L. 165-1-1-1

introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, il subsiste une certaine opacité sur le partage de la valeur entre fabricant et exploitant.

Pour y remédier, le 7° du I complète l'article L. 165-1-1-1, en prévoyant que l'exploitant, lorsqu'il n'est pas le fabricant, est tenu de déclarer auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale le prix auquel il a acheté son produit auprès du fournisseur. À défaut, ou si les informations transmises apparaissent inexactes, les mêmes ministres peuvent prononcer une pénalité pouvant aller jusqu'à 5 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos. Un décret en Conseil d'État doit venir préciser les modalités de mise en œuvre de cette nouvelle obligation et des contrôles afférents.

Lors de son audition par votre rapporteure, le Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) a souligné qu'il importerait de veiller à ce que cette obligation ne s'applique pas dans le cadre des transferts intra-groupe. Dans la mesure où l'objectif recherché par le Gouvernement est d'évaluer les marges réalisées par les exploitants, votre rapporteure estime en effet que les transferts intra-groupe ne sont pas visés et qu'il serait inutile de faire peser sur ces derniers un surcroît de charges administratives.

II. MIEUX RÉGULER CERTAINES PRATIQUES DES ENTREPRISES

Certaines pratiques des entreprises conduisent à un résultat sous-optimal pour la collectivité, en termes de prix, d'accès aux dispositifs ou encore de qualité de ces dispositifs. Il convient de mieux encadrer ces pratiques lorsqu'elles sont légales (A), et de renforcer les contrôles pour mettre un terme à celles qui sont illégales (B).

A. INCITER LES INDUSTRIELS À DEMANDER L'INSCRIPTION D'UN DISPOSITIF POUR L'ENSEMBLE DES INDICATIONS AUTORISÉES

1. Le droit existant

Pour pouvoir commercialiser leurs produits sur le marché français, les fabricants de dispositifs médicaux doivent obtenir le marquage « CE », soit en France, soit dans un autre pays de l'Union européenne. Ce marquage « CE » est accordé sur un périmètre qui peut recouvrir plusieurs indications, c'est-à-dire plusieurs situations ou pathologies pour lesquelles le dispositif est efficace.

Lorsqu'elles demandent l'inscription de leur produit sur la liste de l'article L. 165-1 (LPPR), les entreprises peuvent actuellement choisir de ne demander cette inscription que sur une partie des indications entrant dans le périmètre du marquage « CE ».

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi suggère que cette pratique n'est pas rare, et qu'elle peut être guidée par des considérations de rentabilité. En

effet, si une entreprise ne demande l'inscription au remboursement de son produit que dans l'indication pour laquelle le service attendu/service rendu (SA/SR) de ce produit est le plus important, tel qu'évalué par la Haute Autorité de santé (HAS), cette pratique aura pour effet mécanique de rehausser artificiellement le prix du dispositif. En effet, le niveau de SA/SR est un élément central dans le cadre de la négociation du prix des produits avec le CEPS.

L'on pourrait penser que l'entreprise se pénalise elle-même en se privant de vendre son produit à une population cible qui pourrait être bien plus large si toutes les indications étaient inscrites au remboursement. Ce n'est pas toujours le cas, car la pratique fait parfois que ce produit, que l'on saura efficace dans des indications plus larges que son inscription au remboursement, pourra se trouver tout de même prescrit pour les indications non inscrites au remboursement.

Il en résulte ainsi un double préjudice pour la collectivité : un prix plus élevé que ce qu'il aurait dû être si toutes les indications avaient été prises en compte, et un bénéfice potentiellement restreint à une catégorie de patients, alors que le produit aurait pu profiter à d'autres.

2. Le droit proposé

Le **15° du I** prévoit, dans le cadre d'un dispositif similaire à celui mis en place pour le médicament (article 30), de pénaliser les entreprises qui ne demandent pas l'inscription de leur produit sur toutes les indications de leur marquage « CE » qui présentent un service attendu suffisant. Concrètement, ces entreprises se verront imposer une remise, qui sera d'autant plus importante que la taille de la population cible pour l'ensemble des indications du marquage « CE » est supérieure à celle de la population cible de la ou des indications inscrites au remboursement.

Ces remises seront déterminées par le CEPS en fonction de critères définis par arrêté ministériel. Elles s'appliqueront aussi longtemps que l'entreprise n'aura pas « régularisé » la situation, en demandant l'inscription au remboursement sur les autres indications pour lesquelles le service attendu est suffisant.

B. RENFORCER LE CONTRÔLE DES SPÉCIFICATIONS TECHNIQUES SUR LES LIGNES GÉNÉRIQUES

1. Le droit existant

À l'heure actuelle, en vertu de l'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale, les entreprises sont tenues de déclarer à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) l'ensemble des produits inscrits de la LPPR qu'elles commercialisent, en précisant le code qui leur est associé.

Si les produits inscrits sous nom de marque sont évalués par la HAS, ce n'est pas le cas de ceux qui rejoignent les lignes génériques. Pour ces derniers, le contrôle du respect des spécifications techniques minimales requises mentionnées

dans la convention conclue avec le CEPS repose ainsi sur une simple déclaration de la part de l'exploitant.

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne que cette situation ouvre la porte à des fraudes de la part d'exploitants qui commercialisent des dispositifs ne respectant pas les spécifications requises, sans que cela n'affecte la prise en charge de la sécurité sociale.

2. Le droit proposé

Les **16° et 17° du I** visent à substituer à la déclaration des produits auprès de l'ANSM un contrôle par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) du respect des spécifications techniques des produits.

À cette fin, le **17°** introduit dans le code de la sécurité sociale un article L. 165-5-1-1, qui donne la possibilité au directeur général de la Cnam de faire procéder, par un organisme compétent, au contrôle des spécifications techniques auxquelles l'inscription du produit sur la LPPR est subordonnée.

Lorsqu'une de ces spécifications n'a pas été respectée, les ministres compétents sont informés et conviennent des mesures à adopter. Si le manquement constaté a entraîné un remboursement indu de la part de l'assurance maladie, l'exploitant est tenu de le rembourser.

En outre, le directeur général de la Cnam peut imposer à l'exploitant une pénalité financière de la limite de 10 % du chiffre d'affaires réalisé par l'exploitant sur ce produit au cours de l'année écoulée.

En contrepartie, le **16° du I** abroge l'article L. 165-5, qui impose l'obligation de déclaration des produits inscrits sur la LPPR auprès de l'ANSM.

L'étude d'impact met en avant le fait que ces dispositions seront un facteur de simplification pour les entreprises, qui n'auront plus à effectuer de déclaration, en même temps qu'elles renforceront la lutte contre la fraude. Elle estime de 35 à 40 millions d'euros annuels le gain attendu de ces contrôles renforcés.

III. ADAPTER À LA MARGE CERTAINS DISPOSITIFS LÉGISLATIFS EN FAVEUR DES PRODUITS ET ACTES INNOVANTS

Le présent article vient compléter ou modifier à la marge deux dispositifs introduits récemment en vue de permettre une prise en charge adaptée de dispositifs innovants :

– la prise en charge transitoire (PECT), créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, qui permet d'accélérer l'accès au marché de dispositifs médicaux présumés innovants, dès l'obtention du marquage « CE » ;

– la prise en charge des activités de télésurveillance associées à des dispositifs médicaux numériques, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

A. LE DROIT EXISTANT

1. Le dispositif de prise en charge transitoire (PECT)

Le dispositif de prise en charge transitoire (PECT) est défini à l'article L. 165-1-5 du code de la sécurité sociale. Il ouvre la possibilité d'une prise en charge transitoire, en vue de leur inscription sur la LPPR, de dispositifs médicaux présumés innovants, pour une indication particulière ayant fait l'objet d'un marquage « CE ». La prise en charge est accordée par arrêté ministériel, pour une durée d'un an renouvelable, et strictement conditionnée au dépôt d'une demande d'inscription sur la LPPR dans un délai de douze mois.

Seuls certains établissements de santé sont autorisés à distribuer des dispositifs médicaux bénéficiant d'une prise en charge transitoire. Le tarif facturé à ces établissements correspond alors, sauf opposition des ministres de la santé et de la sécurité sociale, au montant de la compensation maximale demandée par l'exploitant. Si ce montant s'avère supérieur au prix net de référence arrêté par le CEPS dans le cadre de l'inscription ultérieure sur la LPPR, l'exploitant sera tenu de verser des remises à hauteur de la différence entre le montant facturé et le prix net de référence multiplié par le nombre d'unités.

2. La prise en charge des activités télésurveillance

La télésurveillance est un acte de télé médecine qui permet à un professionnel de santé d'interpréter des données à distance pour le suivi médical d'un patient. L'enregistrement et la transmission des données, *via* des dispositifs médicaux numériques (DMN), peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé. Ce suivi à distance peut permettre de détecter une aggravation de l'état de santé du patient et de modifier sa prise en charge.

Après avoir fait l'objet d'une expérimentation entre 2014 et 2021 avec le programme « Expérimentations de la télé médecine pour l'amélioration des parcours en santé » (ETAPES), la prise en charge de la télésurveillance a été généralisée dans le droit commun dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Cette loi a introduit dans le code de la sécurité sociale une nouvelle section (articles L. 162-48 à L. 162-57) qui définit les modalités de prise en charge des activités de télésurveillance. Pour en bénéficier, les activités de télésurveillance doivent être évaluées par la HAS puis inscrites sur une liste spécifique, créée par le même article. Cette liste distincte des autres listes existantes, notamment de la

LPPR, s'explique par les spécificités de la télésurveillance, qui mêle de manière indissociable l'utilisation d'un dispositif médical et les activités de soins. Il en découle un mode de financement adapté, sous forme de forfaits déterminés en fonction des moyens humains nécessaires à la surveillance médicale et des caractéristiques des dispositifs médicaux numériques, et modulables à la hausse ou à la baisse en fonction de certains critères.

L'entrée en vigueur du remboursement de droit commun des activités de télésurveillance était initialement prévue au plus tard le 1^{er} juillet 2022.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. Permettre la prise en charge transitoire des actes associés aux produits et favoriser le recueil de données

Le 9^o du I du présent article vise à compléter le dispositif de prise en charge transitoire prévu à l'article L. 165-1-5, afin de permettre la prise en charge précoce des actes associés à l'utilisation d'un produit bénéficiant de la PECT.

En effet, en l'état actuel du droit, pour être pris en charge, les actes doivent être inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Or, cette inscription n'a pas été prévue dans le dispositif initial de l'article L. 165-1-5. De ce fait, il n'est pas possible de mettre en œuvre pleinement le dispositif de PECT, dès lors que la mise en œuvre du dispositif nécessite certains actes ou prestations.

Le *c* remédie à cette difficulté en insérant un VI au sein de l'article L. 165-1-5, qui dispose que les ministres peuvent, par dérogation aux règles de l'article L. 162-1-7, procéder à l'inscription transitoire d'un acte dans la CCAM, lorsque l'utilisation d'un produit bénéficiant de la PECT en dépend.

Les ministres doivent auparavant recueillir l'avis de la HAS, qui doit donc se prononcer à la fois sur le produit et sur le ou les actes associés à l'utilisation de ce produit.

L'inscription transitoire de l'acte sur la CCAM dure aussi longtemps que dure la prise en charge transitoire du produit associé, et se prolonge une fois ce produit pris en charge dans le droit commun, jusqu'à ce que l'acte soit également inscrit dans les conditions de droit commun sur la CCAM.

L'article L. 165-1-5 est également complété afin de prévoir que le dispositif de prise en charge transitoire est conditionné à la mise en œuvre d'un protocole de recueil de données en vie réelle par l'exploitant, à la charge de ce dernier.

Enfin, le 18^o du I apporte une clarification sur les modalités de remboursement des dépenses des établissements de santé au titre de la PECT. En l'état actuel du droit, il n'est pas précisé que ces dépenses sont financées en sus des

prestations d'hospitalisation. C'était pourtant bien l'intention du législateur. L'article L. 165-7, qui prévoit les modalités de remboursement des produits et prestations figurant sur la liste en sus des établissements, est ainsi complété afin de mentionner explicitement cette prise en charge en sus, dès lors que ces produits sont utilisés dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Adapter à la marge le dispositif de prise en charge de la télésurveillance

Le dispositif de télésurveillance est complété à la marge sur trois points :

– le **5° du I** reformule une partie de l'article L. 162-52, relatif à la prise en charge des activités de télésurveillance, afin de préciser clairement que l'acteur responsable de la transmission à l'assurance maladie des données d'utilisation du dispositif est aussi bien l'exploitant que l'opérateur de télésurveillance, selon les données requises. Une autre reformulation est de nature plus rédactionnelle ;

– le **II** prévoit, au sein du code des impôts, le versement d'un droit obligatoire lors du dépôt d'une demande d'inscription sur la liste de prise en charge des activités de télésurveillance. L'étude d'impact précise qu'un droit similaire, d'un montant compris entre 644 et 320 euros, est prévu pour toute demande d'inscription sur la LPPR. Il s'agit ainsi d'assurer une équité de traitement entre les deux listes ;

– le **IV** et le **V** organisent la bascule du financement des activités de télésurveillance du régime de l'expérimentation ETAPES vers le droit commun prévu à l'article L. 162-52. Cette bascule devait initialement se produire au plus tard le 1^{er} janvier 2023, mais l'adoption des textes réglementaires nécessaires semble avoir pris du retard ; l'étude d'impact explique ainsi qu'il convient de reporter ce délai au 1^{er} juillet 2023 « *pour assurer une transition fluide sur le plan réglementaire et technique* ».

Le **IV** autorise ainsi une prise en charge complémentaire des expérimentations conduites dans le cadre du dispositif ETAPES, en modifiant l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, qui avait prolongé l'expérimentation. Le **V** modifie la date à laquelle les dispositifs médicaux numériques actuellement pris en charge sur la LPPR sont radiés de cette liste pour rejoindre la liste « télésurveillance », en repoussant du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet 2023.

IV. DIVERSES MESURES RELATIVES AUX CONVENTIONS AVEC LE CEPS

Enfin, l'article 31 comporte diverses mesures visant à rénover le cadre juridique des conventions avec le CEPS. Cette rénovation vise d'abord à distinguer clairement le cadre des négociations sur le médicament de celui applicable aux négociations sur les dispositifs médicaux, en raison des spécificités de chaque secteur. Elle a également pour objectif d'intégrer les dimensions portées par le présent article, en particulier s'agissant de la dissociation du tarif et de la prestation. Enfin, en filigrane de cette rénovation, se trouve la volonté de donner davantage de

poids au respect des engagements pris par les entreprises sur l'évaluation *ex post* de leurs produits, en vie réelle.

A. PRÉVOIR UN CADRE JURIDIQUE *AD HOC* POUR LES CONVENTIONS SUR LES DISPOSITIFS MÉDICAUX

1. Le droit existant

À l'heure actuelle, l'article L. 165-4-1 du code de la sécurité sociale, qui porte sur les relations entre le CEPS et les exploitants de dispositifs médicaux, se borne à renvoyer à l'article L. 162-17-4 pour définir le cadre et les modalités de négociation pour la fixation des tarifs des produits de la LPPR. Cet article L. 162-17-4 définit ce cadre pour le médicament ; ainsi le cadre de négociation pour le dispositif médical n'est-il défini que par référence à celui du médicament.

Ce cadre n'est pourtant pas très bien adapté aux spécificités des dispositifs médicaux. En particulier, il ne permet pas de prévoir une négociation séparée des tarifs des produits et des prestations. L'étude d'impact souligne ainsi qu'« *il apparaît nécessaire d'autonomiser le secteur des produits et prestations et de prévoir des dispositions spécifiques applicables à ces produits* ».

2. Le droit proposé

Le **14° du I** insère huit alinéas au début de l'article L. 165-4-1, qui définissent un cadre général pour les négociations entre le CEPS et les exploitants de la LPPR.

Ces dispositions prévoient que le CEPS est habilité à conclure des conventions relatives aux produits de la LPPR avec les entreprises qui les exploitent ou les distribuent, ou avec les organisations regroupant les fabricants de produits génériques.

Outre le contenu de ces conventions, ces dispositions prévoient la conduite à tenir lorsque les dispositions conventionnelles adoptées ne sont plus compatibles avec les orientations ministérielles retenues, avec le respect de l'Ondam ou avec les données scientifiques et épidémiologiques disponibles : le CEPS peut demander aux entreprises de conclure un avenant et, en cas de refus, résilier la convention et fixer le produit des produits et prestations.

B. DONNER UN CARACTÈRE PLUS CONTRAIGNANT AUX ENGAGEMENTS D'ÉVALUATION *EX POST*

1. Le droit existant

Plusieurs articles du code et de nombreuses conventions conclues par le CEPS avec les exploitants de dispositifs médicaux prévoient un engagement à assurer le recueil des données de vie réelle du produit, ou à réaliser des études, notamment médico-économiques, postérieures à son inscription sur la LPPR.

Cet engagement tient au fait qu'il peut persister, au moment de l'inscription d'un produit, des incertitudes sur les résultats d'efficacité clinique ou de matériovigilance, ou que les données à long terme peuvent manquer. Il arrive d'ailleurs que la HAS indique dans son avis initial que des données complémentaires seront nécessaires.

L'étude d'impact suggère qu'il est souvent difficile de récupérer ces études complémentaires ou ces données de vie réelle une fois le dispositif inscrit au remboursement, ce qui ne permet pas de s'assurer de l'efficacité des dispositifs remboursés.

2. Le droit proposé

Plusieurs dispositions de l'article 31 visent à contraindre les entreprises et établissements de santé à se conformer à leurs engagements de recueil de données et de réalisation d'études *ex post*, une fois le produit inscrit.

Le **14° du I** prévoit une disposition générale dans le cadre des modalités des conventions conclues avec le CEPS. L'article L. 165-4-1 du code de la sécurité sociale est complété par un IV, qui prévoit que l'absence de transmission des études auxquelles l'exploitant s'est engagé dans le cadre conventionnel fait obstacle à la poursuite de la prise en charge « sauf versement de remises par l'exploitant ou le distributeur de détail ».

Le **3° du I** s'applique aux établissements de santé, qui sont en principe tenus de remplir des registres comportant des données de vie réelle sur certains actes qu'ils sont amenés à pratiquer. Pour contraindre les professionnels de santé à transmettre ces informations à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), il est prévu que la prise en charge de ces actes sera conditionnée à cette transmission effective.

Le **b du 9° du I** prévoit par ailleurs une obligation de recueil de données de vie réelle dans le cadre de la prise en charge transitoire (PECT), qui se trouve ainsi conditionnée au respect d'un protocole de recueil de données.

*

* *

CHAPITRE V Renforcer la politique de soutien à l'autonomie

Article 32

Mesures relatives à la transparence financière dans les établissements et les services médico-sociaux

Adopté par la commission avec modifications

Le présent article vise à renforcer les règles comptables et financières régissant l'activité des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS). Il réhausse par ailleurs les prérogatives de contrôle et de sanction à disposition des autorités publiques pour lutter contre les pratiques abusives de certains établissements.

I. LE DROIT EXISTANT

L'affaire Orpea a révélé l'existence de graves dérives dans la gestion financière de grands groupes gestionnaires d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) privés commerciaux. Ces révélations ont donné lieu à plusieurs travaux de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾, des corps d'inspection de l'État ⁽²⁾ et du Sénat ⁽³⁾ afin de faire la lumière sur la cause de ces dysfonctionnements. Ces travaux soulignent l'assouplissement récent des règles de gestion financière des établissements, associé à la faiblesse des moyens de contrôle et de sanction dont disposent les autorités publiques vis-à-vis des gestionnaires d'établissements.

A. UN CADRE BUDGÉTAIRE ET FINANCIER INSUFFISAMMENT CONTRAIGNANT

La loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi « ASV » ⁽⁴⁾) a profondément réformé les règles relatives au cadre budgétaire et comptable des Ehpad, aboutissant à une plus grande flexibilité dans l'allocation des dotations publiques et leur affectation entre les différentes sections. Or, ce nouvel environnement réglementaire et budgétaire ne s'est pas accompagné d'une véritable réflexion sur les moyens de suivi et de contrôle des pratiques des établissements.

● Cette réforme s'est ainsi d'abord traduite par la mise en place de contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens (CPOM) en lieu et place des conventions

(1) Rapport de la mission « flash » de Mme Caroline Janvier, Mme Jeanine Dubié et M. Pierre Dharréville relative à la gestion financière des Ehpad, mars 2022.

(2) Rapport de la mission menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpea, mars 2022.

(3) Le contrôle des Ehpad, Rapport d'information de M. Bernard Bonne et Mme Michelle Meunier, fait au nom de la commission des affaires sociales, n° 771 (2021-2022), 12 juillet 2022.

(4) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

tripartites auparavant conclues entre les établissements, les agences régionales de la santé (ARS) et les conseils départementaux. Conclues pour une durée de cinq ans, les CPOM ne comprennent plus d'objectifs chiffrés en matière d'équivalents temps plein (ETP) financés par les dotations soins et dépenses, ni de clefs de répartition des financements des postes sur chacune des sections.

Le mode de financement actuel repose en effet sur l'attribution par les autorités de tarification et de contrôle (ATC), ARS et conseils départementaux, d'un forfait global relatif aux soins et d'un forfait global relatif à la dépendance, calculés au regard des besoins de soin et du niveau de dépendance des résidents de l'établissement. Ce système s'est substitué au modèle de tarification précédent qui fixait un niveau de dépenses autorisées et un nombre d'ETP pour chaque catégorie.

Le financement des Ehpad

Prévu par un décret du 26 avril 1999, le financement des Ehpad se compose de trois forfaits :

– un forfait « soins », financé par l'assurance maladie et distribué par les ARS, permettant de financer les salaires des personnels soignants et le matériel médical ;

– un forfait « dépendance », financé majoritairement par les conseils départementaux, au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) et en partie par les résidents. Il finance la surveillance médicale et l'aide aux gestes du quotidien des personnes en perte d'autonomie ;

– un forfait « hébergement », pris en charge par les résidents et le cas échéant, par les départements au titre de l'aide sociale à l'hébergement (ASH) pour les plus modestes. Il finance les dépenses liées à l'hôtellerie, à la restauration, à l'entretien, à l'administration ou encore aux diverses animations prévues au sein de l'établissement.

La tarification des dotations publiques dévolues aux établissements au titre des forfaits soins et dépendance repose sur des équations tarifaires :

– le forfait dépendance dépend de l'état de dépendance moyen des résidents calculé à partir du GIR moyen pondéré (GMP) sur la base de la grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR) ;

– le forfait soins dépend à la fois de ce GMP et des besoins de soins médico-techniques déterminés à partir du référentiel PATHOS.

La réforme a ainsi offert aux gestionnaires une plus grande liberté pour ventiler les dépenses entre les sections tarifaires. Il leur revient en effet de constituer leurs équipes en fonction des moyens alloués, sans avoir à respecter de ratio d'encadrement. Or, comme l'indique le rapport de la mission « flash » de l'Assemblée nationale consacré à la gestion financière des Ehpad, cette souplesse dans l'attribution des budgets conduit à une porosité entre les trois sections du budget des établissements. Certains établissements cherchent en effet à maximiser les dépenses prises en charge par les pouvoirs publics au titre des forfaits soins et dépendance, afin de minimiser celles qui sont imputées sur le forfait hébergement. Cela consiste par exemple à faire porter des dépenses de personnel du forfait hébergement sur les sections soins et dépendance ou encore de réduire la masse

salariale en embauchant des agents de service hospitalier (ASH) « faisant fonction » d'aides-soignants tout en optimisant les dotations publiques versées ⁽¹⁾.

• L'assouplissement du cadre budgétaire s'imposant aux gestionnaires d'Ehpad porte également sur la gestion des excédents budgétaires des établissements. Le décret du 21 décembre 2016 ⁽²⁾ est en, effet revenu sur le cadre juridique antérieur, qui permettait aux autorités de tarification d'effectuer une reprise sur les dotations non consommées des établissements. Désormais, les éventuels excédents sont désormais laissés à la libre affectation des établissements.

Or, comme l'indique le rapport de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'Inspection générale des finances (IGF) ⁽³⁾, le cadre réglementaire ne définit pas de durée pour la mise en œuvre de ces affectations, ni de modalités de gestion des excédents non utilisés en fin de CPOM. Dans la mesure où les excédents de résultat peuvent par ailleurs alimenter plusieurs types de dépenses, comme des dépenses d'investissement, les excédents réalisés sur la base des dotations publiques ne sont pas nécessairement utilisés pour améliorer la prise en charge des résidents ou renforcer les effectifs de personnels intervenant dans le champ du soin et de la dépendance.

B. DES MOYENS DE CONTRÔLE ET DE SANCTION INSUFFISANTS POUR LUTTER CONTRE LES PRATIQUES CONTESTABLES DE CERTAINS GROUPES

L'article L. 313-13 de code de l'action sociale et des familles confie le contrôle des établissements et services sociaux et médico-sociaux et des lieux de vie et d'accueil mentionnés à l'article L. 312-1 du même code à l'autorité compétente pour délivrer l'autorisation (préfet, agence régionale de santé ou conseil départemental), ainsi qu'à l'Inspection générale des affaires sociales. L'objet de ce contrôle est de vérifier l'application de l'ensemble des dispositions du code relatives à ces établissements, services et lieux d'accueil portant sur leurs missions, leur organisation, leurs conditions de fonctionnement et leurs modalités de financement.

Ce contrôle souffre néanmoins de nombreuses limites et ne prend pas suffisamment en compte la spécificité des Ehpad privés commerciaux.

(1) *En effet, ce type de pratique permet d'une part de diminuer le coût de la masse salariale, dans la mesure où les personnels faisant fonction sont moins bien payés, et d'autre part de déclarer du temps d'aides-soignants, relevant non pas de la section hébergement mais des sections soins et dépenses financées par des dotations publiques.*

(2) *Décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016 modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au 1 de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.*

(3) *Rapport de la mission menée par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'Inspection générale des finances (IGF) sur la gestion des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (Ehpad) du groupe Orpea, mars 2022.*

1. L'existence de « zones grises » échappant au contrôle des autorités de tarification

L'une des problématiques majeures soulignée par les récents travaux sur la gestion financière des Ehpad, est l'absence de vision d'ensemble des autorités publiques sur les comptes des établissements privés commerciaux et les échanges financiers de ces établissements avec les groupes gestionnaires.

- À l'exception des places habilitées à l'aide sociale, la section hébergement des établissements privés lucratifs échappe au contrôle des autorités publiques. Les Ehpad privés lucratifs ne sont en effet tenus de transmettre aux autorités que des états prévisionnels et réalisés des recettes et des dépenses simplifiés (EPRD et ERRD), excluant les informations relatives aux recettes et les dépenses de la section hébergement.

Lors de son audition devant la commission des affaires sociales le 5 octobre 2022, M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, a ainsi rappelé qu'il n'appartient aujourd'hui pas aux juridictions financières de contrôler la partie hébergement, dans la mesure où les Ehpad ne sont plus tenus de retracer dans un compte distinct les charges et les produits des prestations non supportées par des financements publics.

Pour ces prestations, le cadre juridique applicable relève plutôt de la protection du consommateur. Les établissements sont en effet tenus de délivrer un socle minimal de prestations, dont la liste figure à l'annexe 2-3-1 du code de l'action sociale et des familles.

- Les autorités publiques n'ont par ailleurs aucun droit de regard sur les flux financiers entre le siège et les établissements. En effet, les contrôles sont aujourd'hui limités aux établissements, ce qui ne permet pas d'exercer un contrôle plus global sur les pratiques de grands groupes gestionnaires d'établissements. L'absence de regard sur les pratiques d'un groupe a pu laisser se développer des pratiques comme les remises de fin d'année (RFA) concédées par les fournisseurs aux groupes, à l'occasion de l'achat groupé de produits tels que les protections pour incontinence.

2. Des moyens limités pour lutter contre les pratiques abusives de certains groupes

- L'affaire Orpea et les travaux qui s'en sont suivis ont mis en lumière les lacunes du contrôle s'exerçant sur les établissements privés lucratifs et leurs groupes gestionnaires.

Ces lacunes tiennent d'abord à la faiblesse des moyens humains et financiers consacrés aux activités de contrôle au sein des autorités de tarification et de contrôle. Les rapports précités de l'IGAS-IGF et du Sénat évaluent ainsi à 230 le nombre d'ETP dont l'activité est dédiée au contrôle du champ médico-social au sein

des ARS. Ce faible nombre s'inscrit dans un contexte global de diminution des moyens des ARS, dont les effectifs ont baissé d'environ 20 % depuis dix ans.

Ces chiffres expliquent la rareté des contrôles exercés sur les établissements, qui, selon la Cour des comptes, sont contrôlés en moyenne tous les vingt ou trente ans.

Au-delà de la seule question des moyens, le champ du contrôle budgétaire et financier des établissements ne semble pas constituer aujourd'hui une priorité. En effet, les orientations définies au niveau national dans le cadre de la commission nationale de programmation des inspections-contrôles (CNPIC) (voir *infra*) consacrent une place limitée à ce type de contrôles. Les préoccupations liées à la santé, la sécurité et la qualité de prise en charge des résidents prédominent largement dans les thèmes privilégiés pour les investigations.

Le pilotage national des investigations portant sur les Ehpad

La définition des orientations et priorités du contrôle portant sur les Ehpad est pilotée au niveau national par le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales (SGMAS) et la mission permanente d'inspection-contrôle (MPIC) de l'Inspection générale des affaires sociales.

Ce pilotage s'exerce dans le cadre de la commission nationale de programmation des inspections-contrôles, coprésidée par le chef de la MPIC et un représentant du SGMAS. Cette commission réunit quatre fois par an les principales instances compétentes dans le champ médico-social (notamment les directions des ministères des solidarités et de la santé, des agences sanitaires et des représentants d'ARS), dans l'objectif de définir des orientations nationales d'inspection-contrôle (ONIC).

- La multiplicité des acteurs et le manque de coordination entre eux constitue un autre frein à l'efficacité du contrôle exercé sur la gestion budgétaire et financière des Ehpad.

Un grand nombre d'acteurs exerce en effet des prérogatives dans le champ du contrôle des Ehpad. Au-delà de l'action des ARS et des conseils départementaux, un contrôle est assuré par les directions départementales de la protection des populations (DDPP) et l'inspection du travail (voir *infra*).

Principaux contrôles s'exerçant sur les Ehpad

Les ARS et les conseils départementaux disposent, en tant qu'autorités en charge des autorisations et de la tarification, de larges prérogatives. Leur action consiste essentiellement à s'assurer du CPOM, à traiter les événements indésirables et les déclarations des usagers. Leurs contrôles sont ciblés en fonction d'orientations nationales et d'une analyse de risque régionale.

Un contrôle est également exercé par les directions départementales de la protection des populations (DDPP), dans le cadre des priorités fixées par la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF). Ce contrôle consiste essentiellement à délester les facturations abusives et la non-conformité de contrats proposés.

L'inspection du travail intervient également pour s'assurer du respect du droit du travail dans les établissements.

Des inspections peuvent être organisées avec d'autres structures telles que l'assurance maladie ou encore dans le cadre des comités opérationnels départementaux anti-fraude (Codaf).

Or, cette multiplicité d'acteurs ne semble pas s'accompagner d'échanges réguliers d'informations ni d'une véritable coordination dans la réalisation des contrôles. Les auditions menées par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale au lendemain de l'affaire Orpéa, avaient ainsi mis en lumière la rareté des opérations de contrôles conjointes entre les ARS et les conseils départementaux.

• Enfin, les sanctions financières prévues dans le code de l'action sociale et des familles sont particulièrement difficiles à mobiliser.

L'article L. 313-14-2 du code de l'action sociale et des familles prévoit en effet la possibilité pour les autorités de tutelle de demander la récupération de certains montants en déduction du tarif de l'exercice en cours ou de celui qui suit, lorsqu'elles constatent :

- des dépenses sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec les coûts des Ehpad fournissant des prestations comparables ;
- des recettes non comptabilisées.

Des astreintes journalières sont également prévues à l'article L. 313-14 du code de l'action sociale et des familles, dans le cas où le gestionnaire ne se mettrait pas en conformité dans les délais fixés.

Or, comme le souligne le rapport précité du Sénat, faute de référentiel opposable, ces sanctions financières ne sont que très peu utilisées. Les directeurs d'ARS indiquent rencontrer des difficultés à les appliquer en raison de la difficulté d'identifier les pratiques abusives, en l'absence de normes quantifiées et dans un

contexte où la réglementation permet aux Ehpad de conserver leurs excédents d'exploitation.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Dans la lignée des premières mesures prises au lendemain de l'affaire Orpea, le présent article vise à renforcer significativement les exigences de transparence et de réglementation financière des établissements sociaux et médico-sociaux tout en dotant les autorités publiques de véritables prérogatives de contrôle et de sanction.

A. RENFORCER LES OBLIGATIONS BUDGÉTAIRES ET COMPTABLES PESANT SUR LES ÉTABLISSEMENTS ET CONTRAINDRE LES GROUPES À DAVANTAGE DE TRANSPARENCE FINANCIÈRE

Si des premières mesures sont prévues par le décret du 28 avril 2022 ⁽¹⁾, le présent article renforce significativement les exigences de transparence financière et réforme le cadre comptable et budgétaire des établissements.

1. Un plus grand droit de regard des autorités de contrôle sur les comptes des établissements

Le présent article confère aux autorités de tarification et de contrôle davantage de prérogatives pour assurer le suivi de l'utilisation des dotations publiques. Il renforce en ce sens le droit de regard de ces autorités sur les comptes des établissements et des groupes.

Le **a du 1° du I** conditionne la possibilité pour un groupe de signer des CPOM à la place des établissements sur lesquels il exerce un contrôle à un accord préalable des ATC. Cette disposition vise à permettre la mise en lien direct entre les ATC et les établissements. En effet, dans le cadre juridique actuel, il est courant que le siège du groupe fasse « écran » entre l'établissement et l'ATC, et que l'établissement ne découvre qu'*a posteriori* les dotations qui lui sont attribuées. Pour pouvoir signer un CPOM directement avec le siège, l'ATC devra désormais avoir expressément donné son accord.

Le **3° du I** étend significativement les prérogatives de contrôle des autorités publiques sur les sièges de groupes privés lucratifs multi-gestionnaires d'Ehpad.

Il permet en premier lieu aux ATC de contrôler l'application des règles du code de l'action sociale et des familles aux sièges de groupes gestionnaires d'Ehpad.

(1) Décret n° 2022-734 du 28 avril 2022 portant diverses mesures d'amélioration de la transparence financière dans la gestion des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Cette prérogative constitue un élargissement significatif du pouvoir de contrôle dans la mesure où ces autorités ne peuvent aujourd'hui exercer leur contrôle qu'à l'égard des établissements et services gérés par un organisme gestionnaire, ainsi que les sièges sociaux autorisés. Il sera donc désormais possible à l'autorité d'exercer un contrôle agrégé et de disposer d'une vision complète des flux financiers entre le siège et les différents établissements. Cette capacité lui donne compétence pour accéder à l'ensemble des données, même lorsque les services ou établissements ne sont pas implantés sur son territoire. Elle pourra ensuite procéder à des recouvrements d'indus si elle est en capacité de répartir ces indus au niveau de chaque établissement et service.

En second lieu, le **3** du **I** ouvre le champ de ce contrôle à des services et établissements publics désignés par voie réglementaire, qui agiront pour le compte de l'État, ainsi qu'à l'Inspection générale des affaires sociales et à l'Inspection générale des finances.

2. Des règles plus strictes dans la gestion des excédents

Le présent article prévoit par ailleurs des règles plus strictes en matière de gestion et d'usage des excédents budgétaires par les groupes gestionnaires d'établissements.

Les **b** du **1°** et **2°** du **I** reviennent sur le principe de libre affectation des résultats par le gestionnaire en limitant dans le temps l'utilisation des excédents budgétaires des établissements, afin qu'ils soient effectivement dépensés. Cette limitation est fixée sur la durée des CPOM, soit cinq ans maximum. Ainsi, au renouvellement du CPOM, le montant d'éventuels excédents peut être inclus dans les calculs des ATC pour la nouvelle dotation de l'établissement.

La définition d'une date limite d'utilisation des excédents devrait garantir leur utilisation pour l'amélioration de la prise en charge des résidents, dans la mesure où les excédents sur les sections soins et dépendance doivent, aux termes de l'article R. 314-234 du code de l'action sociale et des familles, être affectés à des dépenses sur ces sections.

3. Un nouveau cadre comptable

Le présent article soumet enfin les établissements à un nouveau cadre de comptabilité et astreint les établissements et le cas échéant, les groupes gestionnaires d'établissements, à une plus grande transparence financière.

Le **4°** du **I** inscrit l'obligation pour les établissements ou services médico-sociaux et le cas échéant, leur organisme gestionnaire, de tenir une comptabilité analytique permettant de retracer l'utilisation de dotations publiques.

Cette disposition constitue dès lors la base légale au décret précité du 28 avril 2022 qui consacre, à l'article R. 314-104 du code de l'action sociale et des familles :

– l’obligation, d’une part, d’identifier, dans le modèle de comptabilité, les réserves, les reports à nouveau et les résultats constitués à partir de financements publics ;

– la mise en place, d’autre part, d’une comptabilité analytique distincte lorsqu’un organisme gère plusieurs établissements ou services sociaux et médico-sociaux. Une telle comptabilité permet d’établir le cas échéant, les marges réalisées et les flux financiers existant entre l’organisme gestionnaire et les établissements ou services qu’il gère. Chaque organisme gestionnaire doit par ailleurs faire attester par un commissaire aux comptes ces éléments de comptabilité analytique.

Ces éléments de comptabilité doivent permettre de détecter les pratiques abusives comme les remises de fin d’année (RFA).

B. RENDRE EFFECTIFS LES DISPOSITIFS CORRECTIFS ET DE SANCTION

Le présent article renforce par ailleurs significativement les prérogatives dont disposent les autorités publiques pour assurer le contrôle et la sanction des comportements abusifs de certains établissements et groupes gestionnaires.

1. La définition d’un pouvoir d’injonction et de sanction financière

Le 4° du I crée l’article L. 313-13-2 au code de l’action sociale et des familles, qui dispose que dans le cas où une personne morale n’aurait pas satisfait une demande de communication d’un document, notamment comptable, l’autorité de contrôle peut enjoindre cette même personne morale à lui fournir ce document dans un délai qu’elle fixe. Si au terme de ce délai, la personne morale ne s’est toujours pas exécutée, l’autorité de contrôle peut prononcer une astreinte journalière, dont le montant ne peut être supérieur à 500 euros par jour.

Le 6° du I° prévoit la faculté, pour la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA), de prononcer une sanction financière en cas de non-respect des règles budgétaires fixées par le code de l’action sociale et des familles et, en particulier, d’une imputation de charges ne relevant pas de la gestion normale d’un établissement ou d’un service.

L’article L. 313-14 du code de l’action sociale et des familles, auquel renvoie le présent article, précise que le montant de cette sanction est proportionné à la gravité des faits constatés et ne peut être supérieur à 1 % du chiffre d’affaires réalisé, en France et dans le champ d’activité en cause, par le gestionnaire lors du dernier exercice clos. À défaut d’activité permettant de déterminer ce plafond, le montant de la sanction financière ne peut être supérieur à 100 000 euros.

Les modalités de mise en œuvre de ces sanctions seront néanmoins définies plus précisément par voie réglementaire.

Le **5° du I** prévoit que ces astreintes et sanctions financières peuvent être versées à la CNSA, alors qu'elles n'étaient auparavant destinées qu'au Trésor public. Le **5° du II** ajoute par conséquent le produit de ces astreintes et produits financiers dans les ressources de la CNSA.

2. Un système permettant la récupération des indus au niveau national

Le présent article établit enfin un système de recouvrement des financements indus au niveau national.

L'article R. 314-236 du code de l'action sociale et des familles permet déjà aux ATC de rejeter les dépenses injustifiées d'un établissement et de les déduire du montant du forfait de l'exercice concerné ou de l'exercice suivant.

Or, en visant à renforcer les prérogatives de contrôle des ATC sur les comptes des sièges gestionnaires de plusieurs établissements, il était nécessaire de prévoir un mécanisme de recouvrement des financements indus au niveau de ces groupes.

Ainsi, le **7° du I** prévoit un dispositif permettant de faciliter la récupération de financements publics injustifiés, lorsque ces derniers sont agrégés dans la comptabilité du siège d'un groupe national. Lors de son audition, la CNSA a souligné l'importance de cette mesure, qui, au lendemain de l'affaire Orpea, clarifie le mode de recouvrement de financements attribués à des établissements sur l'ensemble du territoire.

La CNSA pourra dès lors procéder à la demande des conseils départementaux ou des métropoles, à la récupération des indus non individualisables par établissement. Les modalités de récupération et de répartition de ces indus sont déterminées dans le cadre d'une convention passée entre la CNSA et le département ou la métropole.

Enfin, le **6° du II** ajoute aux ressources de la CNSA les sommes recouvrées par la CNSA dans le cadre de cette procédure de récupération de financements publics injustifiés.

*

* *

Article 33

Sécuriser la réforme du financement des services de soins à domicile

Adopté par la commission sans modification

L'article 33 précise et clarifie les modalités d'application de la réforme du financement des services de soins à domicile prévue par l'article 44 de la LFSS 2022. Pour rappel, cette réforme fait évoluer la tarification de ces services en passant d'une dotation fixe, non modulée en fonction des caractéristiques des usagers, à une tarification tenant compte du niveau de perte d'autonomie et des besoins de soin des personnes accompagnées.

Le présent article détermine les conditions de transmission et de contrôle des données relatives au niveau de dépendance et aux besoins de soins des personnes accompagnées par les services, sur lesquelles se fondent les autorités de tarification pour établir les dotations. Il confère en outre aux agences régionales de santé (ARS) un pouvoir de sanction lorsque les services ne respectent pas leurs obligations. Il prévoit enfin des dispositions dérogatoires et d'ajustement du droit existant, nécessaires pour la bonne entrée en vigueur de ce nouveau modèle de tarification.

Alors que les Français manifestent de plus en plus leur souhait de vivre chez eux aussi longtemps que possible, la LFSS 2022 ⁽¹⁾ a cherché à accompagner le « virage domiciliaire » en menant différentes réformes dans le champ des services à domicile.

A. UNE RÉFORME DES STRUCTURES

● La réforme issue de la LFSS 2022 vise d'abord à réduire la complexité de l'offre de services à domicile, qui nuit à la lisibilité et à l'accessibilité de ces services pour les personnes en perte d'autonomie et leurs familles. Son article 44 prévoit en effet de rapprocher les trois types de services existants – services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) (voir *infra*) – en une entité unique : les « services autonomie à domicile » proposant à la fois des prestations d'aide et de soin. L'expérimentation des « SPASAD intégrés », prévue par la loi du 29 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement (loi « ASV ») et achevée fin 2021, avait en effet montré l'intérêt pour les usagers de favoriser la coordination des prestations d'aide et de soins.

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Les trois catégories de services à domicile

La situation actuelle est marquée par la coexistence de trois modèles de services à domicile :

- les services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD), autorisés, tarifés et financés principalement par les départements. Ils assurent des prestations d'entretien du cadre de vie et d'aide à la personne (préparation des repas, linge ou encore aide à l'habillage et au déshabillage) ;
- les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), autorisés et tarifés par les ARS et financés par la branche autonomie. Ces services assurent, sous prescription médicale, des actes infirmiers et des soins dits de « nursing » (comme l'aide à la toilette notamment) ;
- les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD), qui proposent à la fois des prestations de soins et d'aide à domicile. Ils sont autorisés conjointement par les départements et les ARS et sont financés à titre principal par les départements pour l'aide et la branche autonomie pour le soin. Une expérimentation, prévue par la loi « ASV » et achevée fin 2021, a visé à promouvoir ce modèle en favorisant la coordination des prestations d'aide et de soins et la mise en place d'actions de prévention de la perte d'autonomie.

L'article 44 de la LFSS 2022 prévoit que l'ensemble des services actuels (SAAD, SSIAD, SPASAD) devront proposer à la fois des prestations d'aide et de soins, au plus tard le 30 juin 2025.

À cette date, il n'existera donc que deux catégories de services :

- les services dispensant de l'aide et du soin ;
- les services ne dispensant que de l'aide, la possibilité étant laissée aux SAAD de signer une convention avec un autre service ou un professionnel chargé d'assurer ces activités de soin.

La transformation des SAAD, SSIAD et SPASAD en services autonomie entrera en vigueur à la date de publication du décret définissant le cahier des charges de ces services, au plus tard le 30 juin 2023. Les services disposeront ensuite d'un délai de deux ans à compter de la publication du décret d'application pour se mettre en conformité avec ce cahier des charges.

Cette réforme permettra aux personnes accompagnées et à leurs familles de s'adresser à un interlocuteur unique, ce qui devrait faciliter significativement leur accès aux soins. Dans cette même perspective, l'article 44 de la LFSS 2022 a prévu un financement spécifique versé par les ARS afin d'inciter les structures à la coordination entre les prestations d'aide et de soins.

B. UNE RÉFORME DE LA TARIFICATION ET DU FINANCEMENT DES SERVICES À DOMICILE

La réforme des services à domicile prévue par la LFSS 2022 porte en outre sur les modalités de tarification et de financement de ces services.

1. L'instauration d'un tarif minimal pour les services d'aide et d'accompagnement à domicile

● L'article 44 de la LFSS 2022 porte d'abord sur la tarification des activités d'aide et d'accompagnement.

La très forte hétérogénéité des grilles tarifaires pratiquées entre départements pour les activités d'aide et d'accompagnement réalisées par les SAAD et les SPASAD entrave la capacité de nombreuses structures à être économiquement viables. Dans plusieurs départements, les tarifs horaires des SAAD demeurent en effet inférieurs au coût de revient, évalué autour de 24 euros en 2016. Cette situation est problématique à double titre : elle conduit, d'une part, à des refus de prise en charge et incite, d'autre part, les structures à réduire leurs coûts, ce qui n'est pas sans conséquence sur la qualité des prestations réalisées.

La tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile

Les SAAD et les SPASAD interviennent auprès de personnes âgées ou en situation de handicap éligibles à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et à la prestation de compensation du handicap (PCH), versées par les conseils départementaux et en partie financées par les concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Les SAAD habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale doivent respecter les grilles tarifaires fixées par chaque département, de telle sorte que les tarifs prévus pour les heures réalisées au titre de l'APA ou de la PCH varient sur l'ensemble du territoire national.

Les SAAD non habilités à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale sont quant à eux libres de fixer leurs prix, dans la limite d'un taux maximal de progression fixé chaque année par arrêté ministériel.

Répondant à une revendication portée de longue date par les fédérations, la LFSS 2022 a introduit, à l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles, un tarif plancher applicable aux SAAD habilités et non habilités à l'aide sociale, dont le montant ne pourra être inférieur à un montant fixé par arrêté ministériel et faisant l'objet d'un réexamen annuel. Ce tarif minimum a été fixé, pour l'année 2022, à 22 euros par un arrêté du 30 décembre 2021 ⁽¹⁾.

L'article 44 de la LFSS 2022 crée en outre une dotation complémentaire à compter du 1^{er} septembre 2022. Cette dotation est octroyée aux services en contrepartie de l'engagement de la structure, retenue à la suite d'un appel à candidatures organisé par le conseil départemental, à mettre en œuvre des actions

(1) Arrêté du 30 décembre 2021 relatif au tarif minimal mentionné au 1 de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles et fixant son montant pour 2022.

améliorant le service à l’usager et les conditions de vie des salariés dans le cadre d’un contrat pluriannuel d’objectifs et de moyens (CPOM).

2. La prise en compte des besoins en soins dans le mode de financement des SSIAD

La réforme issue de la LFSS 2022 porte également sur le modèle actuel de tarification des activités de soin réalisées à domicile, qui pose aujourd’hui d’importantes difficultés.

Les frais afférents aux soins à dispenser par les SSIAD sont en effet pris en charge par l’assurance maladie et versés par les ARS dans le cadre d’une dotation forfaitaire par place, non modulée en fonction des caractéristiques des patients. Les structures perçoivent le même financement quelles que soient les caractéristiques des soins proposés, alors même que les coûts de prise en charge peuvent varier considérablement selon le niveau de dépendance et l’état de santé des personnes accompagnées. Selon un rapport de la Cour des comptes de 2021 ⁽¹⁾, le coût réel de la prise en charge varie en effet de 0,1 à 3,5 fois le montant de la dotation moyenne par patient allouée par l’assurance maladie.

Un tel système conduit les structures à adapter les services proposés à leur capacité de financement et les amène à refuser d’accompagner les personnes aux besoins de soins les plus importants. Dans son rapport précité, la Cour des comptes estime à 15 % les refus liés à un besoin de prise en charge trop élevé au regard de la dotation allouée au service. Les structures peuvent aussi faire le choix de réduire leur activité, pour disposer des ressources suffisantes pour la prise en charge des cas les plus lourds. Ce constat est confirmé par un taux d’occupation moyen des SSIAD – qui se situe entre 87,7 % et 91,1 % en moyenne ⁽²⁾ – peu élevé en comparaison des autres établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).

● Pour répondre à cette situation, l’article 44 de la LFSS 2022 prévoit une réforme en profondeur du mode de financement des SSIAD, dont l’entrée en vigueur est prévue à compter du 1^{er} janvier 2023.

Aux termes de l’article L. 313-1-3 du code de l’action sociale et des familles, le directeur général de l’ARS versera ainsi chaque année, au titre de l’activité de soins, une dotation globale dont le montant tient compte notamment du niveau de perte d’autonomie et des besoins en soins des personnes.

L’objectif est de permettre aux structures de bénéficier d’un financement adapté au coût réel de leurs interventions. Ce nouveau mode de tarification constitue un élément essentiel du virage domiciliaire poursuivi depuis plusieurs années.

(1) « Les services de soins à domicile, une offre à développer dans une stratégie territorialisée de gradation des soins », communication de la Cour des comptes à la commission des affaires sociales du Sénat, décembre 2021.

(2) Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap), Tableau de bord de la performance médico-sociale (2019), novembre 2020.

Comme l'indique l'étude d'impact du présent projet de loi, « *pour permettre aux personnes qui le souhaitent de continuer de vivre et de vieillir chez elles, il est indispensable de mettre les services proposant des soins infirmiers en mesure de répondre à leurs besoins, qui iront croissant dans les années à venir* ».

II. LE DROIT PROPOSÉ : PRÉCISER ET SÉCURISER LE CADRE JURIDIQUE DU NOUVEAU SYSTÈME DE TARIFICATION DES SERVICES DE SOINS INFIRMIERS

Le présent article vise à préciser et définir les modalités d'application du nouveau modèle de tarification des soins à domicile. Il complète en cela l'article 44 de la LFSS 2022 afin de clarifier les conditions de collecte des informations nécessaires à la tarification des services, à la fiabilisation et au contrôle de ces données.

A. ORGANISER LA COLLECTE ET LE CONTRÔLE DES DONNÉES RELATIVES AUX CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES PAR LES SERVICES

1. Une remontée d'informations nécessaire pour définir une juste dotation

L'objectif de la réforme de la tarification des services à domicile est d'attribuer aux structures des dotations ajustées à leurs besoins. Cela requiert de disposer de données fiables sur les caractéristiques des structures et le profil des personnes accompagnées.

● Le **I** introduit un article L. 314-2-3 au sein du code de l'action sociale et des familles, définissant les modalités de collecte et de contrôle de la fiabilité de ces informations.

Ce nouvel article prévoit une double remontée d'informations : d'une part, des services vers la CNSA et les ARS, et d'autre part, des conseils départementaux vers la CNSA.

Le **I** prévoit l'obligation pour les services autonomie à domicile réalisant des activités de soins de transmettre à la CNSA et aux ARS les données permettant de déterminer notamment le niveau de perte d'autonomie et les besoins en soins des personnes qu'ils accompagnent.

Afin de permettre un contrôle de la fiabilité de ces données, le **I** dispose par ailleurs que les conseils départementaux transmettent à la CNSA les données dont ils disposent relatives au degré de dépendance des personnes accompagnées par ces services, mesuré au moyen de la grille groupe iso-ressources (GIR). Cette transmission s'effectue au moyen du système d'information unique prévu pour l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile (SI-APA), prévu à l'article L. 332-21-5 du code de l'action sociale et des familles, issu de l'article 49 de la LFSS 2022.

Le système d'information national de gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile

Pour mémoire, la LFSS 2022 a créé un système d'information unique au niveau national pour la gestion de l'APA à domicile, ayant vocation à se substituer aux outils informatiques propres à chaque département à l'horizon 2025. Ce système d'information a été envisagé afin d'améliorer le pilotage de l'APA au niveau national, en permettant, d'une part, de déployer simultanément les évolutions législatives et réglementaires dans les outils de gestion de l'ensemble des départements et, d'autre part, d'harmoniser les processus de gestion et l'organisation de remontées de données régulières à la CNSA.

Dans l'attente de la création de ce système d'information unique, au plus tard le 1^{er} janvier 2025, le **III** précise qu'un décret en Conseil d'État devra définir les modalités de transmission à la CNSA des informations relatives au degré de dépendance des personnes accompagnées par les services. À terme, comme l'indique l'étude d'impact du PLFSS, la mise en œuvre du SI-APA permettra de collecter ces données sans action spécifique des départements.

Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du nouvel article L. 314-2-3 introduit par le présent article, notamment la fréquence de transmission des données par les services et les conseils départementaux, les conditions de contrôle de ces données, ainsi que la fixation d'office du forfait global de soins en cas de non-transmission.

Afin de prendre en compte la situation des nouveaux services, il est prévu que l'obligation de transmission des informations s'impose seulement au terme de la deuxième année qui suit celle au cours de laquelle le service a été autorisé. Dans l'intervalle, le directeur de l'ARS fixe le montant de la dotation de soins à partir de montants forfaitaires, fixés chaque année par le directeur de la CNSA.

2. La mise en place de contrôles visant à s'assurer de la fiabilité des données transmises par les services

L'article L. 314-2-3 introduit par le présent article sécurise le nouveau modèle de tarification en prévoyant le contrôle des informations transmises par les services de soin à domicile.

Ce contrôle repose sur deux volets :

– d'une part, la possibilité pour la CNSA de réaliser des contrôles des données en comparant les informations déclarées par les services et celles transmises par les conseils départementaux. Ces contrôles devraient permettre de vérifier la cohérence des données, de détecter les résultats atypiques et les évolutions anormales du niveau d'activité ;

– la possibilité pour les ARS de réaliser à leur tour des contrôles des données déclarées par les services et surtout, de prévoir des régularisations, des injonctions et des sanctions.

Le directeur général de l'ARS peut ainsi, en cas de défaut de transmission, enjoindre à un service d'y procéder dans un certain délai. Faute d'exécution dans ce délai, il fixe d'office le montant du forfait global de soins.

Si le directeur général de l'ARS constate par ailleurs des données sans rapport ou manifestement hors de proportion avec le service rendu, il peut procéder à la récupération de la dotation de soins et/ou prononcer une sanction financière contre l'établissement.

Les modalités de contrôle des données déclarées ainsi que les mesures pouvant être prises à la suite de ces contrôles seront précisées par décret en Conseil d'État.

B. COMPLÉTER ET SÉCURISER LE NOUVEAU MODÈLE DE TARIFICATION INTRODUIT PAR L'ARTICLE 44 DE LA LFSS 2022

Le présent article apporte ensuite une série de modifications à l'article L. 314-1-1 du code de l'action sociale et des familles dans sa version issue de l'article 44 de la LFSS 2022 afin de rendre applicable le nouveau modèle de tarification des soins à domicile et de permettre une transition avec le système précédent.

1. Une dotation clarifiée

● Le **II** précise la nature de la dotation octroyée aux SSIAD et aux SPASAD pour leurs activités de soins. Alors que l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles issu de la LFSS 2022 ne prévoyait qu'une « dotation globale relative aux soins », le présent article dispose que la dotation se composera :

– d'une partie forfaitaire, dans l'objectif d'assurer une part socle robuste ;

– d'une partie variable, qui peut inclure des financements complémentaires au regard d'objectifs en matière d'activité, de qualité de prise en charge et d'accompagnement, définis dans le cadre de CPOM, à l'instar des financements complémentaires qui existent aujourd'hui pour les Ehpad ⁽¹⁾. Ces financements supplémentaires peuvent par exemple s'adresser aux structures prenant en charge des personnes souffrant de maladies neurodégénératives nécessitant des soins spécifiques, à l'instar des équipes spécialisées Alzheimer ou des SSIAD bénéficiant de temps de psychologues. La nature de ces financements complémentaires, ainsi que la périodicité de révision des différents éléments de la dotation globale de soins sont déterminées par décret en Conseil d'État.

(1) Article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles.

2. La mise en place de dispositifs transitoires

Le présent article comporte diverses dispositions temporaires visant à permettre une transition progressive avec le modèle de tarification précédent.

● Le **IV** fixe les modalités transitoires de financement aux services autonomie à domicile assurant eux-mêmes une activité de soins à domicile pour les années 2023 à 2027. Il dispose que la dotation prévue pour les activités afférentes aux soins sera calculée en prenant en compte :

– d’une part, le montant des produits de la tarification afférents aux soins fixé l’année précédente, revalorisé d’un taux fixé annuellement par arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale ;

– d’autre part, une fraction de la différence entre ce montant et celui d’une dotation globale cible, calculée conformément aux dispositions de l’article L. 314- 2-1 du code de l’action sociale et des familles, dans sa rédaction issue de la LFSS 2022, c’est-à-dire tenant compte notamment du niveau de perte d’autonomie et des besoins de soins des personnes accompagnées.

● Le **VII** prévoit des dispositions transitoires s’appliquant, à compter du 1^{er} janvier 2023 et jusqu’à leur transformation en services autonomie à domicile, aux SIAD et SPASAD dans leurs activités de soins.

Ces services sont ainsi financés :

– au titre de leur activité de soins, par une dotation fixée dans les conditions prévues au **IV** (voir *supra*) ;

– par une dotation destinée au financement des actions garantissant le fonctionnement intégré de la structure et la cohérence de ses interventions auprès de la personne accompagnée ;

– le cas échéant, par des financements complémentaires fixés par le directeur général de l’ARS.

Il applique en outre à ces services l’ensemble des dispositions prévues au **I**, relatives aux conditions de collecte des informations nécessaires à la tarification des services, à la fiabilisation et au contrôle de ces données.

3. La définition de règles dérogatoires

Le présent article prévoit enfin diverses mesures dérogatoires, visant à accompagner les services dans la mise en œuvre progressive de la réforme.

● Le **V** autorise en premier lieu le directeur général de l’ARS à fixer les financements complémentaires en dehors des CPOM, jusqu’au 31 décembre 2025. Dans ce cas, ces financements ne sont pas soumis à la procédure budgétaire annuelle normalement applicable.

• Le VI prévoit par ailleurs la possibilité pour les structures de déroger à l'obligation de remplacer leurs documents budgétaires par un état de prévision et de dépenses (EPRD). Cette obligation ne leur sera en effet imposée qu'après la conclusion d'un CPOM avec l'ARS ou l'inclusion dans un CPOM existant. À défaut, cette obligation s'applique à compter du 1^{er} janvier 2026.

En effet, le dispositif actuel repose sur un modèle dans lequel les charges autorisées sont couvertes par le financeur public. Au terme d'un processus de dialogue contradictoire avec la structure, qui doit aboutir dans un délai de soixante jours, l'ARS accepte un niveau donné de charges annuel, s'engage à attribuer les financements correspondants et le cas échéant, reprend les déficits d'exploitation expliqués par le gestionnaire.

La réforme de la tarification des soins introduit un modèle de tarification à la ressource, dans la mesure où la dotation de l'ARS est calculée en fonction de critères et paramètres nationaux. Le 1^{er} janvier 2023, date d'entrée en vigueur de la réforme de la tarification, l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles, qui prévoit le passage à l'EPRD lorsque l'équation tarifaire ou le forfait est déterminé à l'échelon national, devrait donc normalement s'appliquer aux SSAD et SPASAD existants. Or, le passage à l'EPRD représenterait une charge beaucoup trop importante pour les structures connaissant des difficultés telles que des pénuries de personnel inédites, ou les structures connaissant actuellement une restructuration. La période transitoire prévue par le présent article a donc pour objectif de prendre en compte la spécificité de leur situation.

*

* *

Article 34

Instaurer du temps dédié à l'accompagnement et au lien social auprès de nos aînés pour prévenir leur perte d'autonomie à domicile

Adopté par la commission sans modifications

Le présent article permet aux personnes éligibles à l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) de se voir proposer par l'équipe médico-sociale chargée d'élaborer leur plan d'aide, un temps dédié à l'accompagnement et au lien social. Ces heures supplémentaires seront mobilisables au-delà du plafond du plan d'aide. La sanctuarisation de ce temps dédié à l'interaction devrait permettre de prévenir la perte d'autonomie et de lutter contre l'isolement. Elle contribue par ailleurs à améliorer les conditions de travail des personnels de l'aide à domicile, en réduisant les temps hachés et en redonnant du sens à l'exercice de ces métiers.

I. LA MISE EN PLACE D'UN TEMPS DÉDIÉ À L'ACCOMPAGNEMENT ET AU LIEN SOCIAL DES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE VIVANT À DOMICILE

L'isolement des personnes âgées constitue une problématique centrale, identifiée de longue date comme pouvant accélérer le processus de perte d'autonomie. Pour répondre à cet enjeu, le Président de la République a annoncé la mise en place d'un temps dédié à l'accompagnement et au lien social à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Le présent article, dont les dispositions entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2024, définit les conditions de mise en œuvre de ce nouvel accompagnement et en détermine les modalités de financement.

A. UN ACCOMPAGNEMENT FACULTATIF PROPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES DE L'ALLOCATION PERSONNALISÉE D'AUTONOMIE

1. Le droit existant

Pour mémoire, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)⁽¹⁾ est une aide financière versée par le département et destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus résidant à domicile ou en établissement, confrontées à des situations de perte d'autonomie. La perte d'autonomie se mesure à l'aide de la grille Autonomie gérontologie groupes iso-ressources (AGGIR). Seules les personnes appartenant aux grilles 1 à 4 peuvent percevoir l'APA.

L'APA permet de prendre en charge tout ou partie des dépenses nécessaires au maintien à domicile ou sert à couvrir une partie du tarif dépendance fixé par l'établissement médico-social dans lequel la personne réside.

(1) Prévues aux articles L. 232-1 à L. 232-11 du code de l'action sociale et des familles.

S'agissant de l'APA « domicile », une équipe médico-sociale pluridisciplinaire est chargée d'évaluer, en lien étroit avec la personne, les besoins de cette dernière et de recenser les différents types d'aide nécessaire à son maintien à domicile. Cette évaluation a lieu lors de la demande d'APA, lors du renouvellement du plan d'aide, ou à la sollicitation du bénéficiaire.

Les modalités d'élaboration du plan d'aide par l'équipe médico-sociale sont définies par l'arrêté du 5 décembre 2016 fixant le référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins des personnes âgées et de leurs proches aidants, en application de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles.

L'équipe médico-sociale APA

Aux termes de l'article L. 232-6 du code de l'action sociale et des familles, l'équipe médico-sociale :

- apprécie le degré de perte d'autonomie du demandeur, qui détermine l'éligibilité à la prestation, sur la base de la grille AGGIR ;
- évalue la situation et les besoins du demandeur et de ses proches aidants ;
- propose le plan, informe de l'ensemble des modalités d'intervention existantes et recommande celles qui lui paraissent les plus appropriées compte tenu du besoin d'aide et de la perte d'autonomie du bénéficiaire et des besoins des proches aidants, ainsi que des modalités de prise en charge du bénéficiaire en cas d'hospitalisation de ces derniers ;
- identifie les autres aides utiles, dont celles déjà mises en place, au soutien à domicile du bénéficiaire, y compris dans un objectif de prévention, ou au soutien de ses proches aidants, non prises en charge au titre de l'allocation qui peut lui être attribuée.

Notifié par le conseil départemental dans un délai de trente jours à compter de la date de dépôt du dossier, le plan d'aide précise notamment la nature des aides accordées, le volume d'heures d'aide à domicile, le montant du plan d'aide, le taux et le montant de la participation financière du bénéficiaire ainsi que le montant de son allocation.

En application de l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles, le montant du plan d'aide ne peut dépasser un plafond défini par décret en fonction du degré de perte d'autonomie déterminé à l'aide de la grille AGGIR.

Montant plafond des plans d'aide d'APA au 1^{er} janvier 2022

Au 1^{er} janvier 2022, les montants maximaux des plans d'aide étaient fixés à :

- 1 807,89 euros par mois pour le GIR 1 ;
- 1 462,08 euros par mois pour le GIR 2 ;
- 1 056,57 euros par mois pour le GIR 3 ;
- 705,13 euros par mois pour le GIR 4.

2. Le dispositif proposé

Le **I** du présent article destine les heures dédiées à l'accompagnement et au lien social aux bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) résidant à domicile.

Aux termes de ce **I**, l'équipe médico-sociale chargée d'élaborer le plan d'aide peut proposer, en fonction des besoins de la personne, « un temps dédié au lien social concourant à prévenir la perte d'autonomie ». Ces heures constituent bien un module supplémentaire d'accompagnement, entièrement dédié à l'accompagnement et au lien social. Selon l'étude d'impact du présent projet de loi, l'équipe médico-sociale pourrait proposer à la personne jusqu'à deux heures d'accompagnement par semaine.

Si cette aide supplémentaire est acceptée par la personne, le président du conseil départemental augmente le plan d'aide qui lui est proposé, le cas échéant au-delà du plafond national prévu à l'article L. 232-3-1 du code de l'action sociale et des familles et présenté *supra*. À l'instar des modalités prévues dans le cadre du module « répit de l'aidant », cette possibilité permet d'ouvrir le recours à ces heures de convivialité aux personnes dont le plan d'aide est « saturé », autrement dit dont le montant a atteint les plafonds légaux.

L'aide au répit de l'aidant

Prévue à l'article L. 232-3-2 du code de l'action sociale et des familles, l'aide au répit permet aux proches aidants de personnes âgées bénéficiant de l'APA de se reposer ou décharger du temps. Ce dispositif permet le financement des solutions d'aide suivantes :

- un accueil de jour ou de nuit de la personne aidée en perte d'autonomie ;
- un hébergement temporaire en établissement ou en accueil familial ;
- un relais à domicile.

Cette aide est intégrée au sein du plan d'aide APA. Si le plafond du plan d'aide est atteint, il est possible de bénéficier d'une enveloppe supplémentaire dans la limite d'un plafond ⁽¹⁾ à condition que le proche aidant ne puisse être remplacé et qu'il assure une présence indispensable au maintien de la vie à domicile.

II. UN DISPOSITIF BÉNÉFICIAIRE TANT AUX PERSONNES ACCOMPAGNÉES QU'ÀUX PERSONNELS DES SERVICES À DOMICILE

La rapporteure se félicite de cette nouvelle mesure, saluée par les acteurs du secteur de l'aide à domicile et les représentants des familles de personnes en situation de perte d'autonomie.

- La mise en place de ce temps spécifique bénéficie d'abord aux personnes accompagnées, en permettant de lutter contre l'isolement et de sanctuariser des moments entièrement consacrés au lien social. Ces heures supplémentaires constituent par ailleurs un levier utile de repérage des fragilités et devraient contribuer à prévenir la perte d'autonomie en favorisant l'interaction et les activités de convivialité.

La consécration de ces heures de vie sociale devrait en outre contribuer à soulager les proches aidants dans l'accompagnement de la perte d'autonomie et sa prévention. Les personnes âgées en GIR 1 sont systématiquement aidées par des proches, et c'est le cas de deux tiers des personnes évaluées en GIR 4. Près de la moitié des aidants, principalement des femmes, déclarent que cette activité d'accompagnement de leurs proches impacte négativement leur propre santé.

- Le dispositif prévu par le présent article devrait enfin permettre d'améliorer les conditions de travail des personnels du secteur des services à domicile. Les spécificités de l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie conduisent en effet aujourd'hui à des horaires de travail étendus et morcelés. Selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), la somme des temps d'intervention réalisés en tant qu'aide à domicile est en moyenne de 5 heures, mais étalées sur 7 heures 13. Les aides domiciles se déclarent par conséquent à 72 % en temps partiel.

(1) 510,26 euros par an en 2022.

La sanctuarisation d'un temps d'accompagnement à la vie sociale devrait permettre de lutter contre ces horaires hachés et les temps partiels subis, en permettant une plus grande souplesse dans la fixation des horaires et en ne réduisant pas les heures d'intervention aux moments où des gestes professionnels sont requis (lever, repas, coucher).

En permettant aux personnels de disposer de davantage de temps et de moments consacrés à l'échange, ces heures de lien social devraient par ailleurs contribuer à redonner du sens aux métiers de l'accompagnement social, dans un contexte où l'attractivité de ces professions constitue une véritable priorité.

III. UNE ENTRÉE EN VIGUEUR À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2024

• Le **III** précise les modalités d'entrée en vigueur et d'application des dispositions du présent article aux plans d'aide existant.

Le **A** prévoit que le nouveau dispositif des heures d'accompagnement et de vie sociale entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Le **B** précise que les dispositions du présent article relatives aux heures de vie sociale s'appliquent aux plans d'aide proposés par l'équipe médico-sociale à partir du 1^{er} janvier 2024 mais également aux plans dont la revalorisation est sollicitée par le bénéficiaire de l'APA à compter de cette date.

Le **C** prévoit enfin une réévaluation par les présidents de conseils départementaux de l'ensemble des plans en cours à la date du 1^{er} janvier 2024 afin que l'équipe médico-sociale propose le temps dédié à l'accompagnement et au lien social aux bénéficiaires de l'APA qui répondraient à ce besoin. Cette réévaluation doit être réalisée au plus tard, le 31 décembre 2028.

• Le **II** prévoit les modalités de financement et de compensation par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) de ce dispositif.

Il modifie le plafond du montant de participation de la CNSA aux concours versés aux départements destinés à financer le coût de l'APA. Ce plafond, qui correspond à un pourcentage maximum de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA), de la contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) et de la contribution sociale généralisée (CSG) aujourd'hui de 7,70 % est en effet rehaussé à :

- 7,9 % du 1^{er} janvier 2024 au 31 décembre 2024 ;
- 8,1 % du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025 ;
- 8,3 % du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2026 ;
- 8,4 % du 1^{er} janvier 2027 au 31 décembre 2027 ;
- 8,6 % à compter du 1^{er} janvier 2028.

Article 35

Assurer pour l'habitat inclusif la transition entre le forfait habitat inclusif et le déploiement de l'aide à la vie partagée

Adopté par la commission sans modification

Le présent article vise à clarifier le financement du modèle de l'habitat inclusif. Depuis la LFSS 2022 créant l'aide à la vie partagée (AVP), coexistent en effet deux dispositifs : le forfait habitat inclusif (FHI), octroyé par l'ARS et l'AVP, financée par les départements sur concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Dans l'objectif de simplifier le financement de ce type d'habitat et de déployer ce modèle sur l'ensemble du territoire, le présent article acte l'extinction progressive du FHI et précise les modalités de participation de la CNSA au financement de l'AVP à partir de 2023.

I. L'HABITAT INCLUSIF : UN MODÈLE NOUVEAU DONT LE DÉPLOIEMENT À GRANDE ÉCHELLE EST UN DÉFI MAJEUR POUR LES PROCHAINES ANNÉES

La possibilité pour les personnes en perte d'autonomie de bénéficier d'un logement adapté à leurs besoins et leurs principales aspirations est un enjeu essentiel de nos sociétés. La question de la perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap nécessite en effet d'adapter les logements, dans un contexte où 21 millions de personnes auront 60 ans en France en 2020 ⁽¹⁾. Le modèle de l'habitat inclusif, qui permet de dépasser l'opposition binaire entre logement autonome et mode de vie collectif est amené à se développer.

A. LA CONSTRUCTION PROGRESSIVE D'UN MODÈLE ALTERNATIF À L'HÉBERGEMENT À DOMICILE ET EN ÉTABLISSEMENT

1. L'habitat inclusif, un modèle récent

L'habitat inclusif a été consacré au sein du code de l'action sociale et des familles par la loi du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique ⁽²⁾ (loi « Elan »). La mise en place en 2016 d'un observatoire de l'habitat inclusif réunissant l'ensemble des acteurs concernés – acteurs institutionnels, collectivités territoriales et associations –, avait constitué une étape préalable, permettant de partager les bonnes pratiques.

Aux termes de l'article L. 281-1 du code de l'action sociale et des familles, l'habitat inclusif est destiné aux personnes en situation de handicap et aux personnes âgées qui font le choix, à titre de résidence principale, « *d'un mode d'habitation regroupé, entre elles ou avec d'autres personnes, assorti d'un projet de vie sociale et partagée, défini par un cahier des charges national* ».

(1) Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), *Études et résultats* n° 1172, décembre 2020.

(2) Loi n° 2018-1021 du 23 novembre 2018 portant évolution du logement, de l'aménagement et du numérique.

Selon ce même article, ce mode d’habitat est entendu comme :

– un logement meublé ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée loué dans le cadre d’une colocation ;

– un ensemble de logements autonomes destinés à l’habitation, meublés ou non, en cohérence avec le projet de vie sociale et partagée et situés dans un immeuble ou un groupe d’immeubles comprenant des locaux communs, affectés au projet de vie sociale et partagée.

Comme l’indique le rapport de MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom sur l’habitat inclusif remis au Premier ministre le 26 juin 2020 ⁽¹⁾, il est difficile de s’accorder sur une classification exhaustive des modèles d’habitat inclusif sans risquer d’en occulter certaines formes. Les auteurs du rapport ont néanmoins tenté de définir les fonctions essentielles de ce type d’habitat que sont : se loger, partager certains temps de vie et être, seul ou à plusieurs, soutenu et stimulé dans l’autonomie du quotidien.

Loin de ne constituer qu’un « entre-deux » avant l’intégration d’un établissement spécialisé, l’habitat inclusif apparaît dès lors davantage comme une « troisième voie » dans la prévention, l’accompagnement et l’insertion face au risque de perte d’autonomie. Défini par un arrêté du 24 juin 2019 ⁽²⁾, le projet de vie sociale et partagé, cœur du modèle d’habitat inclusif, vise à permettre aux habitants de s’insérer dans la vie de leur quartier en favorisant des activités de convivialité, ludiques ou culturelles au sein ou à l’extérieur de l’habitat.

Pour l’élaboration et le suivi de ce projet, il est souvent fait appel à une personne morale porteuse de projet partagé, ou « personne 3P », qui constitue un interlocuteur privilégié des autres intervenants extérieurs (bailleurs, services d’aide à la personne) et des pouvoirs publics (État, départements, agences régionales de santé).

2. Des modalités de gouvernance et de financement partagées entre plusieurs acteurs

a. La mise en place d’un forfait dédié, financé par la CNSA

• La création par la loi « Elan » de 2018 du forfait habitat inclusif (FHI) constitue une évolution notable en faveur du déploiement de ce type d’habitat. Son montant, ses modalités et conditions de versement ont été fixés par un décret le 24 juin 2019 ⁽³⁾.

(1) « *Demain, je pourrai choisir d’habiter avec vous !* », rapport remis au Gouvernement par MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom, le 26 juin 2020.

(2) Arrêté du 24 juin 2019 relatif au modèle du cahier des charges national du projet de vie sociale et partagée de l’habitat inclusif.

(3) Décret n° 2019-629 du 24 juin 2019 relatif aux diverses dispositions en matière d’habitat inclusif pour les personnes handicapées et les personnes âgées mentionné au titre VIII du livre II du code de l’action sociale et des familles.

Pour financer le FHI, la CNSA délègue une partie des crédits du fonds « intervention » de son budget aux agences régionales de santé (ARS) *via* le fonds d'intervention régional (FIR). Ces crédits sont répartis selon la somme du nombre de personnes en situation de handicap de 18-59 ans et du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans par département.

Le FHI est attribué au porteur de projet (ou « personne 3P ») pour toute personne âgée classée en groupes iso-ressources (GIR) 1 à 5 ou toute personne handicapée bénéficiant d'une allocation aux adultes handicapés (AAH), d'une prestation de compensation du handicap (PCH), d'une allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), d'une orientation vers un service ou établissement social ou médico-social ou d'une pension d'invalidité de 2^e et 3^e catégories. Toutefois, seuls certains projets font l'objet d'un financement. Il revient en effet aux ARS de lancer un appel à candidatures et de sélectionner les projets pouvant bénéficier du FHI.

La circulaire interministérielle du 6 septembre 2021 relative au plan interministériel de développement de l'habitat inclusif ⁽¹⁾ précise les modalités de calcul du FHI. La modulation du forfait entre 3 000 et 8 000 euros par an et par habitant, avec un plafond de 60 000 euros par projet, est mesurée selon le temps de présence des professionnels engagés, la nature des activités mises en place et les partenariats organisés avec les acteurs locaux dans le cadre du projet.

Majoritairement attribué pour trois ans, le FHI permet de financer l'animation du projet de vie sociale et partagée ainsi que le petit équipement nécessaire à sa mise en œuvre. En revanche, ce forfait ne peut servir à financer ni l'ingénierie de projet ni l'équipement ou la construction, ni l'accompagnement individuel dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

b. Une impulsion donnée par la conférence des financeurs de l'habitat inclusif

La loi « Elan » a par ailleurs permis de faire du développement de l'habitat inclusif une priorité dans chaque territoire, en créant la conférence des financeurs de l'habitat inclusif, formation spécifique de la conférence des financeurs de la perte d'autonomie, elle-même créée par la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement ⁽²⁾ (« ASV ») de 2015. Présidées par les conseils départementaux et vice-présidées par les ARS, ces conférences définissent un « programme coordonné de financement de l'habitat inclusif » qui comprend des orientations en matière de déploiement de l'habitat inclusif en s'appuyant sur les « diagnostics territoriaux et partagés entre les acteurs concernés ».

(1) Circulaire interministérielle n° DGCS/SD3A/DHUP/DGCL/2021/191 du 6 septembre 2021 relative au plan interministériel de développement de l'habitat inclusif.

(2) Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Les acteurs des conférences des financeurs de l'habitat inclusif

En application de la loi « Elan », les conférences des financeurs ont été amenées en 2019 à ouvrir leur gouvernance aux représentants des services départementaux de l'État compétents en matière d'habitat (directions départementales des territoires – DDT – et directions régionales et interdépartementales de l'hébergement et du logement – DRIHL) et de cohésion sociale (directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités – DDETS). Sont également désormais associées l'ensemble des personnes physiques ou morales concernées par les politiques de l'habitat et notamment l'Union sociale pour l'habitat (USH), la Caisse des dépôts et consignations et les conseils régionaux.

Les projets d'habitat inclusif font donc l'objet d'un double financement : celui issu du FHI et celui des autres membres de la conférence des financeurs. Le programme coordonné permet aux différents financeurs de prioriser et de décider des projets qui seront financés selon ces différentes modalités.

Les conférences des financeurs transmettent chaque année un rapport d'activité à la CNSA, en précisant l'ensemble des projets bénéficiant d'un soutien financier, issus du FHI ou non.

Pour les exercices 2020 et 2021, 25 millions d'euros de FHI ont été alloués aux ARS par la CNSA. Toutefois, en 2020, les ARS n'ont consommé en moyenne que 39 % de cette enveloppe. Selon les données transmises par les conférences des financeurs (voir *infra*), 221 projets d'habitat inclusif dans 65 départements ont ainsi bénéficié du FHI en 2020, à hauteur de près de 9,3 millions d'euros. Au total, 2 188 personnes vivent dans ces habitats et bénéficient du projet de vie sociale et partagée financé *via* le forfait.

UTILISATION DU FORFAIT « HABITAT INCLUSIF » EN 2020 PAR TYPE D'HABITAT EN FONCTION DU PROFIL DES HABITANTS

Profil des habitants	Nombre d'habitats financés	Nombre d'habitants	Montant financé en euros	Nombre de territoires pour lesquels les données sont renseignées
Personnes âgées	32	331	1 109 737	20
Personnes en situation de handicap	147	1253	6 183 188	57
<i>dont habitats à destination des personnes avec un TSA</i>	13	51	411 309	10
Personnes âgées et personnes en situation de handicap	42	604	2 004 134	27
TOTAL	221	2 188	9 297 059	65

Source : CNSA, données transmises par les conférences.

Ainsi, les deux tiers des projets financés s'adressent aux personnes en situation de handicap, le tiers restant concernant des habitats inclusifs et des habitats à destination des personnes âgées uniquement. Parmi les projets d'habitat inclusif à destination des personnes en situation de handicap, au moins treize habitats dans dix territoires concernent les personnes avec un trouble du spectre autistique (TSA).

B. DÉPLOYER LARGEMENT LE MODÈLE DE L'HABITAT INCLUSIF GRÂCE À L'AIDE À LA VIE PARTAGÉE

1. La mise en place d'une nouvelle aide individuelle

- Dans leur rapport précité remis au Premier ministre, MM. Denis Piveteau et Jacques Wolfrom proposent une trajectoire de déploiement à grande échelle de l'habitat inclusif pour répondre aux besoins croissants de demain.

Parmi les principales recommandations du rapport, figure la refonte du système de financement de ce modèle d'habitat. Le FHI, fondé sur une instruction a priori des projets et le versement de l'aide pour une durée de trois ans à la personne porteuse du projet, apparaît en effet impropre à répondre à la dynamique des besoins. Le rapport souligne par ailleurs qu'il n'y aura de véritable virage en faveur du logement inclusif *« que si l'on s'extrait d'une logique institutionnelle qui s'adresse aux gestionnaires plutôt que de solvabiliser les personnes »*.

- Faisant suite à cette préconisation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ⁽¹⁾ a mis en place une nouvelle aide individuelle, prévue à l'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles : l'aide à la vie partagée (AVP).

Le département inscrit dans son règlement départemental d'aide sociale un droit à l'AVP. Aux termes de l'article L. 281-2-1, cette aide est ouverte de plein droit, sous condition de ressources, à toute personne vivant dans un habitat inclusif auquel n'est pas attribué un forfait habitat inclusif et dont la personne morale animatrice a passé, pour cet habitat, une convention avec le département. Elle est versée par le département.

À la différence du FHI, ce sont donc les personnes qui financent le projet de vie sociale et partagée *via* l'aide qui leur a été attribuée dans le cadre d'une prestation individuelle. Par ailleurs, l'AVP finance l'animation mais aussi la coordination du projet de vie sociale ou de la régulation du vivre ensemble. Elle ne prend pas en charge l'accompagnement de la personne dans les actes de la vie quotidienne, comme l'aide et la surveillance.

Le département définit sa programmation de projets d'habitats inclusifs dans un accord pour l'habitat inclusif qu'il signe avec la CNSA. Cet accord fixe les conditions, portant notamment sur le montant de l'aide et ses conditions

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

d'attribution, qui ouvrent droit au versement d'un concours pour le financement des dépenses départementales d'aide à la vie partagée.

2. La coexistence temporaire du FHI et de l'AVP

Si l'AVP a vocation à remplacer, à terme, le FHI, le législateur a prévu une période transitoire permettant de faire coexister ces deux aides, le temps de la montée en charge de l'AVP. Cette coexistence est néanmoins encadrée par l'article L. 281-2-1 du code de l'action sociale et des familles, qui dispose que l'AVP ne peut être octroyée aux habitants d'un habitat bénéficiant du FHI.

Dans l'objectif d'assurer un large déploiement de l'AVP et d'inciter les départements à s'engager dans des projets d'habitat inclusif, la LFSS 2021 a défini une période transitoire ou « phase starter » durant laquelle la CNSA participe à hauteur de 80 % aux dépenses des départements s'engageant dans le déploiement de l'AVP.

Ce soutien aux départements a rempli ses objectifs. Selon la CNSA, début octobre, 94 départements s'étaient en effet engagés à prendre une délibération d'ici la fin de l'année pour inscrire le droit à l'AVP dans leur règlement départemental d'aide sociale. Parmi ceux-ci, 80 avaient par ailleurs signé un accord avec la CNSA dans le cadre duquel ils ont défini leur programmation de projets d'habitat inclusif et avaient pris ou s'étaient engagés à prendre prochainement une délibération pour inscrire l'AVP dans leur règlement départemental d'aide sociale.

II. LE DROIT PROPOSÉ

Cet article vise à fixer les conditions nécessaires au déploiement à grande échelle de l'habitat inclusif, en clarifiant et précisant les modalités de son financement.

- Il acte en premier lieu, la suppression du FHI à l'horizon 2025. Le maintien du FHI et de l'AVP, financés respectivement par l'ARS et le département, est en effet source de complexité et nuit à la lisibilité du système. L'extinction progressive du FHI est souhaitable dans la mesure où la quasi-totalité des départements ont annoncé leur intention de mettre en place l'AVP dès 2022, afin d'éviter un double financement sur le territoire.

Le **II** prévoit à cet effet l'abrogation, à compter du 1^{er} janvier 2025, des articles L. 282-1 et L. 282-3 du code de l'action sociale et des familles, qui consacrent l'existence du FHI au sein de ce code et en déterminent l'objectif et les modalités de financement par la CNSA.

À compter de cette date, les ARS verseront dès lors uniquement les FHI prévus dans le cadre de conventions signées antérieurement au 1^{er} janvier 2025, jusqu'au terme de ces conventions.

En cohérence avec l’extinction, en janvier 2025 de l’AVP, le **1° du I** supprime, à compter du 1^{er} janvier 2025, la disposition du premier alinéa de l’article L. 281-2-1, qui prévoit aujourd’hui les modalités de l’articulation entre le FHI et l’AVP en précisant que l’AVP ne peut être versée aux habitants d’un habitat inclusif auquel est attribué le FHI.

● Le présent article détermine en second lieu les modalités de participation de la CNSA à la couverture des dépenses des conseils départementaux dans la deuxième phase de déploiement de l’AVP. La loi ne prévoit en effet aujourd’hui les modalités de participation de la CNSA à ces dépenses que pour la phase « starter » amorcée début 2021 et qui s’achèvera fin 2022.

Pour rappel, les dépenses du département au titre de l’AVP bénéficient d’une participation de la CNSA au titre du 4° de l’article L. 223-8 du code de la sécurité sociale. Le versement de la contribution au département est néanmoins soumis à la signature d’un accord pour l’habitat inclusif, passé entre la CNSA et les conseils départementaux, qui fixe notamment les conditions portant sur le montant de l’aide et ses conditions d’attribution.

Le **2° du I** renforce d’abord le pilotage de l’offre de l’habitat inclusif et de son financement. Il prévoit en effet qu’une annexe à l’accord pour l’habitat inclusif recense, sous la forme d’une programmation pluriannuelle, l’ensemble des habitats inclusifs pour lesquels les dépenses d’AVP font l’objet d’une couverture par la CNSA. Cette annexe précise le nombre et le montant des AVP retenus pour chaque habitat, ainsi que le pourcentage de couverture de ces aides par la CNSA. L’objectif est de permettre à la CNSA de disposer d’un suivi précis de l’offre d’habitat inclusif cofinancée par la branche autonomie et de pouvoir calculer le montant qu’elle versera aux conseils départementaux.

Il précise par ailleurs les modalités de contribution de la CNSA aux dépenses d’AVP des départements à partir du 31 décembre 2022.

Ainsi, dans la phase « post starter » de déploiement de l’AVP, la CNSA assurera la couverture de ces dépenses à un taux :

– d’au moins 65 % de la dépense du département pour les conventions signées du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2024 ;

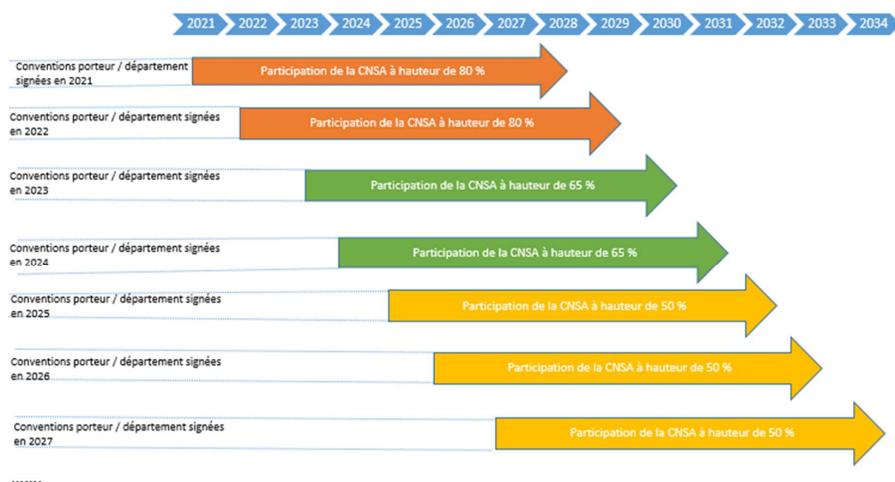
– d’au moins 50 % de cette dépense pour les conventions signées à compter du 1^{er} janvier 2025.

Cette montée en charge de la participation du département dans le financement de ce type de projet est cohérente avec son nouveau rôle de chef de file dans le domaine de l’habitat inclusif. La loi du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures

de simplification de l’action publique locale ⁽¹⁾, a en effet conféré au département une compétence de coordination du développement de l’habitat inclusif, qui s’exerce notamment au sein de la conférence des financeurs de l’habitat inclusif.

Il est néanmoins précisé que le taux applicable s’apprécie à la date à laquelle les conventions passées entre le département et la personne porteuse de projet sont signées, permettant aux départements de continuer de bénéficier pendant plusieurs années d’un concours avantageux de la CNSA. Ainsi, pour les départements signataires d’un accord avant le 1^{er} janvier 2023, le concours de la CNSA sera de 80 % durant toute la durée de la convention (voir schéma *infra*).

CONTRIBUTION DE LA CNSA AUX DÉPENSES D’AVP DES DÉPARTEMENTS SELON LA DATE DE SIGNATURE DES CONVENTIONS PORTEURS/DEPARTEMENT



Source : direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

Le 22 avril 2021, le conseil de la CNSA a fixé à sept ans maximum la durée maximale de la convention entre le département et le porteur d’habitat inclusif. À compter de 2032, le concours de la CNSA viendra dès lors compenser uniquement des conventions entre les porteurs et le département pour lesquelles le niveau de participation de la CNSA est fixé à 50 % des dépenses d’AVP.

*
* *

(1) Loi n° 2022-217 du 21 février 2022 relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l’action publique locale.

CHAPITRE VI Moderniser les prestations familiales

Article 36

Amélioration du soutien à la garde d'enfants : complément de libre choix de mode de garde (CMG) horaire et linéaire, extension du CMG aux familles monoparentales pour la garde d'enfants âgés de 6 à 12 ans, ouverture du CMG linéarisé aux deux parents en cas de résidence alternée

Adopté par la commission sans modification

L'article 36 vise à assurer une plus grande équité dans l'accès aux modes de garde en procédant à une réforme du complément libre choix du mode de garde (CMG).

Il réforme en premier lieu le mode de calcul du CMG « emploi direct », versé aux familles qui emploient directement un assistant maternel ou une garde à domicile, afin de pouvoir établir un CMG horaire et linéaire, c'est-à-dire correspondant à un niveau de taux d'effort fonction des ressources et de la composition du foyer. L'objectif est de rapprocher le barème du CMG « emploi direct » de celui des crèches et de réduire significativement les freins financiers à l'accueil individuel des enfants des familles aux revenus modestes et/ou ayant des besoins de garde importants.

Cet article étend en outre le CMG « emploi direct » aux familles monoparentales ayant des enfants de plus de 6 ans, particulièrement pénalisées par cette barrière d'âge.

Il permet enfin un partage du CMG « emploi direct » entre parents en cas de résidence alternée de l'enfant à charge.

I. LE DROIT EXISTANT : LES MODALITÉS DE CALCUL DU CMG ENTRAÎNENT UN ACCÈS INÉGAL AUX MODES DE GARDE

A. UN SOUTIEN FINANCIER PROPOSÉ AUX FAMILLES POUR LA GARDE DE LEUR ENFANT

1. Présentation du dispositif et conditions d'éligibilité

Prévu aux articles L. 531-5 à L. 531-9 du code de la sécurité sociale, le complément de libre choix du mode de garde (CMG) est une aide financière versée pour compenser partiellement le coût de la garde des enfants de moins de 6 ans. Créé par la loi du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance ⁽¹⁾, il constitue l'une des aides prévues dans le cadre de la prestation d'accueil du jeune enfant (Paje).

(1) Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

La prestation d'accueil du jeune enfant

Créée par la loi précitée du 2 janvier 2004, la Paje comprend plusieurs aides destinées aux parents pouvant être versées à l'occasion de la naissance ou de l'adaptation d'un enfant et jusqu'à ses 6 ans.

La Paje comprend quatre dispositifs :

- la prime à la naissance ou à l'adoption, qui permet de prendre en charge les premières dépenses liées à l'arrivée d'un enfant et à son entretien ;
- l'allocation de base en cas de naissance ou d'adoption, ayant pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance ou l'adoption d'un enfant, à son entretien et son éducation ;
- la prestation partagée d'éducation de l'enfant (PréParE), qui permet à l'un ou aux deux parents de réduire ou de cesser leur activité professionnelle pour s'occuper de leur enfant ;
- le complément de libre choix du mode de garde (CMG).

Le CMG est attribué au ménage ou à la personne faisant garder au moins un enfant jusqu'à ses 6 ans, par une assistante maternelle, une garde d'enfant à domicile ou une micro crèche ou structure agréée. Lorsque l'enfant a entre 3 et 6 ans, le montant du CMG versé est néanmoins divisé par deux.

Bénéfice du CMG selon l'âge de l'enfant

L'âge limite de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) prévue à l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale est de 3 ans. Il existe plusieurs dérogations à cet âge limite dans le code de la sécurité sociale, dont en particulier le CMG versé pour des enfants âgés entre 3 et 6 ans (article L. 531-5).

Actuellement, le CMG peut être versé lorsque la famille confie son enfant de moins de 3 ans à un mode de garde formel (emploi direct ou structure) ; lorsque l'enfant a entre 3 et 6 ans, le montant de CMG versé est divisé par deux.

L'article 70 de la LFSS 2019 ⁽¹⁾, codifié à la dernière phrase du IV de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, a permis, dans le contexte de l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire à 3 ans, de prolonger le CMG à taux plein (dû au titre d'un enfant âgé de 0 à 3 ans) jusqu'au mois d'août d'une année civile, pour les enfants qui atteignent l'âge de 3 ans entre le mois de janvier et d'août d'une année civile – pour tenir compte du fait que l'enfant n'étant pas encore scolarisé, les besoins de garde restent élevés.

Au-delà des 6 ans de l'enfant, en revanche, le CMG n'est versé dans aucun cas.

Le versement du CMG est conditionné à l'exercice par les parents, d'une activité professionnelle. Cette condition est néanmoins appréciée de manière souple et étendue à une grande diversité de situations (voir *infra*).

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

Conditions d'éligibilité au CMG (article L. 531-5 du code de la sécurité sociale)

Pour percevoir le CMG, il suffit que le demandeur de CMG et/ou son conjoint ait été en activité professionnelle (qu'elle soit salariée, assimilée ou non salariée), au moins un jour durant le mois de la demande ou le mois précédent.

La notion d'activité professionnelle effective est largement entendue, et inclut notamment les situations de congés payés ou d'indemnisation au titre de la maladie, d'un accident de travail, de la maternité, de la paternité, de l'adoption, de l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité ; les stages de formation rémunérée et les situations d'indemnisation au titre de l'assurance chômage ou du chômage partiel.

Permet également de remplir cette condition d'activité professionnelle le fait que le parent ou les deux membres du couple poursuivent des études ou soient signataires d'un service civique, perçoivent l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ou l'allocation de solidarité spécifique, ou encore que le ménage bénéficie du revenu de solidarité activ (RSA) à condition d'être inscrit dans une démarche d'insertion professionnelle.

2. Une prestation comprenant deux composantes

Le dispositif du CMG comprend aujourd'hui deux formes selon le mode de garde choisi par les parents : le CMG « emploi direct » et le CMG « structure ». Ainsi, quel que soit le mode de garde retenu, le droit à la prestation est calculé de manière que les familles conservent à leur charge au moins 15 % de la dépense.

a. Le CMG « emploi direct »

Le CMG dit « emploi direct » est attribué aux familles qui emploient directement une assistante maternelle ou une garde à domicile. Il assure la prise en charge :

- D'une part, de tout ou partie des cotisations sociales :

- 100 % des cotisations liées à l'emploi d'une assistante maternelle à condition que sa rémunération ne dépasse pas 5 Smic horaires (soit 55,35 euros bruts en 2022 par jour et par enfant gardé) ;

- 50 % des cotisations dans le cadre d'une garde à domicile, dans la limite d'un plafond qui varie selon l'âge de l'enfant (464 euros pour les enfants de 0 à 3 ans et 232 euros pour les enfants entre 3 et 6 ans).

- D'autre part, le salaire net et les indemnités d'entretien versées à la personne employée, dans la limite de 85 % de leurs montants et d'un plafond mensuel qui varie selon les revenus des parents, la composition de la famille et l'âge des enfants concernés.

On comptait en 2020 715 000 bénéficiaires du CMG « emploi direct-assistant maternel » et 55 490 bénéficiaires du CMG « emploi direct-garde à domicile »⁽¹⁾.

(1) Étude d'impact du PLFSS 2023.

b. Le CMG « structure »

Le CMG « structure » est destiné aux familles qui recourent, pour l'accueil de leur enfant de moins de 6 ans, à une association ou à une entreprise qui emploie une garde à domicile ou une assistante maternelle, ou à une micro-crèche. Il assure la prise en charge des frais associés à ce mode d'accueil – qui ne peut excéder 85 % du coût de garde facturé par l'association, l'entreprise ou la micro-crèche – dans la limite d'un montant plafond qui varie selon les ressources ou la composition du foyer. Un minimum de 16 heures de garde par semaine est requis pour bénéficier de la prestation.

On comptait en 2020 81 000 bénéficiaires du CMG « structure » ⁽¹⁾.

3. Une prestation dont le montant varie selon la situation familiale et le mode d'accueil choisi

Les montants de CMG accordés varient selon le mode d'accueil choisi, le nombre d'enfants à charge, l'âge des enfants gardés et les revenus nets catégoriels de l'année n-2.

● Les montants plafonds de CMG – c'est-à-dire les montants dont peuvent bénéficier les familles sous réserve de l'application de la règle d'une prise en charge maximum de 85 % – sont d'abord distincts selon le mode de garde choisi. On distingue trois situations :

- l'emploi direct d'assistante maternelle ou de garde à domicile ;
- le recours à une structure pour emploi à domicile ou à une micro-crèche ;
- le recours à une structure pour l'emploi d'une assistante maternelle.

● Pour chacune de ces situations, trois niveaux de montants – ou trois tranches – de CMG sont prévus (voir tableau *infra*). Ces montants de CMG constituent un plafond maximum et la prestation couvre, dans le cadre de ce plafond, au plus 85 % du salaire net versé (système du double plafond).

PLAFONDS DE REVENUS 2020 POUR UN COUPLE EN FONCTION DU NOMBRE D'ENFANTS À CHARGE AU 1^{ER} JUILLET 2022

Enfant(s) à charge	Revenus (en euros)		
	Tranche 1 : revenus inférieurs à	Tranche 2 : revenus ne dépassant pas	Tranche 3 : revenus supérieurs à
1 enfant	21 320	47 377	47 377

(1) Id.

2 enfants	24 326	54 102	54 102
3 enfants	27 372	60 827	60 827
Par enfant en plus	3 026	6 725	6 725

● Les plafonds de ressources applicables pour calculer le montant de CMG sont néanmoins relevés dans deux situations :

– une majoration de 40 % est prévue pour les personnes isolées, afin de permettre aux familles monoparentales de disposer d'un CMG plus élevé ;

– une majoration de 10 % est possible en cas d'horaires atypiques (de 22 heures à 6 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés ⁽¹⁾). Cette majoration est destinée aux parents dont les enfants sont gardés au moins 25 heures par semaine sur ces horaires.

● S'agissant de la condition d'âge, le montant du CMG est divisé par deux si l'enfant est âgé de 3 à 6 ans ⁽²⁾. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 ⁽³⁾ a néanmoins prévu la possibilité de percevoir le CMG pour les enfants de plus de 3 ans jusqu'au 31 août suivant le troisième anniversaire pour les enfants ayant 3 ans entre le 1^{er} janvier et le 31 août d'une année civile.

● Une majoration du montant de la prestation est enfin prévue pour prendre en compte la situation particulière de certaines familles. Cette majoration est fixée :

– à 10 % pour les parents faisant garder leurs enfants plus de 25 heures par mois sur des horaires atypiques ⁽⁴⁾ ;

– à 30 % si au moins d'un des parents bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) ;

– à 30 % pour les familles bénéficiaires de l'allocation aux enfants en situation de handicap (AAEH) ;

– depuis le 1^{er} octobre 2018, à 30 % pour les familles monoparentales. Néanmoins, comme le souligne le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) dans son rapport de 2021 ⁽⁵⁾, en raison de la règle selon laquelle 15 % du mode de garde doit rester à la charge de l'allocataire, il est probable qu'une

(1) Décret n° 2009-908 du 24 juillet 2009 relatif à la prestation d'accueil du jeune enfant.

(2) Ce montant est également divisé par deux lorsque l'un des membres du couple perçoit la Prepa, versée pour un temps partiel de 50 % au moins, quel que soit l'âge de l'enfant.

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

(4) Sont entendus comme horaires atypiques les horaires entre 22 heures et 6 heures du lundi au samedi ainsi que le dimanche et les jours fériés.

(5) Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge, « Le complément de libre choix du mode de garde "assistantes maternelles", constats et pistes de réforme », rapport adopté par le Conseil de la famille le 13 avril 2021.

partie des familles monoparentales éligibles ne puissent en réalité pas toucher cette majoration, si le plafond est déjà atteint sans la majoration.

Ces majorations peuvent se cumuler, dans la limite d'un minimum de 15 % de salaire net restant à la charge de la famille.

B. UN ACCÈS INÉGAL AUX MODES DE GARDE SELON LA SITUATION DES FAMILLES

Le mode de calcul de la partie « rémunération » du CMG « emploi direct » présente de nombreux défauts, aboutissant à une inégalité d'accès aux modes de garde entre les familles.

1. Un mode de calcul imparfait...

L'inadéquation du mode de calcul du CMG « emploi direct » à la situation de certaines familles a fait l'objet de nombreux travaux. Saisi par M. Adrien Taquet, alors secrétaire d'État chargé de l'enfance et des familles, le HCFEA a rappelé, dans son rapport précité, les principales difficultés posées par ce mode de calcul.

Le barème du CMG « emploi direct », reposant sur trois tranches de revenus, génère d'abord des effets de seuils importants dans le montant de l'aide accordée. Le montant de l'aide diminue en effet en fonction du revenu mais de manière très heurtée. Ainsi, comme le rappelle le HCFEA, dépasser de 1 euro le premier plafond de ressources avec un enfant fait perdre de 118,62 à 173,71 euros par mois. Cet effet de seuil est encore plus important pour les situations spécifiques, le montant de CMG étant majoré de 10 à 30 %. Ainsi, pour une famille monoparentale pour laquelle la majoration du CMG est de 30 %, dépasser de 1 euro le premier plafond de ressources avec un enfant fait perdre de 154 à 225 euros par mois.

Le calcul actuel du CMG emploi direct est en outre particulièrement défavorable aux familles aux besoins de garde importants, du fait du caractère forfaitaire du CMG qui ne tient pas compte du nombre d'heures d'accueil. Ainsi, toujours selon le HCFEA, pour une durée faible de recours (25 heures par mois) pour un couple avec un enfant, le coût mensuel de la garde était en 2021, de 106,50 euros ⁽¹⁾. Pour une durée de recours élevée (de 250 heures par mois, soit un coût mensuel de 1 065 euros), la condition de reste à charge minimal de 15 % ne joue pour aucune des tranches et le reste à charge était, à la même date, de 594 euros pour la première tranche, de 768 euros pour la deuxième tranche et de 887 euros pour la troisième (avant crédit d'impôt).

2. ... générant une inégalité dans l'accès aux modes de garde

● Contrairement au barème des prestations familiales en établissement d'accueil pour jeunes enfants (EAJE), où la participation des familles au coût de

(1) Avec une hypothèse d'un coût horaire médian de 4,26 euros.

l'accueil est proportionnelle à leurs ressources et leur besoin de garde, le barème du CMG en trois tranches induit des taux d'efforts significativement plus élevés pour les foyers ayant des ressources modestes ou moyennes.

Selon les données du rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, le reste à charge pour le recours à une assistante maternelle à temps plein (36 heures par semaine) est en effet :

– 2 fois plus élevé pour une famille monoparentale à 1 Smic que le recours à un EAJE ;

– 2,6 fois plus élevé pour un couple biactif à 1 Smic ;

– 2,2 fois plus élevé pour un couple biactif à 2 Smic.

RESTE À CHARGE ET TAUX D'EFFORT APRÈS CRÉDIT D'IMPÔT POUR L'ACCUEIL PAR UNE ASSISTANTE MATERNELLE ET UN EAJE EN FONCTION DE LA CONFIGURATION FAMILIALE ET DES REVENUS DE LA FAMILLE

	Assistante maternelle		EAJE	
	Reste-à-charge (en euros)	Taux d'effort (en % des revenus)	Reste-à-charge (en euros)	Taux d'effort (en % des revenus)
Parent isolé 1 Smic	120	8,6	61	4,4
Couple biactif 1 Smic	160	11,5	61	4,4
Couple biactif 2 Smic	318	12,2	147	5,6
Couple biactif 4 Smic	436	9,0	390	8,0
Couple biactif 6 Smic	436	6,0	457	6,2

Source : Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale pour 2021 - Famille.

● Les ménages modestes recourent par conséquent significativement moins à une assistante maternelle que les ménages aux revenus plus aisés. Ainsi, en 2014, alors que 22,6 % des familles avec au moins deux enfants à charge dont au moins un de moins de 3 ans bénéficiaient du CMG assistante maternelle, ce taux n'était que de 3 % et 8,9 % respectivement pour les familles ayant des revenus inférieurs au Smic ou entre 1 et 2 Smic, alors que ce taux était de 40 % à partir de revenus supérieurs à 3 Smic (voir tableau *infra*)⁽¹⁾.

(1) Rapport du HCFEA précité.

**EFFECTIFS DE FAMILLES ALLOCATAIRES ET TAUX DE RECOURS AU CMG ASSISTANTE
MATERNELLE PAR TRANCHE DE RESSOURCES EN 2014**

Tranches de ressources des familles allocataires en parts de Smic	Nombre de familles allocataires du CMG	Taux de couverture par le CMG (en %)
Moins de 1 Smic	7 979	3,0
De 1 à 2 Smic	22 877	8,9
De 2 à 3 Smic	79 545	27,5
De 3 à 4 Smic	93 545	42,9
De 4 à 5 Smic	76 830	36,1
Ensemble	280 776	22,6

Champ : France, allocataires des caisses d'assurance familiales (CAF) avec au moins deux enfants à charge dont au moins un moins de 3 ans.

Source : Rapport du HCFEA précité

Les différences dans l'accès au mode de garde sont d'autant plus grandes que les écarts de richesse sont importants. En 2013, 5 % seulement des enfants des familles des 20 % des ménages les plus modestes étaient accueillis au moins une fois par semaine par une assistante maternelle, soit 9,2 fois moins que les enfants des familles faisant partie des 20 % des ménages les plus aisés ⁽¹⁾.

3. Des difficultés supplémentaires rencontrées par les familles monoparentales

Au-delà de la problématique de son mode de calcul, le CMG n'est attribué que jusqu'aux 6 ans de l'enfant, ce qui peut constituer une difficulté supplémentaire pour certaines familles.

Au-delà de 6 ans, les dispositifs d'aide à la prise en charge des coûts d'un mode de garde se résument en effet à la déduction forfaitaire de cotisations patronales pour l'emploi d'un assistant maternel ou d'une garde à domicile et pour cette dernière, le crédit d'impôt « services à la personne. » Les enfants peuvent également être pris en charge au sein de gardes périscolaires, d'accueil de loisirs et de vacances, mais ces solutions n'existent pas sur l'ensemble du territoire et ne répondent que rarement aux besoins d'accueil en horaires atypiques.

Les coûts engendrés par l'accueil individuel des enfants de moins de 6 ans peuvent constituer une difficulté majeure pour l'obtention ou le maintien dans l'emploi, notamment pour les familles monoparentales. En effet, ces familles sont souvent contraintes par l'absence de possibilité de relais de garde tout en bénéficiant rarement de revenus suffisants pour rémunérer une assistante maternelle ou une garde à domicile.

Les acteurs auditionnés par le rapporteur ont insisté sur le fait que ce difficile accès aux modes de garde constituait pour ces familles un véritable « cercle vicieux » entretenant un éloignement du marché du travail et des situations de pauvreté. Les familles monoparentales sont en effet davantage touchées par le

(1) rapport du HCEA précité.

chômage et la pauvreté : selon l'étude d'impact du présent projet de loi, près de 20 % des pères isolés ayant au moins un enfant âgé de 6 à 10 ans sont sans emploi, cette proportion s'élevant à 60 % pour les mères isolées.

II. LE DROIT PROPOSÉ : RÉFORMER LE CMG « EMPLOI DIRECT » POUR GARANTIR PLUS D'ÉQUITÉ DANS L'ACCÈS AUX MODES D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

Le présent article vise à améliorer l'accès de l'ensemble des familles aux différentes solutions de garde du jeune enfant. Il propose trois évolutions du CMG « emploi direct » consistant à réformer son mode de calcul, à l'étendre au-delà de 6 ans pour les familles monoparentales et à permettre son partage entre parents dans les situations de garde alternée de l'enfant. Ces dispositions sont applicables aux CMG versés au titre des gardes assurées à compter d'une date fixée par décret et au plus tard, à compter du 1^{er} juillet 2025.

A. REVOIR LE MODE DE CALCUL DU CMG « EMPLOI DIRECT » POUR MIEUX S'ADAPTER À LA SITUATION FINANCIÈRE ET AUX BESOINS DE GARDE DES FAMILLES

Le présent article a pour objectif de rendre l'accueil par un assistant maternel aussi accessible que l'accueil en crèche en harmonisant les restes à charge entre ces deux modes d'accueil. Il vise également à mieux prendre en compte les besoins de garde des familles. Cet article propose en ce sens une refonte du mode de calcul du CMG « emploi direct », dont l'entrée en vigueur est prévue au 1^{er} juillet 2025.

1. La mise en place d'un nouveau barème

● Le 3^o du I réforme ainsi, à l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le barème utilisé pour le calcul de la composante « rémunération » du CMG « emploi direct ». Désormais, ce barème prendra en compte les variables suivantes :

- les ressources du ménage dans la limite d'un plancher et d'un plafond ;
- le nombre d'enfants à charge et s'il y a lieu, la charge d'un enfant ouvrant droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ;
- le mode d'accueil rémunéré ;
- le nombre d'heures d'accueil ou de garde rémunérées ;
- le cas échéant, les périodes d'accueil ou de garde ;
- le salaire net versé au salarié et, s'il y a lieu, les indemnités liées à l'entretien de l'enfant.

Comme dans le système actuel, il est précisé que l'aide est calculée par enfant en cas d'emploi d'un assistant maternel agréé et par ménage en cas d'emploi d'une garde d'enfant à domicile.

Le nouveau barème du CMG « emploi direct » comporte deux principales innovations :

– il revient en premier lieu sur le caractère forfaitaire du CMG « emploi direct », en permettant de calculer un CMG horaire. L'objectif est de pouvoir prendre en compte en compte les besoins de garde des familles et leur niveau de recours dans le calcul de la prestation. Ainsi, les familles qui recourent à une assistante maternelle ou une garde à domicile pour un volume horaire important seront mieux solvabilisées qu'avec le barème actuel, en particulier s'agissant des familles aux revenus intermédiaires et modestes ;

– il permet en second lieu de calculer un CMG emploi direct linéaire, c'est-à-dire correspondant à un niveau de taux d'effort fonction des ressources et de la composition du foyer. Cette évolution constitue une demande de longue date des représentants du secteur de l'accueil familial et devrait permettre de réduire fortement les freins financiers à l'accès aux assistantes maternelles pour les familles à revenus modestes ou moyens.

Cette réforme du mode de calcul du CMG ne pourra néanmoins pas assurer une harmonisation totale des barèmes, dans la mesure où le prix d'accueil des assistantes maternelles et gardes à domicile est librement négocié entre la famille employeur et le professionnel et conduit à des différences importantes de prix pratiqués selon les territoires. C'est pourquoi il sera nécessaire de tenir compte du coût horaire médian de l'accueil observé au niveau national.

● Le rapporteur salue la refonte de ce barème, qui constitue une avancée considérable pour un grand nombre de familles à faibles revenus, aujourd'hui pénalisées par le mode de calcul de la prestation.

Selon les données fournies par la direction de la sécurité sociale, 302 337 familles seraient gagnantes à la réforme (soit 58 % des bénéficiaires du CMG 0-3 ans). Cette réforme bénéficie particulièrement aux familles aux revenus modestes, le plus grand nombre de gagnants se situe dans les tranches 1 et 2 de ressources applicables au CMG. Les familles monoparentales sont également particulièrement concernées, la proportion de familles monoparentales gagnantes s'élevant à 84 % du nombre de bénéficiaires isolés.

2. Des aménagements du droit existant rendus nécessaires par la refonte du barème du CMG « emploi direct »

● La réforme du barème du CMG « emploi direct » s'accompagne de différents aménagements au droit existant prévus par le présent article.

– En modifiant le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale, le **3° du I** supprime la règle d'un plafonnement à 85 % de la dépense des parents. Cette disposition permettait de garantir un reste à charge minimal pour les ménages ayant un recours modéré aux modes de garde, compte tenu du caractère forfaitaire du CMG. Cette règle n'a en effet plus lieu d'être, dans la mesure où le barème actuel permettra de calculer un taux d'effort horaire, systématiquement positif.

– Le **a du 4° du I** supprime la disposition prévoyant une réduction de moitié du montant du CMG au troisième anniversaire de l'enfant. Le dispositif proposé ne différencie plus la formule de calcul du CMG en fonction de l'âge de l'enfant. Le montant du CMG versé étant désormais fonction du nombre d'heures de garde, le CMG devrait être automatiquement moins important à partir de 3 ans en raison de l'entrée à l'école des enfants de cet âge. Néanmoins, revenir sur la réduction du CMG de moitié à partir de cet âge devrait permettre de faciliter l'accès des enfants de foyers modestes aux accueils de loisirs avant ou après l'école.

– Dans le cadre de ce nouveau barème, le **1° du I** conditionne l'attribution du CMG aux ménages recourant à une assistante maternelle ou une garde à domicile dont la rémunération n'excède pas un plafond défini par décret.

Cette disposition étend donc la condition de respect d'un plafond de rémunération horaire aux deux composantes du CMG emploi direct, alors que le droit actuel ne prévoyait ce plafonnement que pour la composante « cotisations sociales » de ce CMG. Il est également prévu d'étendre cette condition aux gardes à domicile, qui en étaient jusqu'alors écartées.

L'objectif de cette extension est d'éviter un effet inflationniste sur les rémunérations des assistants maternels et gardes à domicile, qui annulerait les bénéfices attendus de la réforme.

– Le **a du 2° du I** supprime en conséquence le plafond de rémunération initialement prévu pour la seule composante « cotisations sociales » du CMG « emploi direct ».

– Le **b du 2° du I** supprime le renvoi à un arrêté prévoyant la revalorisation du plafond dans la limite duquel les cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi d'une garde d'enfant à domicile sont prises en charge par le CMG. La revalorisation de ce plafond est en effet réalisée en fonction de l'évolution des prix à la consommation hors tabac depuis la mise en place du CMG en 2004, ce qui rend sa fixation par arrêté superfétatoire ⁽¹⁾. Ce **b** a également pour objet de préciser dans la loi le mécanisme de revalorisation de ce plafond, sans changement par rapport à la règle en vigueur, tout en prévoyant que la date de revalorisation correspondrait désormais à celle de la revalorisation de la prestation elle-même, soit le 1^{er} avril de chaque année.

⁽¹⁾

– Enfin, le **3°** du **I** prévoit le principe d'une revalorisation annuelle du barème de la composante rémunération du CMG « emploi direct », selon des conditions fixées par décret.

• En cohérence avec la réforme proposée, le **II** clarifie en outre le mécanisme de revalorisation du barème du CMG, en supprimant principe de fixation du montant du CMG en fonction de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) prévue à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale.

Actuellement, comme l'ensemble des prestations familiales, les CMG est en effet calculé en fonction de la BMAF et son montant indexé sur l'inflation par renvoi à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale.

Comme l'indique la direction de la sécurité sociale, il n'apparaît plus pertinent de procéder à une revalorisation indexée sur l'inflation du barème du CMG dans la mesure où :

– d'une part, contrairement de la majorité des prestations pour lesquelles le montant est forfaitaire, il n'est pas techniquement possible d'appliquer une revalorisation sur l'inflation à une prestation calculée en fonction du recours et des ressources de chaque foyer considéré ;

– d'autre part et surtout, l'objectif de la réforme est bien d'harmoniser le coût de la garde entre crèche et assistant maternel lorsque le coût de ce dernier mode de garde correspond au coût médian observé. Il apparaît donc plus pertinent d'ancrer la revalorisation du barème de la prestation sur des paramètres différents de ceux de l'inflation, en particulier sur le coût horaire médian et sur le taux d'effort défini par le barème crèches.

Les modalités de revalorisation du barème CMG linéarisé seront donc assises sur deux paramètres :

– le coût horaire médian, qui évolue en fonction de ses différentes composantes : s'agissant des assistants maternels, le salaire horaire négocié par les parties sous la contrainte d'un minimum conventionnel fonction du Smic, les indemnités d'entretien négociées par les parties sous la contrainte d'un minimum conventionnel fonction du minimum garanti et les frais de repas librement négociés ; s'agissant des gardes d'enfants à domicile, le salaire horaire négocié par les parties sous la contrainte du salaire horaire minimum conventionnel ;

– le barème des participations familiales en crèche « prestation de service unique » (PSU), dont l'évolution est décidée par le conseil d'administration de la Cnaf après accord de la tutelle.

S'agissant de l'allocation journalière de présence parentale (AJPP), le **II** prévoit par ailleurs une mesure de coordination, tirant les conséquences de l'article 54 de la LFSS 2022, qui dispose que l'AJPP n'est plus indexée, depuis le

1^{er} janvier 2022 sur l'inflation *via* la BMAF, mais sur le Smic net journalier en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours.

• Le **III** de l'article 36 supprime la disposition prévue au *b* du 6^o de l'article 11 de l'ordonnance du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales ⁽¹⁾, prévoyant les adaptations pour ce territoire des dispositions relatives au CMG versé en cas d'emploi direct d'un salarié (article L. 531-5 du code de la sécurité sociale). Les dispositions de l'article L. 531-5 s'appliqueront désormais sans aucune adaptation aux résidents de Saint-Pierre-et-Miquelon.

• Le **IV** étend à Mayotte les dispositions du présent article qui conditionnent le bénéfice du CMG « emploi direct » aux personnes ayant recours à un assistant maternel ou une garde à domicile à la condition que la rémunération horaire de cette personne n'excède pas un plafond fixé par décret. Ce décret peut fixer des plafonds distincts selon que la personne employée est un assistant maternel agréé ou un salarié employé directement par un particulier employeur.

3. L'instauration d'un mécanisme de compensation pour les perdants

Enfin, pour assurer la transition entre le modèle de calcul actuel et celui proposé par cet article, le **VI** prévoit un dispositif de compensation pour les perdants de cette réforme, dont les modalités et conditions d'application seront définies par décret.

La réforme du mode de calcul du CMG « emploi direct » devrait faire un certain nombre de perdants. Selon l'étude d'impact du présent projet de loi, 43 % des bénéficiaires actuels subiraient ainsi une perte moyenne de 32 euros. Le taux de perdants est par ailleurs d'autant plus élevé pour les foyers ayant un recours faible ou modéré aux modes d'accueil, en raison du passage d'un CMG forfaitaire à un CMG calculé selon le nombre d'heures d'accueil.

Ce mécanisme de compensation repose sur l'attribution d'une allocation différentielle correspondant à l'écart entre le CMG moyen reçu au cours d'une période précédant l'entrée en vigueur de la réforme – qui devrait, selon l'étude d'impact, être fixée à trois mois – et le montant du CMG issu de la réforme, plafonnée à hauteur d'un pourcentage du coût net de la rémunération du salarié. L'objectif est de tenir compte des variations éventuelles du recours d'un mois à l'autre, qui peuvent être dues notamment aux congés et aux autres absences de l'enfant ou du salarié.

Le bénéfice de cette compensation ne sera néanmoins pas accordé à l'ensemble des perdants et demeure soumis à deux conditions qui seront précisées par décret :

(1) Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

– le recours à un niveau minimum d’heures, fixé en fonction de l’âge du ou des enfants et le mode de garde choisi (1° du **VI**) ;

– la condition que le mois précédent l’entrée en vigueur du nouveau barème du CMG, les ressources du ménage n’aient pas excédé un certain plafond, fixé en fonction du nombre d’enfants à charge. Il est précisé que ce plafond peut être distinct selon que la charge de l’enfant est assurée par une personne seule ou en couple (2° du **VI**).

Le 2° du **VI** prévoit par ailleurs que ce complément différentiel sera dû durant une période qui sera définie par décret et ne pourra excéder quatre ans. La durée de cette période tiendra compte de la date de naissance du ou des enfants et du nombre d’enfants concernés.

Le coût de ce mécanisme de compensation est estimé à : 40 millions d’euros la première année de mise en œuvre, puis 24 millions d’euros la deuxième année et 9 millions d’euros la troisième année.

B. SOUTENIR LES PARENTS ISOLÉS EN ACTIVITÉ PAR LE PROLONGEMENT DU CMG AU-DELÀ DES 6 ANS DE L’ENFANT

Face aux problématiques de précarité et d’accès à l’emploi rencontrées par les parents isolés, le présent article prévoit d’étendre la période durant laquelle ces familles peuvent bénéficier du versement du CMG « emploi direct ».

Pour permettre de verser le CMG aux familles monoparentales ayant des enfants de 6 à 12 ans à charge, une nouvelle dérogation à l’âge limite de la PAJE est prévue par le **b** du 4° du **I** pour ces familles lorsqu’elles recourent, pour leur enfant âgé de 6 à 12 ans, à un assistant maternel ou une garde d’enfants à domicile.

Cette mesure, saluée par l’ensemble des acteurs de l’accueil de l’enfant s’inscrit pleinement dans la continuité des mesures de soutien aux familles monoparentales prévues lors du précédent quinquennat. Si l’objectif principal de cette réforme est de faciliter l’accès au marché du travail et de sortir de la pauvreté des familles monoparentales, elle constitue une garantie de répit pour ces familles, qui bénéficieront d’une meilleure conciliation de leurs différents temps de vie.

Le bénéfice du CMG au-delà de 6 ans de l’enfant ne sera néanmoins pas cumulable avec le bénéfice du CMG pour un enfant de moins de 6 ans, afin de ne pas solvabiliser un même salarié *via* deux canaux d’aide.

Le coût estimé de cette réforme pour 2023 est de 468 millions d’euros, dont 319 millions d’euros pour la branche famille et 149 millions d’euros pour les dépenses de l’État.

C. S'ADAPTER AUX MODES DE GARDE ALTERNÉE

Le présent article vise enfin à prendre en compte la diversité des familles, en permettant le partage du CMG « emploi direct » entre les parents en cas de résidence alternée de l'enfant.

En effet, contrairement aux allocations familiales, le CMG ne peut aujourd'hui pas être partagé entre les deux parents. Cette situation pose difficulté à de nombreuses familles, dans un contexte où en 2020, 480 000 enfants vivaient en résidence alternée.

Le 6° du I prévoit ainsi la possibilité d'un partage de la prestation pour les parents séparés exerçant conjointement l'autorité parentale, selon des modalités et dans des conditions qui seront fixées par décret.

Le partage de la prestation ne sera néanmoins possible que dans les situations de garde alternée *stricto sensu*, et non dans les diverses situations de droit de visite et d'hébergement, dans lequel l'enfant passe par exemple le week-end et la moitié des vacances chez le parent chez lequel il ne réside pas.

Le décret d'application du présent article prévoit, contrairement aux autres dispositions de l'article, à une date distincte pour l'entrée en vigueur du présent 6° du I, au plus tard à compter du 1^{er} décembre 2025.

Le coût annuel prévu pour cette mesure est de 12 millions d'euros pour la branche famille et de 5 millions d'euros pour l'État.

*

* *

Article 37

Garantir la continuité des ressources des salariés lors des congés maternité, d'adoption et de paternité et d'accueil de l'enfant

Adopté par la commission sans modification

L'article 37 vise à garantir aux salariés la continuité de leurs ressources lors des congés maternité, paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption. Il rend obligatoire le principe de la subrogation, c'est-à-dire le versement direct par l'employeur des indemnités journalières dues dans le cadre de ces congés, aujourd'hui insuffisamment développé. Pour ne pas créer de difficulté de trésorerie pour les entreprises, il garantit le remboursement à l'employeur de ces indemnités par la sécurité sociale dans un certain délai, dont la durée devrait être fixée par décret à sept jours.

I. LE DROIT EXISTANT

A. DES CONGÉS OUVRANT DROIT À UNE INDEMNISATION À L'OCCASION DE L'ARRIVÉE D'UN ENFANT

• Le code du travail prévoit la possibilité pour les salariés de prendre un congé à l'occasion de la naissance d'un enfant. Pour mémoire, on distingue aujourd'hui trois principaux congés :

– le congé maternité, prévu aux articles L. 1225-17 à L. 1225-28 du code du travail, d'une durée de seize semaines pour les deux premiers enfants et de vingt-six semaines à partir du troisième, *via* un congé prénatal (de six à huit semaines en fonction du rang de l'enfant) et un congé postnatal (de dix à dix-huit semaines en fonction du rang de l'enfant). Il est obligatoire de prendre au moins huit semaines de congé, dont six après l'accouchement ;

– le congé paternité et d'accueil de l'enfant prévu aux articles L. 1225-35 et L. 1225-36 du code du travail et qui depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ⁽¹⁾, permet aux pères de bénéficier de vingt-cinq jours calendaires de congé à l'occasion de la naissance d'un enfant et de vingt-huit jours à l'occasion d'une naissance multiple. Il est obligatoire de prendre au moins les quatre premiers jours du congé paternité, à la suite du congé de trois jours prévu pour la naissance de l'enfant ;

– le congé d'adoption, prévu aux articles L. 1225-37 à L. 1225-46-1 du code du travail, d'une durée de seize semaines au plus – dix-huit semaines lorsque l'adoption porte à trois ou plus le nombre d'enfant dont le salarié ou le foyer assume la charge – et vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Ce congé est accordé au parent salarié mais peut être réparti entre les deux parents. Il ne peut néanmoins être fractionné en plus de deux parties, dont l'une est au moins égale à vingt-cinq jours.

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

● Sous réserve de satisfaire aux conditions d'ouverture des droits (voir *infra*) et à défaut de dispositions conventionnelles plus favorables, les bénéficiaires des congés prévus *supra* perçoivent des indemnités journalières versées par la caisse d'assurance maladie. Ces indemnités permettent de garantir aux salariés un revenu de remplacement et de ne pas entraîner la baisse de leurs ressources.

Le droit à bénéficier d'un congé lors de la naissance d'un enfant est inconditionnel. Ces congés sont en effet ouverts à l'ensemble des salariés, sans distinction relative au statut, à l'ancienneté, au type de contrat ou au nombre de salariés dans l'entreprise. En revanche, la prise en charge des indemnités par la sécurité sociale pendant le congé répond à des conditions plus restrictives. Pour bénéficier de l'indemnité, le salarié doit en effet :

– être immatriculé depuis au moins dix mois auprès de la sécurité sociale, à la date de début du congé ;

– avoir cotisé au moins 150 heures pendant les trois mois qui précèdent le congé ou, le cas échéant, avoir cotisé sur une rémunération équivalente à 1 015 fois la valeur du Smic horaire pendant les six mois qui précèdent le congé ;

– en cas d'activité saisonnière ou discontinue, avoir travaillé au moins 600 heures pendant les douze mois précédant l'arrêt de travail, ou le cas échéant, avoir cotisé sur une rémunération au moins égale à 2 030 fois le Smic horaire durant l'année précédant le début du congé.

● Le montant des indemnités journalières versées aux salariés est calculé sur les salaires des trois mois (ou des douze mois en cas d'activité saisonnière ou discontinue) qui précèdent le congé, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale de l'année en cours (soit 3 428 euros au 1^{er} janvier 2022) ⁽¹⁾. Calculé de manière journalière, ce plafond limite à 89,03 euros par jour les indemnités, qui ne peuvent par ailleurs pas être inférieures à un plancher de 9,63 euros.

Mode de calcul des indemnités journalières pour les congés maternité, paternité et d'adoption

Pour calculer le montant des indemnités journalières, la caisse primaire d'assurance maladie procède en premier lieu au calcul du salaire journalier de base, qui correspond à la somme des trois derniers salaires bruts perçus avant la date d'interruption du travail, divisée par 91,25. Elle retire ensuite un taux forfaitaire de 21 %.

Le salaire pris en compte ne peut pas dépasser le plafond mensuel de la sécurité sociale en vigueur lors du dernier jour du mois qui précède l'arrêt de travail (soit 3 428 euros en 2022). Le montant des indemnités journalières ne peut par ailleurs pas être inférieur à 9,77 euros ni supérieur à 89,03 euros par jour.

Dans le secteur public, les agents continuent de percevoir leur traitement indiciaire en totalité tout comme l'indemnité de résidence, la nouvelle bonification

(1) Pour les indépendants, le calcul est fondé sur les revenus perçus sur la même période.

indiciaire, le cas échéant, le supplément familial de traitement, les primes et indemnités.

Cette indemnisation ne peut être cumulée avec une indemnisation pour des congés maladie ou d'accident du travail, ni avec l'indemnisation de l'assurance chômage ou d'un régime de solidarité.

B. DES INDEMNITÉS PERÇUES TARDIVEMENT, ENTRAÎNANT DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES POUR UN GRAND NOMBRE DE SALARIÉS

- S'agissant de leurs modalités d'attribution, les indemnités journalières sont :
 - soit versées directement aux salariés par les caisses d'assurance maladie ;
 - soit versées par l'employeur, qui assure le maintien total ou partiel du salaire intégrant le montant des indemnités dues à l'assuré. L'employeur est par la suite remboursé par la sécurité sociale du montant des indemnités avancées : on parle de subrogation.

La subrogation comporte de nombreux avantages pour les salariés en leur garantissant une continuité de ressources, dans un contexte peu propice aux situations de vulnérabilité financière. À l'inverse, en l'absence de subrogation, le délai de paiement est beaucoup plus long, atteignant 31,5 jours en 2018 ⁽¹⁾.

Ce délai dans le versement des indemnités journalières s'explique par le circuit de transmission d'information aux caisses d'assurance maladie, qui doivent disposer de documents fournis par le salarié – déclaration de grossesse et arrêt de travail – et par l'employeur – dernier jour de travail, salaires perçus généralement les trois derniers mois le recours ou non à la subrogation. L'information de l'employeur est faite soit par voie dématérialisée, *via* une déclaration sociale nominative (DSN) ou *via* une déclaration sur le portail net-entreprise, soit plus rarement par l'envoi d'une attestation papier (dans environ 20 % des situations).

Selon la direction de la sécurité sociale (DSS), l'analyse des flux d'information dématérialisés fait apparaître que dans plus de 30 % des cas, la transmission par l'entreprise des éléments nécessaires au traitement et à la liquidation de l'indemnité journalière et notamment, des éléments de salaire, s'effectue plus de deux mois après la date d'arrêt. Ainsi pour près d'un arrêt de travail sur trois, les informations nécessaires au versement des indemnités journalières sont adressées aux caisses primaires avec un délai de plus de soixante jours suivant le début de l'arrêt de travail.

● Si aujourd'hui près de la moitié des employeurs sont subrogés et assurent le maintien des revenus de leurs salariés, le recours à la subrogation est bien moindre pour les indemnités journalières de congé maternité, paternité ou d'adoption que pour les indemnités journalières prévues en cas d'arrêt maladie. Ainsi, selon l'étude

(1) Étude d'impact du présent projet de loi.

d'impact du présent projet de loi, 32 % des journées indemnisées au titre de la maternité et de l'adoption et 38 % des dépenses d'indemnité correspondantes sont subrogées, contre 60 % pour les indemnités journalières maladie.

Le recours à la subrogation varie par ailleurs significativement selon la taille de l'entreprise, générant une inégalité dans le délai d'accès aux indemnités journalières. Ainsi, selon les données de la Caisse nationale de l'assurance maladie, au second semestre 2020, seuls 12 % des bénéficiaires d'indemnités journalières maternité et adoption étaient entièrement subrogés dans les microentreprises de moins de 1 à 9 salariés, contre 43 % dans les entreprises de taille intermédiaire de 250 à 4 999 salariés (voir *infra*).

TAUX DE SUBROGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MATERNITÉ ET ADOPTION EN FONCTION DE LA TAILLE DES ENTREPRISES (DEUXIÈME SEMESTRE 2020)

Taille de l'entreprise (nombre de salariés ETP)	Nombre d'entreprises avec au moins un bénéficiaire au 2ème semestre 2020	Montant indemnisé versé au 2ème semestre 2020 (en €)	Nombre de bénéficiaires d'IJ correspondants	Part du montant indemnisé subrogé	Part du nombre de journées indemnisées subrogées	Part de bénéficiaires d'IJ entièrement subrogés
0	1 980	12 293 867	3 084	10%	9%	9%
1 à 9 (MIC)	47 371	198 954 882	49 336	17%	14%	12%
10 à 19 (PME hors MIC)	19 913	103 168 993	23 910	24%	19%	17%
20 à 49 (PME hors MIC)	23 799	151 170 694	35 364	30%	23%	21%
50 à 249 (PME hors MIC)	21 239	244 927 461	54 155	41%	34%	31%
250 à 4 999 (ETI)	7 333	431 437 491	88 560	54%	47%	43%
5 000 et plus (GE)	179	146 770 279	31 356	38%	32%	29%

Source : Cnam, d'après l'étude d'impact du présent PLFSS.

II. LE DROIT PROPOSÉ : SYSTÉMATISER LA SUBROGATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES POUR ASSURER LA CONTINUITÉ DES RESSOURCES LORS DES CONGÉS MATERNITÉ, PATERNITÉ ET D'ADOPTION

Le présent article vise à assurer la continuité des ressources des salariés lors de leurs congés pris à l'occasion de l'arrivée d'un enfant.

Le I rend ainsi systématique la subrogation des indemnités journalières dues dans le cadre du congé maternité, du congé paternité et d'accueil de l'enfant et du congé d'adoption. L'employeur est ainsi amené à garantir, dès le premier cycle de paie suivant l'absence du salarié, le versement d'une somme au moins égale au montant des indemnités journalières normalement dues.

Afin de ne pas créer de difficultés de trésorerie pour les entreprises, le présent article précise que la caisse primaire d'assurance maladie devra verser à l'employeur subrogé le montant des indemnités journalières dans un délai maximum fixé par décret. Selon l'étude d'impact du projet de loi, ce délai pourrait être de sept jours, sur le modèle de la garantie de paiement appliquée pour le remboursement des professionnels de santé pratiquant le tiers payant.

Le rapporteur se félicite de cette réforme du mode de versement des indemnités journalières prévues pour les congés maternité, paternité et d'adoption, qui bénéficiera à un grand nombre de familles aujourd'hui impactées par la baisse temporaire de leurs revenus, dans un contexte où les deux parents sont souvent amenés à quitter leur activité professionnelle.

Les dispositions de cet article s'appliquent à tous les salariés, à l'exception d'une liste de salariés qui sera définie par décret et pour lesquels la subrogation ne s'applique pas eu égard aux caractéristiques de leurs contrats de travail, comme les particuliers employeurs.

Le **II** prévoit que les dispositions du présent article relatives à la subrogation s'appliquent de manière échelonnée, au plus tard le 1^{er} janvier 2025. Comme le précise l'étude d'impact de ce texte, le calendrier de déploiement de cette nouvelle disposition devrait faire l'objet d'échanges avec les organisations professionnelles. Le critère qui définira le calendrier de mise en œuvre est celui de la taille des entreprises et des spécificités de leur processus de gestion.

La subrogation devra par ailleurs être effective dans les administrations publiques, à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2025.

*

* *

CHAPITRE VII Simplifier et moderniser le service public de la sécurité sociale

Article 38 **Accélérer la convergence sociale à Mayotte**

L'article 38 porte trois mesures relatives à la protection sociale à Mayotte.

La plus importante en ampleur consiste à accorder aux assurés affiliés au régime d'assurance maladie de Mayotte le bénéfice de la complémentaire santé solidaire (CSS), au même titre que les autres assurés métropolitains et ultramarins, et à des conditions de revenu adaptées au faible niveau de vie de Mayotte. Cette mesure devrait permettre à une proportion significativement plus importante de la population d'accéder sans reste à charge à un panier de soins élargi. C'est donc une avancée importante pour ce territoire dont le niveau d'accès aux soins et de protection sociale est encore éloigné des standards de la métropole, et où l'on déplore des renoncements aux soins importants.

La deuxième mesure se situe dans la continuité de l'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021. Cet article ouvrait droit au rachat de trimestres de retraite pour les travailleurs indépendants mahorais qui n'avaient pas cotisé entre 2012 et 2022. Des adaptations techniques et informatiques étaient nécessaires pour permettre le recouvrement effectif des cotisations de ces travailleurs à partir du 1^{er} janvier 2023. Cependant, il apparaît qu'un délai supplémentaire sera indispensable, raison pour laquelle le présent article prolonge le dispositif de rachat des trimestres de retraite jusqu'au la fin 2024.

La troisième mesure adapte les modalités prévues pour le versement des prestations familiales des fonctionnaires et magistrats en poste à Mayotte, afin de les aligner sur le droit commun. Cette responsabilité sera ainsi transférée des services employeurs de l'État aux caisses d'allocations familiales.

I. ÉLARGIR L'ACCÈS AUX SOINS DES MAHORAIS

A. LE DROIT EXISTANT

1. Un lent processus de convergence sociale

Depuis son accession au statut de département, en 2009, Mayotte est normalement régie par le principe d'identité législative, qui veut que les lois et règlements lui soient directement applicables, sous réserve des adaptations rendues nécessaires par les spécificités du territoire.

Cependant, le système de protection sociale mahorais est encore très éloigné du nôtre, et loin d'offrir le même niveau de protection, au regard des besoins importants de cette population dont le niveau de vie demeure en moyenne très faible. La branche maladie a été créée en 2004 à Mayotte. La carte Vitale s'y est déployée depuis 2013. Cependant, la protection universelle maladie (PUMa), instaurée en 2016 en métropole, n'y est pas applicable.

En 2019, dans la foulée de la visite du Président de la République à Mayotte, a été lancé un « plan pour l'avenir de Mayotte », qui prévoit notamment d'améliorer la couverture médicale des habitants de Mayotte par l'exonération du ticket modérateur pour les assurés sociaux et la mise en place d'une « complémentaire santé solidaire » pour les plus modestes.

Afin de donner une nouvelle dynamique au processus de convergence sociale de Mayotte, l'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ⁽¹⁾ a habilité le Gouvernement à prendre toute une série de mesures par ordonnance pour assurer la convergence du régime de sécurité sociale de Mayotte.

Deux ordonnances ont été prises en application de cet article :

- L'ordonnance n° 2021-1391 du 27 octobre 2021 a fait évoluer les règles d'organisation applicables à la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM), dans une logique de convergence avec les caisses générales de sécurité sociale.
- L'ordonnance n° 2021-1553 du 1^{er} décembre 2021 a prévu diverses mesures visant à améliorer les droits à sécurité sociale des Mahorais :
 - dispositif exceptionnel de validation gratuite de périodes d'assurance vieillesse pour les salariés ;
 - congé de paternité et d'accueil de l'enfant à compter du 1^{er} juillet 2022 ;
 - allocations permettant d'accompagner des proches ;
 - extension à Mayotte de la branche autonomie ;
 - extension de diverses prestations familiales : allocation journalière de présence parentale, complément de libre choix du mode de garde.

2. Un accès aux soins encore largement insuffisant

Ces avancées récentes dans la couverture sociale des Mahorais n'ont cependant pas permis d'atteindre un niveau satisfaisant de couverture maladie pour la population de l'île. En mai 2019, une exonération de ticket modérateur a été mise en place pour les assurés affiliés au régime d'assurance maladie de Mayotte, dans le cadre de l'article 20-11 de l'ordonnance du 20 décembre 1996 ⁽²⁾. Cette exonération a vocation à bénéficier à tous les assurés n'excédant pas 50 % du plafond de revenus prévu pour le bénéfice de la complémentaire santé solidaire gratuite dans les départements d'outre-mer. D'après l'étude d'impact annexée au

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

(2) Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

présent projet de loi, elle bénéficie à 36 % des affiliés à la couverture maladie de base de Mayotte au 31 décembre 2021.

Cependant, l'étude d'impact mentionne aussi les limites de ce dispositif. Premièrement, alors que les bénéficiaires de ce ticket modérateur sont censés pouvoir s'en prévaloir lorsqu'ils vont se faire soigner à La Réunion ou en métropole, ce n'est pas vrai dans les faits, en raison d'une méconnaissance du dispositif. En outre, le ticket modérateur ne dispense pas les assurés de faire l'avance des frais lorsqu'ils vont se faire soigner en ville, et n'empêche pas la facturation de dépassements d'honoraires.

Dès lors, le ticket modérateur n'a donc pas permis d'améliorer de manière décisive l'accès aux soins des plus modestes sur le territoire de Mayotte. Le 5 mai dernier, Santé publique France relatait dans son bulletin épidémiologique hebdomadaire qu'« en 2019, 45 % des habitants de Mayotte âgés de 15 ans ou plus déclaraient avoir renoncé à des soins médicaux nécessaires ou les avoir reportés ». À l'évidence, ce chiffre ne rend pas compte des renoncements aux soins parmi la population des assurés affiliés à l'assurance maladie de Mayotte, dans la mesure où l'île compte par ailleurs de nombreux étrangers, notamment en situation irrégulière. Il illustre cependant la nécessité de mettre en place une couverture maladie plus complète pour les plus modestes, afin qu'ils puissent également accéder aux soins de ville, dans un contexte où l'offre de soins sur le territoire mahorais se trouve dans une situation structurellement déficitaire par rapport aux besoins qui sont croissants.

B. LE DROIT PROPOSÉ

1. L'extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

a. Le dispositif

L'article 38 substitue à l'exonération de ticket modérateur pour les plus modestes l'extension à Mayotte de la complémentaire santé solidaire (CSS). Mise en place en France métropolitaine en 2019, la complémentaire santé solidaire s'est substituée à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), pour prendre en charge la part complémentaire des dépenses de santé des plus modestes. Selon le niveau de ressources, la CSS peut être gratuite ou payante.

Le **4° du A du I** complète ainsi l'ordonnance du 20 décembre 1996 précitée, relative à la sécurité sociale de Mayotte, par un article 21-13 qui prévoit la mise en place de la CSS à Mayotte, par référence aux articles du code de la sécurité sociale relatifs à la complémentaire santé solidaire (L. 861-1 à L. 861-12) et à son mode de financement (L. 862-1 à L. 862-8), ainsi qu'aux dispositions devant obligatoirement figurer dans les contrats complémentaires bénéficiant d'une aide (L. 871-1). Des adaptations marginales sont prévues, pour substituer aux références au code de la sécurité sociale les bases législatives applicables à Mayotte.

Concrètement, tous les affiliés au régime d'assurance maladie de Mayotte dont les revenus n'excèdent pas un plafond qui sera défini par voie réglementaire pourront bénéficier de cette complémentaire santé soit à titre gratuit, pour les plus modestes, soit moyennant une contribution. L'étude d'impact précise que les plafonds de ressources appliqués seront fixés à 50 % des plafonds actuellement applicables dans les départements d'outre-mer. En outre, les montants de la participation due pour l'accès à la complémentaire santé payante seront établis à 50 % des montants applicables en outre-mer et en métropole.

La référence à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale emporte l'application, à Mayotte, de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, due par les mutuelles, institutions de prévoyance ou compagnies de réassurance.

Par ailleurs, le **3° du A du I** procède à l'abrogation de l'article 20-11 de l'ordonnance du 20 décembre 1996, qui portait l'exonération du ticket modérateur. Le **C du I** prévoit cependant que les droits accordés dans le cadre de l'article 20-11 continueront à produire leurs effets jusqu'à l'entrée en vigueur de la complémentaire santé solidaire, prévue le 1^{er} janvier 2024.

Le **B du I** prévoit que la caisse de mutualité sociale agricole de Mayotte aura la charge de verser la CSS aux assurés non-salariés agricoles mahorais.

b. L'impact sur la couverture sociale des Mahorais

L'étude d'impact indique que la substitution de la CSS au ticket modérateur conduira à accroître le nombre de bénéficiaires, mais aussi le panier de soins auquel ils auront accès. 65 % des assurés mahorais seraient éligibles à la CSS, contre 36 % pour le ticket modérateur. Ces assurés auront désormais accès aux lunettes de vue, prothèses dentaires et aides auditives compris dans le dispositif du « 100 % Santé ».

Au total, l'étude d'impact table sur un coût d'environ 10 millions d'euros en année pleine pour ce dispositif, lié à l'élargissement du panier de soins et à une hausse attendue du recours aux soins.

2. L'extension de la couverture maladie aux activités de télésurveillance médicale

L'article 38 comporte également une disposition visant à élargir le périmètre de la couverture maladie de base de Mayotte aux frais relatifs aux activités de télésurveillance médicale. Il s'agit ici d'étendre à Mayotte la prise en charge de ces activités associées à l'utilisation d'un dispositif médical numérique, qui a été votée dans le droit commun en loi de financement de la sécurité sociale pour 2022.

À cette fin, le **1° du A du I** ajoute les activités de télésurveillance au nombre des actes couverts par l'assurance maladie de Mayotte.

II. LE RACHAT DE TRIMESTRES DE RETRAITE POUR LES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS MAHORAI

A. LE DROIT EXISTANT

Depuis 2012, le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants exerçant leur activité à Mayotte a été interrompu, pour des raisons apparemment techniques et juridiques. Ces travailleurs sont pourtant assujettis à une cotisation vieillesse en vertu de l'article 28-2 de l'ordonnance 20 décembre 1996 précitée. Mais les taux de cotisations de sécurité sociale applicables aux travailleurs indépendants mahorais de 2019 à 2036 n'ont été fixés spécifiquement que par un décret de 2019 ⁽¹⁾. En outre, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acos) travaille encore à l'adaptation du système d'information pour que la caisse de sécurité sociale de Mayotte puisse procéder au recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants.

Les cotisations n'ont donc pas été recouvrées entre 2012 et 2022. Par conséquent, les travailleurs indépendants mahorais n'ont pas pu ouvrir de droits à retraite pour cette période. Environ 9 000 personnes seraient concernées par cette situation.

L'article 108 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 a ouvert la possibilité aux travailleurs indépendants non agricoles exerçant depuis le 1^{er} janvier 2012 à Mayotte d'effectuer un versement de cotisations pour valider des périodes d'assurance vieillesse de base, pour les périodes d'activité comprises entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2022.

L'étude d'impact tablait alors sur un versement maximal de cotisations, dans l'hypothèse d'un taux de recours de 100 % et du rachat de quatre trimestres par an, à hauteur de 28,8 millions d'euros pour l'ensemble de la période.

IMPACT FINANCIER POUR LES COTISANTS

(en euros)

	Coût total pour le cotisant	Coût total du dispositif
Pour trois trimestres rachetés par an	2 400 (218 par an)	21 600 000
Pour quatre trimestres rachetés par an	3 200 (291 par an)	28 800 000

Source : étude d'impact annexée au PLFSS 2022 (annexe IX).

(1) Décret n° 2019-632 du 24 juin 2019 modifiant le décret n° 2011-2085 du 30 décembre 2011 relatif à l'exonération générale sur les bas salaires et au taux des cotisations et de la contribution sociales applicables à Mayotte.

1. Le droit proposé : prolongation de deux ans du mécanisme de rachat

L'étude d'impact annexée au présent projet de loi indique que « *la reprise du recouvrement des cotisations ne pourra intervenir avant le 1^{er} janvier 2025* ».

Le **II** de l'article 38 vise ainsi à prolonger de deux ans le mécanisme de rachat des trimestres de retraite mis en place l'an dernier. Les périodes d'activité pouvant faire l'objet d'un rachat de trimestres couvriront donc la période du 1^{er} janvier 2012 au 31 décembre 2024. En conséquence, les travailleurs mahorais pourront effectuer leur demande de rachat de trimestres jusqu'au 31 décembre 2028, au lieu du 31 décembre 2026.

L'étude d'impact indique que cette prolongation pourrait représenter, dans l'hypothèse d'un taux de recours de 100 %, une masse financière de l'ordre de 5 à 6,7 millions d'euros, pour trois ou quatre trimestres rachetés par travailleur et par an.

Votre rapporteure estime qu'il est indispensable de permettre au plus vite le recouvrement effectif des cotisations de ces travailleurs indépendants. En effet, ceux-ci n'ont probablement pas la trésorerie nécessaire au paiement de sommes importantes pour le rachat des trimestres, aussi étalé dans le temps soit-il.

III. LA GESTION DES PRESTATIONS FAMILIALES DES FONCTIONNAIRES ET MAGISTRATS EN POSTE À MAYOTTE

A. LE DROIT EXISTANT

Lorsqu'ils sont en poste à Mayotte, les fonctionnaires et magistrats ne relèvent pas du régime de protection sociale mahorais lorsque « *le centre [de leurs] intérêts matériels et familiaux est situé hors de Mayotte* », en vertu des dispositions de l'article 21 de l'ordonnance du 7 février 2002 ⁽¹⁾.

Dans cette situation, il est d'usage que la gestion et le versement des prestations familiales de ces agents soient effectués par les services employeurs de l'État à Mayotte. Cette situation est dérogoire au droit commun : en métropole et dans les autres départements d'outre-mer, la gestion des prestations familiales des fonctionnaires et magistrats est assurée par les caisses d'allocations familiales.

B. LE DROIT PROPOSÉ

Le **III** de l'article 38 vise à aligner la législation applicable à ces fonctionnaires et magistrats en poste à Mayotte sur le droit commun.

En premier lieu, il substitue à la notion de « centre des intérêts matériels et familiaux » celle de « centre des intérêts matériels et moraux » (CIMM), qui a été

(1) Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte.

définie par la jurisprudence et consacrée par différents textes législatifs et réglementaires.

L'article 21 de l'ordonnance précitée du 7 février 2002 est par ailleurs complété par un alinéa qui précise que lorsqu'un fonctionnaire ou magistrat en poste à Mayotte a le centre de ses intérêts matériels et moraux en France métropolitaine ou en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, le versement de ses prestations familiales est effectué par la ou les caisses d'allocations familiales désignées à cet effet par le directeur de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf).

L'étude d'impact indique que ce transfert sera neutre pour les finances sociales car il sera compensé par l'assujettissement de ces fonctionnaires et magistrats aux cotisations d'allocations familiales.

*

* *

Article 39

**Moderniser la législation de sécurité sociale
applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon**

L'article 39 s'inscrit dans le prolongement d'un rapport réalisé par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2020 sur le système de protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon. Il ressortait de ce rapport qu'en dépit du principe d'identité législative applicable à ce territoire, les Saint-Pierrais étaient restés largement à l'écart des progrès de la couverture sociale métropolitaine. En outre, le régime géré par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) voyait ses coûts s'accroître fortement, en raison d'un manque d'efficience. Le rapport concluait à la nécessité d'ancrer résolument la protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon sur le droit commun en métropole.

Le présent article apporte une première brique de cet effort de rapprochement des systèmes de protection sociale. Il modifie les critères d'affiliation, étend le bénéfice de prestations familiales, adapte le fonctionnement de la CPS.

Des étapes ultérieures seront nécessaires, en particulier pour étendre à Saint-Pierre-et-Miquelon le bénéfice des dispositifs de protection maladie.

I. LE DROIT EXISTANT : UN DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE « EN RETARD » SUR LA MÉTROPOLE

A. UN SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE SPÉCIFIQUE

Le système de protection sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon est défini par l'ordonnance du 26 septembre 1977 ⁽¹⁾ ainsi que par la loi du 17 juillet 1987 pour ce qui concerne l'assurance vieillesse ⁽²⁾.

La collectivité territoriale est en principe, depuis la loi organique du 21 février 2007 ⁽³⁾, régie par le principe de l'identité législative, qui veut que les dispositions législatives et réglementaires y soient applicables de plein droit, sauf si des adaptations sont nécessaires et explicitement prévues.

Cependant, les conséquences de cette identité législative n'ont pas été véritablement tirées s'agissant de la protection sociale de l'archipel. Ainsi, la base juridique essentielle du régime, constituée par l'ordonnance précitée de 1977, continue de donner la liste des dispositions du code de la santé publique qui sont applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le système de protection sociale saint-pierrais repose sur la Caisse de prévoyance sociale (CPS), créée par l'ordonnance de 1977, qui gère l'ensemble des

(1) Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales.

(2) Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

(3) Loi organique n° 2007-223 du 21 février 2007 portant dispositions statutaires et institutionnelles relatives à l'outre-mer.

risques : vieillesse, maladie-maternité-invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, famille. Cette caisse n'est pas intégrée au réseau du régime général, à laquelle elle est néanmoins liée par une subvention d'équilibre. Elle gère l'ensemble des 6 300 résidents de Saint-Pierre-et-Miquelon, à l'exception de certains militaires et marins.

B. UNE SITUATION PEU SATISFAISANTE AUJOURD'HUI DU POINT DE L'EFFICIENCE ET DE LA COUVERTURE DES ASSURÉS

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) mandatée par le ministre de la santé en 2019 a réalisé un état des lieux du système de protection sociale de l'archipel⁽¹⁾. Il ressort du rapport de cette mission que l'absence d'extension à Saint-Pierre-et-Miquelon des réformes successives instaurées en métropole a eu des effets négatifs sur l'efficacité du système local et sur les droits dont bénéficient les assurés saint-pierrais.

Le rapport observe que la subvention d'équilibre versée par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) à la CPS n'a cessé de croître, passant de 20 millions d'euros en 2008 à près de 42 millions d'euros en 2018, alors que le nombre d'assurés restait stable.

Cet accroissement des coûts n'a pas été corrélé à une extension de la couverture sociale des Saint-Pierrais. Plusieurs réformes majeures pour l'accès aux soins – carte Vitale, protection universelle maladie, complémentaire santé solidaire, dossier médical partagé – n'ont pas été mises en application dans l'archipel.

Le rapport de l'IGAS concluait sur *« la conviction qu'une application très large du droit commun de la protection sociale, avec d'éventuelles adaptations limitées, protégera davantage assurés et professionnels et leur ouvrira des opportunités rapidement, celles dont ils n'ont pu bénéficier par défaut depuis deux décennies »*.

II. LE DROIT PROPOSÉ : AMORCER UN PROCESSUS DE RAPPROCHEMENT VERS LE DROIT COMMUN DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

L'objet de l'article 39 est de commencer à mettre en œuvre l'orientation générale définie par le rapport de l'IGAS, en rapprochant largement le système de protection sociale saint-pierrais du droit commun. L'étude d'impact annexée au présent projet de loi indique qu'il ne s'agit que d'une première étape, *« l'évolution des autres règles applicables à Saint-Pierre-et-Miquelon, notamment des dispositifs maladie de droit commun, [nécessitant] une expertise plus poussée des impacts ainsi que des aspects opérationnels »*.

(1) Situation de la Caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon et de l'offre de soins territoriale, IGAS, février 2020.

A. APPLIQUER LE CRITÈRE DE RÉSIDENCE POUR L’AFFILIATION À L’ASSURANCE MALADIE

La mise en place de la protection maladie universelle (PUMa) en France, en 2016, a entraîné la généralisation du critère de résidence pour l’affiliation à l’assurance maladie. De ce fait, toute personne qui a une résidence stable et régulière en France est affiliée, indépendamment de son activité professionnelle.

Le présent article transpose l’application de ce critère plus protecteur à Saint-Pierre-et-Miquelon, où subsistait l’assurance personnelle. Le **5° du I** insère dans l’ordonnance du 26 septembre 1977 précitée un article 9-0, qui dispose que « toute personne travaillant ou, lorsqu’elle n’exerce pas d’activité professionnelle, résidant à Saint-Pierre-et-Miquelon de manière stable et régulière bénéficie, en cas de maladie ou de maternité, de la prise en charge de ses frais de santé ». Seuls les enfants mineurs continuent à bénéficier de ces prestations en tant qu’ayant-droits de leurs parents, jusqu’à leur majorité.

B. METTRE EN ŒUVRE LA BRANCHE AUTONOMIE

Le **3° du I** étend à Saint-Pierre-et-Miquelon la création de la branche autonomie. Les dispositions relatives aux concours financiers de la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (**11° du I**) et au transfert de financement de l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé à cette nouvelle branche sont également rendues applicables.

C. ÉTENDRE PLUSIEURS PRESTATIONS FAMILIALES

Le **12° du I** procède à l’extension à Saint-Pierre-et-Miquelon de plusieurs prestations familiales : complément familial majoré (article L. 522-3 du code de l’action sociale et des familles) et allocation journalière de présence parentale (articles L. 544-1 à L. 544-10).

De la même manière, le **11° du I** étend à l’archipel l’allocation journalière de proche aidant (articles L. 168-8 à L. 168-16 du code de la sécurité sociale), et le **6° du I** étend l’allocation journalière d’accompagnement d’une personne en fin de vie, versée par la branche maladie.

D. ALIGNER LES MODALITÉS DE DÉTERMINATION DU PRIX DES PRODUITS DE SANTÉ

La majoration « outre-mer » pour le prix des produits de santé est fixée par arrêté préfectoral à Saint-Pierre-et-Miquelon, dérogeant ainsi aux modalités de fixation des majorations outre-mer prévues par l’article L. 753-4 du code de la sécurité sociale.

Le **10° du I** reformule l’article 9-10 de l’ordonnance de 1977, relatif aux modalités de prise en charge des produits de santé par la Caisse de prévoyance

sociale de l'archipel. Conformément à l'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale, il est désormais prévu qu'un arrêté ministériel pourra déterminer les majorations de prix applicables à ces produits, pour prendre en compte les frais particuliers grevant leur coût dans la collectivité.

En outre, la convention nationale entre les représentants des pharmaciens titulaires d'officine et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale) est rendue applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

E. ADAPTER LES RÈGLES RÉGISSANT LA CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Le **1° du I** adapte le champ matériel et personnel de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) pour tenir compte des évolutions portées par l'article 39. La branche autonomie est ajoutée dans son champ de d'action, et le nouveau critère de résidence retenu pour l'affiliation au régime de sécurité sociale est explicité.

Par ailleurs, le **2° du I** transfère l'approbation des conventions territoriales conclues par la CPS du préfet de la collectivité au ministre de la sécurité sociale, compte tenu de la technicité des sujets traités. Il est également prévu que le contrôle de légalité des délibérations du conseil d'administration de la CPS se fera désormais dans les conditions de droit commun prévues à l'article L. 151-1 du code de la sécurité sociale.

Compte tenu du faible nombre d'assurés à Saint-Pierre-et-Miquelon, l'ensemble des mesures prévues par l'article 39 (nouveau critère d'affiliation, application des prestations familiales) ne devrait pas avoir un coût annuel supérieur à 100 000 euros.

*

* *

Article 40

Amélioration de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles des non-salariés agricoles pluriactifs et des membres de famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article poursuit deux objectifs. D'une part, il vise à améliorer la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) des non-salariés agricoles pluriactifs en permettant le versement d'indemnités journalières (IJ) maladie du régime de non-salarié agricole en complément d'IJ AT-MP du régime salarié en cas d'AT-MP survenu dans le cadre d'une activité salariée. D'autre part, il doit permettre d'élargir la possibilité de verser une rente ATEXA à partir de 30 % d'incapacité permanente partielle (IPP) à tous les non-salariés agricoles, en l'occurrence aux collaborateurs et aux aides familiaux, en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Le coût de ces mesures, qui ont vocation à entrer en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2023, est évalué à 1,3 million d'euros en année pleine pour la première et à 4 millions d'euros à l'horizon 2026 pour la seconde.

I. AMÉLIORER LA RÉPARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES DES NON-SALARIÉS AGRICOLES PLURIACTIFS

Certains non-salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, conjoints-collaborateurs, aides familiaux...) exercent en outre une activité salariée. En 2021, 28 500 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole étaient dans cette situation, soit environ 6,5 % d'entre eux ⁽¹⁾. Cette activité salariée relevait pour 9 200 d'entre eux (32 %) du régime agricole et pour 19 300 d'entre eux (68 %) du régime général.

La pluriactivité agricole semble aujourd'hui davantage développée en grande culture, en viticulture, dans les micro-élevages ou dans les élevages spécialisés dans la production de viande, secteurs demandant moins de main-d'œuvre que les systèmes laitiers ou le maraîchage, ce qui laisse davantage de temps pour exercer une autre activité, salariée ⁽²⁾ ou indépendante ⁽³⁾.

A. LE RÉGIME ACTUEL

Depuis 2021, les assurés non-salariés agricoles pluriactifs ayant une activité salariée peuvent se voir verser des indemnités journalières (IJ) d'assurance maladie

(1) Selon la MSA, 435 800 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole étaient affiliés au régime agricole en 2020.

(2) Selon les éléments transmis par la direction de la sécurité sociale, il s'agit notamment d'activités de chauffeur de car scolaire, d'activités auprès d'un organisme professionnel agricole, dans le secteur automobile, dans les chambres d'agriculture ou encore dans des coopératives agricoles.

(3) En 2021, 7 700 non-salariés agricoles exerçaient une activité indépendante non agricole.

du régime de salariés en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP) survenu dans l'exercice de leur activité non salariée agricole ⁽¹⁾.

Or l'inverse n'est actuellement pas possible. À ce jour, ces assurés peuvent bénéficier « *d'indemnités journalières lorsqu'ils se trouvent dans l'incapacité physique, temporaire, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail pour cause de maladie ou d'accident de la vie privée* » ⁽²⁾. Ainsi, aucune indemnité maladie n'est prévue en cas d'AT-MP survenu dans l'exercice d'une activité salariée.

Alors qu'ils se trouvent dans l'incapacité de travailler, ils ne peuvent donc pas prétendre à des IJ maladie du régime de non-salarié agricole pour lesquels ils cotisent afin de compenser la perte de revenus.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

● Le présent article vise à permettre, en cas d'AT-MP lié à l'exercice de l'activité salariée, le versement d'IJ maladie au titre du régime de non-salarié agricole en complément des IJ AT-MP du régime dont relève l'activité salariée. À cet effet, il est prévu un nouvel article L. 172-1-2 du code de la sécurité sociale (**I**).

Ce dispositif concerne les non-salariés agricoles qui sont couverts par les IJ AMEXA (assurance maladie des exploitants agricoles) à ce titre et sera applicable aux AT-MP déclarés à compter du 1^{er} janvier 2023 (**III**).

● Le coût du présent dispositif est évalué à 1,3 million d'euros en année pleine, sur la base d'un taux de recours aux IJ maladie du régime de non-salarié agricole en complément des IJ AT-MP des régimes salariés (général ou agricole) de 2 %, ce qui représenterait 570 bénéficiaires par an, et d'une durée moyenne des arrêts de travail AT-MP estimée à quatre-vingts jours et d'un montant d'IJ AMEXA de 22,95 euros pour les vingt-huit premiers jours et de 30,61 euros au-delà.

II. OUVRIR LES RENTES ATEXA À PARTIR DE 30 % D'INCAPACITÉ PERMANENTE PARTIELLE À TOUS LES NON-SALARIÉS AGRICOLES

A. LE RÉGIME ACTUEL

Depuis le 1^{er} janvier 2015, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles des non-salariés agricoles, appelée ATEXA, étend le bénéfice des indemnités journalières aux collaborateurs d'exploitations et aux aides familiaux et ce dans les mêmes conditions que pour les chefs d'exploitation.

(1) Article L. 172-1-1 du code de la sécurité sociale issu de l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021.

(2) Article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime.

Toutefois, en cas d'AT-MP, seuls les chefs d'exploitation ont droit à une rente à partir de 30 % d'IPP. Les autres non-salariés agricoles, c'est-à-dire les collaborateurs et les aides familiaux, dont le statut est limité dans le temps (cinq ans), n'ont droit à aucune rente en cas d'incapacité permanente dès lors que le taux d'IPP est inférieur à 100 %.

B. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le **II** du présent article prévoit d'accorder une rente en cas d'AT-MP à partir de 30 % d'IPP à tous les non-salariés agricoles au-delà des seuls chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole. Sont ainsi visés les collaborateurs, les aides familiaux et les enfants de plus de 14 ans. Ce dispositif sera applicable aux AT-MP ayant entraîné une incapacité dont le taux sera fixé après le 31 décembre 2022 (**III**).

Dans la mesure où la contribution des collaborateurs et des aides familiaux à la branche ATEXA est moindre que celle des chefs d'exploitation, le montant de la rente sera diminué de moitié ⁽¹⁾. Elle est évaluée à 1 613 euros par an en moyenne. Le Gouvernement estime que 40 personnes bénéficieraient chaque année de ce dispositif, dont le coût est évalué à près de 4 millions d'euros en 2026 en intégrant le coût de provisionnement des rentes ⁽²⁾.

Le rapporteur pour la branche AT-MP se félicite de ces deux mesures qui permettront d'assurer une réparation plus juste des accidents du travail et des maladies professionnelles des non-salariés agricoles.

*

* *

(1) Le montant de la rente des non-salariés agricoles qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricole de petite taille et ne pouvant être considérés de ce fait chef d'exploitation ou d'entreprise agricole sera précisé par arrêté ministériel en tenant compte du taux d'incapacité.

(2) Les rentes des non-salariés agricoles font l'objet d'un provisionnement sur trente-deux ans, sur la base de l'espérance de vie moyenne des rentiers.

CHAPITRE VIII
Poursuivre les actions de lutte contre les abus et les fraudes

Article 41
Renforcement de la lutte contre la fraude fiscale

Adopté par la commission sans modification

L'article 41 vise à renforcer les outils de lutte contre la fraude sociale sous toutes ses formes. En ce sens, il s'agit d'autoriser les greffiers des tribunaux de commerce à transmettre aux organismes de protection sociale et à l'État des renseignements recueillis dans l'exercice de leurs missions et faisant présumer des fraudes ; de simplifier la procédure de sanction administrative prononcée par les directeurs des caisses pour les branches famille et vieillesse en cas de fraude ; d'ouvrir le droit de communication de renseignements détenus par des tiers aux agents chargés, au sein des organismes sociaux, du recouvrement des créances nées après le constat d'un travail dissimulé ; d'autoriser les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) à procéder à l'interconnexion des données obtenues par le droit de communication non nominatif avec les données de son système d'information et, enfin, de doter les agents de contrôle des organismes sociaux de moyens d'investigation adaptés à l'économie numérique et notamment de pouvoirs de « cyberenquête ».

I. L'ÉTAT DU DROIT : LA LUTTE CONTRE LES DIFFÉRENTES FORMES DE FRAUDE SOCIALE A ÉTÉ RENFORCÉE DURANT LES DERNIÈRES ANNÉES MAIS RESTE PERFECTIBLE

A. PORTANT ATTEINTE À LA SOLIDARITÉ NATIONALE, LA FRAUDE SOCIALE A UNE DOUBLE DÉFINITION

● Sujet complexe et sensible, la « fraude sociale » porte atteinte à plusieurs principes majeurs, notamment celui de la solidarité nationale, proclamé au douzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 et rappelé dans le code de la sécurité sociale⁽¹⁾. Ce dernier prévoit également que « chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie »⁽²⁾ et donne, dans sa partie réglementaire⁽³⁾, une définition de la fraude. Le Conseil constitutionnel a même consacré, en 2019, l'objectif à valeur constitutionnelle de lutte contre la fraude en matière de protection sociale⁽⁴⁾, après avoir reconnu, en 2010, à la « lutte contre la fraude » le caractère d'une exigence constitutionnelle⁽⁵⁾.

(1) Article L. 111-1.

(2) Article L. 111-2-1.

(3) Article R. 147-11.

(4) Décision n° 2019-789 QPC du 14 juin 2019.

(5) Décision n° 2010-622 DC du 28 décembre 2010.

En règle générale, la fraude est constituée par « une irrégularité ou une omission commise de manière intentionnelle au détriment des finances publiques »⁽¹⁾. La fraude sociale se définit ainsi par son aspect intentionnel de contournement de l'obligation de cotisation et de perception indue des prestations sociales. La fraude est considérée comme un délit, contrairement à la faute ou à l'abus.

- Deux types de fraude peuvent être distingués :

- les fraudes aux prestations, préjudiciables aux dépenses de la protection sociale. Toutes les composantes des prestations sont soumises à un risque de fraude, commises par des auteurs différents, pour des prestations différentes et des mobiles différents. Les conséquences juridiques sont d'ordre administratif (pénalités prononcées par les directeurs d'organismes concernés) et pénal (amendes de 5 000 à 45 000 euros et trois ans de prison pour fausses déclarations et des peines plus lourdes en cas d'escroquerie manifeste) ;

- les fraudes aux cotisations, qui sont préjudiciables aux recettes et concernent les employeurs et salariés qui tentent de dissimuler ou minorer leurs activités professionnelles, afin de ne pas s'acquitter des cotisations sociales correspondant au travail effectué. Cela peut prendre plusieurs formes : dissimulation d'activités ou de salariés, production de faux statuts, usage frauduleux de salariés détachés.

B. L'ÉTAT A RÉGULIÈREMENT RENFORCÉ SES OUTILS DE LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE, AVEC DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS

1. Une amélioration notable des dispositifs et structures de contrôle sur les dernières années

a. La fraude aux cotisations sociales

- Comme l'a rappelé le Conseil d'État dans un rapport de 2021⁽²⁾, c'est l'ordonnance n° 45-2250 du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale qui a confié le contrôle de l'application des législations de sécurité sociale aux contrôleurs et inspecteurs de la sécurité sociale et aux agents agréés et assermentés des caisses de sécurité sociale⁽³⁾. Ces dernières ont progressivement regroupé leurs activités de recouvrement et de contrôle au sein des Urssaf, généralisées par l'ordonnance du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale.

(1) <https://www.economie.gouv.fr/la-delegation-nationale-la-lutte-contre-la-fraude>

(2) Conseil d'État, « Les pouvoirs d'enquête de l'administration », étude réalisée à la demande du Premier ministre, avril 2021.

(3) Article 45 de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Désormais codifiée ⁽¹⁾, cette exigence s'exerce, en matière sociale, par l'intermédiaire de contrôles auxquels les organismes chargés du recouvrement peuvent soumettre les employeurs privés et publics ainsi que les travailleurs indépendants. Il s'agit de vérifier l'exactitude des déclarations et le respect des dispositions du code de la sécurité sociale en ce qui concerne les déclarations.

- La lutte contre le travail dissimulé constitue un objectif central de la lutte contre la fraude aux cotisations sociales. Le travail illégal est une notion englobant une série d'infractions énumérées dans le code du travail ⁽²⁾ : le travail dissimulé, l'emploi d'étranger non autorisé à travailler, le marchandage, le prêt illicite de main-d'œuvre, le cumul d'emplois, ainsi que le cumul irrégulier de revenus de remplacement avec les revenus tirés d'un emploi. Les inspecteurs de la branche du recouvrement ont uniquement compétence pour rechercher et constater les situations de travail dissimulé. C'est la loi du 11 mars 1997 relative au renforcement de la lutte contre le travail illégal qui a défini, au sein du code du travail, les pouvoirs des agents publics chargés de constater ce délit. Le cotisant a également la possibilité de régulariser sa situation en amont des poursuites pénales ⁽³⁾. Le Conseil d'État constate ainsi un « décalage d'un demi-siècle » entre l'émergence de l'État providence et « l'exigence des contrôles liés à la répétition de l'indu ».

b. La fraude aux prestations sociales

- En ce qui concerne les prestations sociales, les contrôles ont été structurés à partir de la LFSS 2006, demandant aux directeurs des organismes de sécurité sociale de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires, dès lors que sont portées à leur connaissance des informations et faits « *pouvant être de nature à constituer une fraude* » ⁽⁴⁾.

- Cette même LFSS a également introduit une obligation de contrôle, pour les organismes de sécurité sociale, pour le service des prestations. Cela passe par le fait de demander directement au demandeur ou au bénéficiaire les pièces justificatives permettant d'apprécier son éligibilité à une prestation sociale, sauf si d'autres moyens sont possibles ⁽⁵⁾. À cette fin, les agents des organismes de sécurité sociale disposent de pouvoirs comparables à ceux des Urssaf, notamment en matière de droit de communication.

c. Des outils de lutte contre la fraude sociale de plus en plus développés

- Dans les dernières années, face à une fraude de plus en plus organisée, en lien notamment avec une délinquance de droit commun et parfois en provenance de l'étranger, l'État et les organismes de sécurité sociale ont continué à renforcer et remanier leurs outils de lutte contre la fraude sociale dans son ensemble. À titre

(1) Articles L. 243-7 et R. 243-59 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 8211-1 du code du travail.

(3) Article L. 244-2 du code de la sécurité sociale.

(4) Article L. 114-9 du code de la sécurité sociale.

(5) Article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale.

d'exemple, la délégation nationale à la lutte contre la fraude (DNLF) est devenue en 2020 la mission interministérielle de coordination anti-fraude (MICAF)⁽¹⁾. L'objectif de cette évolution est de mieux assurer la coordination entre les différents services de l'État, qui pouvaient avoir, auparavant, des objectifs et des méthodes spécifiques, dans le cadre de plans nationaux complexes à mettre en œuvre. Pensée comme une structure légère et désignée comme un « service de coordination anti-fraude » au niveau européen⁽²⁾, la MICAF a une mission plus opérationnelle, associant le plus grand nombre d'acteurs possibles et devant ainsi permettre d'éviter les éventuelles frictions administratives.

La MICAF assure également, en partenariat avec des directions « cheffes de file », un suivi de dix groupes opérationnels nationaux anti-fraude (GONAF). Ces derniers réunissent les administrations des ministères de l'économie, des finances et de la relance, de la justice, de l'intérieur, des solidarités, de la santé et du travail, les organismes de protection sociale ainsi que les services d'enquêtes administratifs et judiciaires. Des GONAF sont ainsi consacrés à la fraude à la résidence, à la fraude documentaire et d'identité, à la lutte contre la fraude *via* les sociétés dites « éphémères », à la fraude *via* le e-commerce ou à l'adaptation aux enjeux du numérique.

La DNLF puis la MICAF produisent des bilans annuels depuis 2013 qui présentent les résultats des contrôles des caisses de sécurité sociale et de Pôle emploi⁽³⁾ et qui peuvent être rapprochés des bilans publiés par l'Inspection générale des affaires sociales sur les inspections et contrôles des agences régionales de santé. En outre, un plan d'action de lutte contre les fraudes sociales 2021-2022 a été approuvé en février 2021, afin de prévoir un effort important pour « *intensifier la prévention et la lutte contre la fraude, notamment contre le travail illégal* »⁽⁴⁾.

● Comme l'a rappelé le Conseil d'État⁽⁵⁾, le législateur a également renforcé les possibilités de transmission d'informations, notamment entre les caisses et avec les services consulaires, de l'État, Pôle emploi et l'autorité judiciaire. Cette dernière peut ainsi transmettre aux organismes de sécurité sociale « *toute indication qu'elle recueille, à l'occasion de toute procédure judiciaire, de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations et contributions sociales* »⁽⁶⁾.

(1) Décret n° 2020-872 du 15 juillet 2020 relatif à la coordination interministérielle en matière de lutte contre la fraude et à la création d'une mission interministérielle de coordination anti-fraude.

(2) Règlement (UE, Euratom) n°883/2013 du Parlement européen et du Conseil du 11 septembre 2013 relatif aux enquêtes effectuées par l'Office européen de lutte antifraude (OLAF) et abrogeant le règlement (CE) n°1073/1999 du Parlement européen et du Conseil et le règlement (Euratom) n°1074/1999 du Conseil.

(3) <https://www.economie.gouv.fr/micaf>

(4) <https://www.securite-sociale.fr/home/actualites/list-actualites/15-md-de-fraude-detectee-par-les.html>

(5) Conseil d'État, « Les pouvoirs d'enquête de l'administration », étude réalisée à la demande du Premier ministre, avril 2021 (pp. 169 sq.).

(6) Article L. 114-16 du code de la sécurité sociale.

En dehors de l'autorité judiciaire, il est fait obligation aux organismes de sécurité sociale, aux caisses, à Pôle emploi et aux administrations de l'État de communiquer certains renseignements, données et documents, notamment ceux nécessaires à l'appréciation de droits et au contrôle ⁽¹⁾.

Enfin, concernant les fraudes pouvant impliquer une dimension internationale, un mécanisme spécifique d'échange entre les organismes de contrôle, les autorités consulaires et l'Agence pour l'enseignement français à l'étranger est prévu par le code de la sécurité sociale ⁽²⁾.

- En 2018, la loi ⁽³⁾ également introduit un nouvel article dans le code de la sécurité sociale ⁽⁴⁾, permettant de sanctionner toute personne physique ou morale qui, dans l'exercice d'une activité professionnelle de conseil à caractère juridique, financier ou comptable ou de détention de bien ou de fonds pour le compte d'un tiers, a intentionnellement fourni à un cotisant une prestation ayant directement contribué à la commission, par celui-ci, d'actes constitutifs d'abus de droit ou de dissimulation de ces actes.

- Enfin, l'information des citoyens a été accrue sur les dernières années, notamment par l'intermédiaire de la « charte du cotisant contrôlé » ⁽⁵⁾, transposition sociale datée de 2016 de la « charte des droits et obligations du contribuable vérifié » ⁽⁶⁾, qui existe pour la sphère fiscale depuis 1975.

2. Les résultats encourageants des contrôles au cours des dernières années

a. Un nombre important de contrôles

- 98 000 contrôles et actions de prévention ont été effectués en 2021 par le réseau des Urssaf, dont 81 000 actions de contrôle au sens strict et 17 000 actions visant à « accompagner l'usager dans ses obligations déclaratives » ⁽⁷⁾. En 2021, 7 % des entreprises ont ainsi fait l'objet d'une action de contrôle ou de prévention.

Le montant des régularisations s'est élevé à 499 millions d'euros (pour les redressements au profit de l'Urssaf et les restitutions au profit des entreprises). En prenant également en compte la lutte contre le travail dissimulé, ce montant est porté à 1,3 milliard d'euros. Le principal thème de régulation en 2021 a été celui des « rémunérations non soumises à cotisations », représentant 32,3 % des erreurs d'application de la législation, avant les exonérations de cotisations sociales (24,9 %).

(1) Article L. 114-12 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 114-11 du code de la sécurité sociale.

(3) Loi n° 2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude.

(4) Article L. 114-18-1 du code de la sécurité sociale.

(5) https://www.urssaf.fr/portail/files/live/sites/urssaf/files/documents/Charte_du_cotisant_controle.pdf

(6) <https://www.economie.gouv.fr/dgfip/charte-des-droits-et-obligations-contribuable-verifie>

(7) Urssaf, « Essentiel 2021. Le contrôle des cotisations ».

- Plusieurs types d’agents sont chargés du contrôle :
 - pour le contrôle de l’application des dispositions relatives aux cotisations de sécurité sociale, il s’agit d’agents des organismes de recouvrement, assermentés (1) ;
 - pour les prestations sociales, il s’agit d’agents désignés par les organismes chargés de la gestion d’un régime obligatoire ou du service des allocations et prestations (2).

**LES AGENTS DES URSSAF ET DES CAISSES DE SÉCURITÉ SOCIALE
CHARGÉS DU CONTRÔLE (2021)**

Agents chargés des contrôles / enquêtes	Effectifs	Organisme	Domaine
Inspecteurs et contrôleurs du recouvrement	1500 inspecteurs 200 contrôleurs	ACOSS, URSSAF	Recouvrement
Ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité (AT/MP)	273 ingénieurs conseils 573 contrôleurs de sécurité	CARSAT	Prévention des risques professionnels
Contrôleurs-enquêteurs (branche assurance-maladie)	721 ETP	CPAM	Lutte contre la fraude
Agents de contrôle agréés et assermentés	env. 690 agents	CAF	Lutte contre la fraude
Agents affectés aux contrôles et enquêtes	81,28 ETP	CNAV	Lutte contre la fraude
Agents de contrôle	NC	MSA	Recouvrement, lutte contre la fraude

Source : Conseil d’État, 2021.

b. La fraude aux cotisations sociales

● D’après le rapport de la mission interministérielle de coordination anti-fraude (3), la fraude détectée aux cotisations sociales représentait en 2020 618,52 millions d’euros, dont 606 millions d’euros constatés dans lors des seuls contrôles de lutte contre le travail illégal. D’après l’Urssaf Caisse nationale, en 2019, « le manque à gagner total serait compris entre 2,2 % et 2,7 %, soit un montant compris entre 5,7 et 7,2 Md€ sur le champ Urssaf et entre 6,8 et 8,4 Md€ si l’on intègre les cotisations de retraite complémentaire » (4). Dans la branche agricole (5), la fraude aux prélèvements obligatoires s’élève à 25,33 millions

(1) Article L. 243-7 du code de la sécurité sociale.

(2) Article L. 114-10 du code de la sécurité sociale.

(3) MICAFA, « Lutte contre la fraude aux finances publiques », résultats 2020.

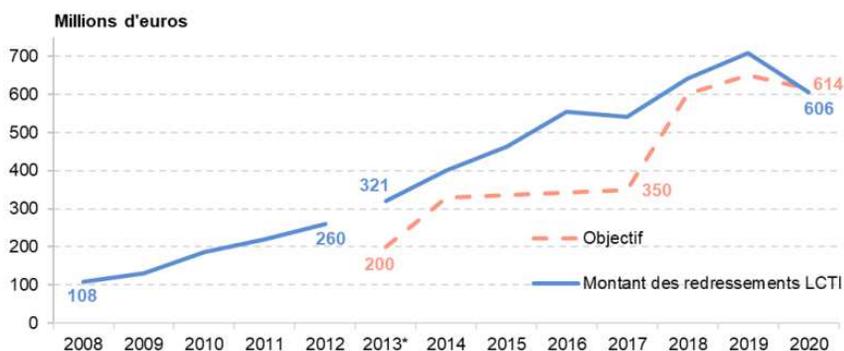
(4) <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/HCFIPS/2019/HCFIPS%20-%20202019%20-%20NOTE%20SUR%20L%20EVALUATION%20DU%20TRAVAIL%20DISSIMULE.pdf>

(5) Réponses faites à la rapporteure générale par le ministère de la santé et de la prévention.

d'euros (+ 42,7 %) dont 19,1 millions d'euros au titre du travail illégal et 6,23 millions d'euros de fraude aux cotisations.

● En matière de fraude aux cotisations sociales, il importe aussi de souligner l'effort important qui a été réalisé en matière de lutte contre le travail illégal (LCTI) : jusqu'en 2019 et depuis près de dix ans (à l'exception de l'année 2017), les redressements dits « LCTI » augmentaient régulièrement chaque année. En 2020, conséquence de la crise sanitaire et de l'allègement des contrôles, les montants redressés ont diminué de 15 % ⁽¹⁾. On constate ainsi une légère baisse du total des redressements notifiés pour travail dissimulé entre 2017 et 2020, malgré une forte augmentation entre 2017 et 2019, passant de 542 à 708 millions d'euros ⁽²⁾.

MONTANTS NOTIFIÉS AU TITRE DES ACTIONS DE LUTTE CONTRE LE TRAVAIL DISSIMULÉ



Source : Urssaf Caisse nationale.

● Au total, les redressements annuels dans le cadre du travail dissimulé s'élèvent à 605,7 millions d'euros, montant légèrement en deçà de la cible annuelle fixée à 614 millions d'euros. En données cumulées depuis le début de la convention d'objectifs et de gestion (COG) État-Urssaf, 1,955 milliard d'euros de redressements ont été comptabilisés. Enfin, du fait de la crise sanitaire, l'Urssaf a été contrainte de suspendre les contrôles durant une partie de l'année 2020, le niveau d'activité cette année-là correspondant à 49 % de l'activité en année classique (2019). Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale annexé au PLFSS 2022 indique toutefois que « *le taux de couverture [des contrôles] diminue depuis plusieurs années* » ⁽³⁾.

(1) <https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Financement/PLFSS-2022-FINANCEMENT.pdf> (p. 125).

(2) MICAF, « Lutte contre la fraude aux finances publiques », résultats 2020.

(3) <https://evaluation.securite-sociale.fr/files/live/sites/Repss/files/M%c3%a9diath%c3%a8que/Financement/PLFSS-2022-FINANCEMENT.pdf> (page 123).

L'Urssaf Caisse nationale a indiqué qu'en 2021 l'organisme « a redressé 789,4 millions d'euros de cotisations au titre de la lutte contre le travail dissimulé, ce qui constitue un résultat en hausse de 30 % par rapport à l'année 2020 et un nouveau montant record » ⁽¹⁾. Pour cela, l'Urssaf a accru son activité de lutte contre la fraude avec 36 734 actions de contrôle (+ 46 % par rapport à 2020).

c. La fraude aux prestations sociales

● En 2020, la fraude aux prestations sociales représentait, quant à elle, 461,34 millions d'euros. On constate une forte baisse entre 2019 et 2020.

MONTANTS DÉTECTÉS DE FRAUDES AUX PRESTATIONS SOCIALES EN FONCTION DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Montants de la fraude constatée en millions d'euros	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Taux d'évolution 2019/2020
Prestations Maladie	178,38	236,67	204,17	274,51	210,14	230,79	92,76	-59,81 %
dont :								
CNAM	174,5 <small>(seulement préjudice subi)</small>	231,5 <small>(y compris préjudice évité)</small>	199,7 <small>(seulement préjudice subi)</small>	270 <small>(y compris préjudice évité)</small>	205,3 <small>(seulement préjudice subi)</small>	226,1 <small>(seulement préjudice subi)</small>	90,7 <small>(seulement préjudice subi)</small>	-59,89 %
MSA	3,88	5,17	4,47	4,51	4,84	4,69	2,06	-56,08 %
Prestations retraite	8,34	12,16	14,52	13,94	15,64	15,77	11,84	-24,92 %
dont :								
CNAV	7,72	11,49	13,5	13,3	15	14,9	10,6	-28,86 %
MSA	0,62	0,67	1,02	0,64	0,64	0,87	1,24	42,53 %
Prestations famille	212,34	250,7	278,02	294,65	308,13	327,46	259,15	-20,86 %
dont :								
CNAF	210	247,8	275,4	291,1	304,6	323,7	255,5	-21,07 %
MSA	2,34	2,9	2,62	3,55	3,53	3,76	3,65	-2,93 %
Prestations chômage	79,7	111,2	117,3	115,19	125,31	128,8	97,59	-24,23 %
Total Fraudes aux prestations versées par les organismes de sécurité sociale	478,76	610,73	614,01	698,29	659,22	702,82	461,34	-34,36 %

Source : MICAFA, 2020.

● Il faut souligner le cas particulier de la fraude au revenu de solidarité active (RSA), versé majoritairement par les départements et dont le contrôle est normalement réalisé par les agents assermentés des caisses de sécurité sociale ⁽²⁾.

(1) https://www.urssaf.fr/portail/files/live/sites/urssaf/files/votre_urssaf/Midi_pyrenees/MiPy-CP-Bilan-Travail-Dissimule-2022.pdf

(2) Articles L. 140-10 et suivants du code de la sécurité sociale.

Toutefois, le code de l'action sociale et des familles dispose que « *les agents départementaux désignés à cette fin par le président du conseil départemental ont compétence pour contrôler le respect, par les bénéficiaires et les institutions intéressées, des règles applicables aux formes d'aide sociale relevant de la compétence du département* »⁽¹⁾. Soulignant cette difficulté, le Défenseur des droits a recommandé, dans un rapport de septembre 2017, de « *clarifier les attributions des agents des conseils départementaux lors du contrôle des bénéficiaires de prestations* »⁽²⁾.

Il faut également noter les montants des redressements réalisés par les comités opérationnels départements anti-fraude (186,7 millions d'euros). Dans le régime agricole⁽³⁾, le montant de la fraude détectée s'établit à 34,2 millions d'euros. La fraude aux prestations représente 12,6 millions d'euros, avec une forte augmentation dans la branche maladie (4,95 millions d'euros) et une diminution pour les branches famille (4,5 millions d'euros) et retraite (3 millions d'euros).

D'après les réponses faites à la rapporteure générale, les dernières données disponibles sur la fraude détectée se répartissent ainsi entre les branches :

– la fraude détectée par la branche famille s'élève à 309 millions d'euros (255,5 millions en 2020). Les prestations majoritairement fraudées sont toujours le revenu de solidarité active (46 %) et la prime d'activité (20,8 %), suivies des aides au logement (14,5 %), des prestations familiales et primes diverses (10,6 %) et de l'allocation aux adultes handicapés (1,1 %) ;

– la fraude détectée par l'assurance maladie s'élève à 219 millions d'euros (127,4 millions en 2020). Les assurés représentent 68 % des cas et 27 % des montants (29 % en 2020), les offreurs de soins et de services représentent 25 % des cas et 64 % des montants, les établissements représentent 4 % des cas et 8 % des montants ;

– la fraude détectée par la branche vieillesse s'élève à 179 millions d'euros (25,5 millions d'euros de préjudice constaté et 153,5 millions d'euros de préjudice évité). L'allocation de solidarité aux personnes âgées et l'allocation supplémentaire sont les prestations principalement fraudées. Les fraudes à la retraite personnelle et à la retraite de réversion sont moins significatives.

C. DES DIFFICULTÉS PERSISTENT DANS LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE

● Malgré ces évolutions encourageantes, la lutte contre la fraude sociale reste perfectible. La fraude aux prestations sociales, en particulier, serait encore

(1) Article L. 133-2 du code de l'action sociale et des familles.

(2) Défenseur des droits, « *Lutte contre la fraude aux prestations sociales : à quel prix pour les droits des usagers ?* », septembre 2017 (recommandation n° 5).

(3) Réponses au questionnaire de la rapporteure générale par le ministère de la santé et de la prévention.

sous-estimée, d'après la Cour des comptes ⁽¹⁾, du fait notamment de « *dispositifs de maîtrise des risques de portée financière [qui] restent insuffisamment efficaces* ». La Cour souligne toutefois les progrès réalisés par les branches famille et vieillesse et par l'assurance maladie pour améliorer leur travail d'identification des fraudes potentielles.

- La Cour alerte aussi sur les risques que fait peser l'allègement de certains contrôles internes sur la fiabilité des informations fournies. À titre d'exemple, une prestation de retraite nouvellement attribuée sur sept a été affectée d'au moins une erreur financière en 2021. De la même manière, un quart des montants des primes d'activité versées en 2021 correspond à une erreur liée à des données déclaratives non corrigées. Au total, la Cour estime que « *les valeurs des indicateurs de risque financier résiduel s'éloignent de plus en plus des objectifs d'amélioration fixés par les conventions d'objectifs et de gestion avec l'État pour la période 2018-2022* ».

- En outre, dans son rapport de 2021, le Conseil d'État constate une « *adaptation variable aux enjeux et aux garanties du monde numérique* » ⁽²⁾. Il cite l'exemple de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), qui utilise, depuis 2010, « *des outils de data mining visant à vérifier la situation globale des allocataires et, le cas échéant, à détecter des situations de fraude* ». L'Urssaf Caisse nationale utilise également, depuis 2014, l'analyse des risques de fraude à partir des données disponibles dans les systèmes d'information.

- Le Conseil d'État souligne également que les Urssaf et les caisses de sécurité sociale « *ne disposent d'aucun pouvoir permettant de surmonter un éventuel refus d'accès à des locaux privés lors d'un contrôle administratif* » ⁽³⁾. En effet, si le code de la sécurité sociale ⁽⁴⁾ prévoit bien une obligation, pour les cotisants, de recevoir les agents de contrôle, cela ne concerne que les contrôles relatifs au recouvrement et non ceux relatifs aux contrôles des prestations sociales.

- La lutte contre les fraudes réalisées par des sociétés dites « éphémères » apparaît également comme un enjeu central pour les autorités en charge du contrôle. Ces entreprises sont créées pour servir de structures à des fraudes multiples et ont vocation à disparaître rapidement, au premier signal de contrôle. Une fois repérées, ces sociétés éphémères peuvent engager une liquidation amiable, avec une date rétroactive à date de constat de travail illégal. Selon l'Urssaf Île-de-France ⁽⁵⁾, 57 millions d'euros auraient ainsi été éludés dans cette région entre juillet 2021 et juillet 2022.

(1) Cour des comptes, « Certification des comptes du régime général de la sécurité sociale », exercice 2021, mai 2022 (p. 23).

(2) Conseil d'État, « Les pouvoirs d'enquête de l'administration », étude réalisée à la demande du Premier ministre, avril 2021 (pp. 183-184).

(3) Ibid. (p. 163).

(4) Article L. 243-11 du code de la sécurité sociale.

(5) Présentation devant le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale, 8 septembre 2022.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ : UN ACCROISSEMENT DES COMPÉTENCES DES ACTEURS EN CHARGE DE LA LUTTE CONTRE LA FRAUDE SOCIALE ET DES DROITS DE COMMUNICATION ENTRE CES AUTORITÉS

A. AUTORISER LES GREFFIERS DE TRIBUNAUX DE COMMERCE À COMMUNIQUER DES INFORMATIONS EN CAS DE SUSPICION DE FRAUDE SOCIALE

Le 3^o du I prévoit d'ajouter un alinéa à l'article L. 114-16 du code de la sécurité sociale. Cet article vise notamment à assurer une communication entre les organismes de protection sociale et l'autorité judiciaire, à l'occasion d'une procédure judiciaire. Il s'agit donc d'ajouter un alinéa précisant que « *les greffiers des tribunaux de commerce peuvent également communiquer, à titre gratuit, aux agents mentionnés à l'article L. 114-16-3, tout renseignement et tout document qu'ils recueillent à l'occasion de l'exercice de leurs missions, de nature à faire présumer de telles fraudes ou manœuvres* ».

En effet, toute entreprise est tenue, au moment de sa constitution, d'éventuelles modifications ou de sa disparition, de faire des déclarations au greffe d'un tribunal de commerce, en y joignant certaines pièces justificatives⁽¹⁾. Le greffier a la possibilité de vérifier, à tout moment, la conformité de ces inscriptions⁽²⁾.

Les greffiers des tribunaux de commerce constituent donc des acteurs particulièrement centraux dans la détection d'éventuelles remises de faux documents. Ils peuvent également suspecter des situations de fraudes en cas de modifications fréquentes de statut ou de changements de sièges sociaux, des cessions de parts sociales multiples avant liquidations judiciaires, par exemple. Toutes ces situations peuvent constituer des indices laissant présumer la possible existence d'une fraude. Cela concerne en particulier les cas de plus en plus fréquents des « entreprises éphémères » mentionnées plus haut. Depuis la loi de finances pour 2022⁽³⁾, les greffiers des tribunaux de commerce ont déjà cette possibilité de communication de documents avec l'administration fiscale et celle des douanes⁽⁴⁾.

Il apparaît donc désormais indispensable que la loi autorise les greffiers des tribunaux de commerce à communiquer les documents qui peuvent laisser présager d'une fraude sociale, en particulier dans le cas de travail dissimulé ayant vocation à compromettre le recouvrement de cotisations et contributions sociales.

(1) Articles R. 123-31 à R. 123-77 du code de commerce.

(2) Article R. 123-100 du code de commerce.

(3) Article 146 de la loi n° 2021-1900 du 30 décembre 2021 de finances pour 2022.

(4) Article L. 101 A du livre des procédures fiscales.

B. SIMPLIFIER LES PROCÉDURES DE SANCTION DANS LES BRANCHES VIEILLESSE, FAMILLE ET MALADIE

Le 4° du I vise à modifier l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, qui définit les situations dans lesquelles le directeur d'une caisse versant des prestations de la branche famille ou vieillesse peut prononcer des sanctions administratives, qu'il s'agisse d'avertissements ou de pénalités. Il s'agit de répondre aux cas de manquement des assurés et de tous les autres acteurs, ces manquements pouvant aller jusqu'à des cas de fraudes sociales.

Ces procédures sont régulièrement utilisées et représentent, pour chaque branche concernée, des montants redressés par cette voie. Il est possible de constater que la branche maladie se distingue par un nombre faible de procédures, mais permettant de redresser des montants importants, alors que la branche famille a connu un nombre total de procédures élevé et donc des montants redressés également élevés, contrairement à la branche vieillesse dans laquelle les procédures et montants redressés sont faibles.

NOMBRE ET MONTANT DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES PRONONCÉES PAR LA BRANCHE MALADIE

Pénalités financières prononcées	Nombre total	Montant total
2019	3 385	9,9 millions d'euros
2020	1 523	4,2 millions d'euros
2021	2 203	8 millions d'euros

NOMBRE ET MONTANT DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES PRONONCÉES PAR LA BRANCHE FAMILLE

Pénalités financières prononcées	Nombre total	Montant total
2019	30 322	20,5 millions d'euros
2020	23 221	15,47 millions d'euros
2021	26 117	17,95 millions d'euros

NOMBRE ET MONTANT DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES PRONONCÉES PAR LA BRANCHE VIEILLESSE

Pénalités financières prononcées	Nombre total	Montant total
2019	737	431 002 euros
2020	1 523	341 001 euros
2021	2 203	575 580 euros

Source : réponses du ministère de la santé et de la prévention au questionnaire de la rapporteure générale.

Ainsi, le 4° du I propose de supprimer, dans un objectif d'alignement avec la procédure applicable à la branche maladie, plusieurs dispositions en vigueur pour les branches famille et vieillesse. Seraient ainsi supprimés :

- la notification, par le directeur de l'organisme concerné, du montant envisagé de la pénalité et de faits reprochés, à la personne en cause ainsi que les observations que cette dernière peut faire dans un délai d'un mois, à l'issue duquel le directeur peut prononcer la pénalité et la notifier à l'intéressé ;

– le recours gracieux que la personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, auprès du directeur qui statue après l’avis d’une commission composée et constituée au sein du conseil d’administration de l’organisme. La suppression de ce recours s’inscrit dans le cadre du constat selon lequel il est récurrent que, parallèlement à leur recours gracieux, après la première décision du directeur, les assurés saisissent dans le même temps le tribunal judiciaire afin de contester la même sanction, sans attendre que la procédure de recours préalable auprès du directeur de caisse ne soit achevée et sans que celle-ci soit interrompue. Or, en cas de rejet du recours gracieux, le juge devra de nouveau être saisi par la personne qui entend poursuivre sa contestation. À l’inverse, en cas d’admission du recours gracieux, des recours devenus sans objet sont la source d’encombrement des tribunaux. Il s’agit donc de n’ouvrir désormais (en une seule fois) qu’une seule et même voie de contestation à l’assuré, celle du pôle social du tribunal judiciaire territorialement compétent, qu’après la décision définitive du directeur de caisse notifiée, afin d’éviter la multiplication et l’imbrication des procédures contentieuses ;

– la possibilité de contester la mesure de sanction devant le tribunal judiciaire spécialement désigné ;

– la possibilité, pour le directeur de l’organisme, de mettre en demeure la personne concernée en cas d’absence de paiement dans le délai prévu puis, en cas de non-paiement, la contrainte que le directeur peut prononcer, à défaut d’opposition devant le tribunal judiciaire ;

– la possibilité de recouvrer la pénalité par retenues sur les prestations à venir ;

– l’application des règles de prescriptions encadrées par l’article 2224 du code civil aux faits pouvant donner lieu à une pénalité.

En outre, le 4° du **I** supprime la mention, dans cet article, de l’article L. 262-53 du code de l’action sociale et des familles, abrogé par l’article 58 de la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l’emploi.

Enfin, le 5° du **I** propose de modifier l’article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale qui régit la procédure de sanction pour la branche de l’assurance maladie. Le **a** du 5° du **I** vise à supprimer la mention du fait qu’en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration, le montant de la pénalité ne peut être inférieur au montant des sommes concernées, majoré d’une pénalité dont le montant est fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est proposé d’y substituer un nouvel alinéa ainsi rédigé : « le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits. »

En parallèle, le **b** du 5° du **I** propose de créer un nouvel article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale, regroupant les IV et V de l’article L. 114-17-1, devenant les I et II du nouvel article. Le **c** du 5° du **I** propose de modifier le IV

devenu I de ce nouvel article L. 114-17-2 pour remplacer le premier alinéa par un nouvel alinéa précisant que « le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 114-17 ou à l'article L. 114 17-1 notifie la description des faits reprochés à la personne physique ou morale qui en est l'auteur afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire ». À l'expiration de ce délai, la procédure reste inchangée par rapport à celle précisée dans l'article L. 114-17-1.

Le *c* du 5° du I procède ensuite à des ajustements rédactionnels et modifie le neuvième alinéa, qui concerne le paiement des pénalités par retenues sur les prestations à venir. La seconde phrase de cet alinéa deviendrait la suivante : « Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des dispositions des articles L. 553-2 et L. 845-3 et de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des dispositions des articles L. 355-2 et L. 815-10 et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance maladie aux assurés sociaux, des dispositions de l'article L. 133-4-1. » Il s'agit d'une précision permettant de distinguer les différentes prestations concernées, dans la mesure où l'article en vigueur prévoit seulement qu'il « est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1 ». Enfin, le *c* du 5° du I propose de supprimer le dernier alinéa de l'ancien IV (devenu I du nouvel article L. 114-17-2), dont les dispositions ont été ajoutées au III de l'article L. 114-17-1, concernant l'impossibilité de recourir concurremment au dispositif de pénalité prévu par cet article et aux procédures conventionnelles qui viseraient à sanctionner les mêmes faits.

Le *d* du 5° du I propose de modifier le V (devenu le II du nouvel article L. 114-17-2), pour en simplifier la rédaction au premier paragraphe et préciser que la référence au 3° du I concerne l'article L. 114-17-1 et que le V est devenu II, pour tirer les conséquences de la création du nouvel article L. 114-17-2. De la même manière, le *e* du 5° du I procède à la même modification pour le second alinéa du VI et le 1° du VII.

Le *f* du 5° du I vise à augmenter les plafonds des montants des pénalités, prévus au 2° du VII de l'article L. 114-7-1 du code de la sécurité sociale, en cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire. Ces plafonds passeraient :

- de 200 % à 300 % des sommes concernées si celles-ci ont pu être établies ;
- de quatre à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, à défaut de sommes déterminées.

Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le *f* du 5° du I prévoit de passer ces plafonds :

- de 300 % à 400 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

– et jusqu’à seize fois (au lieu d’une limite de huit fois) le plafond mensuel de la sécurité sociale.

C. ACCROÎTRE LES DROITS DE COMMUNICATION PAR DES TIERS AUX AGENTS CHARGÉS DE RECOUVREMENT DE CRÉANCES ISSUES DE TRAVAIL ILLÉGAL

Le travail dissimulé, lorsqu’il est constaté, peut entraîner la nécessité de recouvrer des créances, ce qui peut s’avérer très complexe en raison notamment de la disparition ou de l’insolvabilité des entreprises concernées. Des avancées récentes ont permis de commencer à offrir des outils adéquats aux agents chargés du recouvrement de ces créances, en particulier la loi du 23 octobre 2018 ⁽¹⁾, qui permet de leur donner accès aux fichiers des comptes bancaires de la direction générale des finances publiques, par l’intermédiaire du fichier national des comptes bancaires et assimilés (Ficoba), géré par l’administration fiscale.

En outre, les agents du recouvrement d’indus de prestations d’autres branches et ceux de l’administration fiscale en charge du recouvrement de l’impôt ont la possibilité d’interroger les banques sur les soldes des comptes détenus par les débiteurs. Ce n’est pas le cas des agents en charge du recouvrement des créances nées après le constat d’une infraction de travail dissimulé.

Ainsi, le **a** du **6°** du **II** propose de modifier l’article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, qui définit les agents habilités à obtenir des informations, sans que s’y oppose le secret professionnel. Il s’agit donc d’ajouter un 4°, pour y inclure les « agents des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 [du code de la sécurité sociale] et à l’article L. 725-3 du code rural et de la pêche maritime pour le recouvrement des créances relatives à une infraction aux interdictions de travail dissimulé prévues à l’article L. 8221-1 du code du travail ». Pour rappel, l’article L. 213-1 du code de la sécurité sociale définit le rôle des Urssaf et l’article L. 752-4 celui des caisses générales de sécurité sociale.

Cette proposition rejoint celle formulée par la Cour des comptes dans un référé daté de février 2022 ⁽²⁾, dans lequel elle constatait, au-delà du seul travail dissimulé, un accroissement des situations de détournement de virements dans la sphère sociale (4 milliards d’euros en 2020). Elle demandait donc à ce que les travaux initialement prévus visant à permettre aux organismes de protection sociale d’interroger le système Ficoba puissent aboutir.

D’après les réponses fournies à la rapporteure générale par le ministère de la santé et de la prévention, ce projet a connu un fort ralentissement depuis 2018, notamment en raison des difficultés, rencontrées par la direction générale des finances publiques (DGFIP), dans la mise en place d’une nouvelle plateforme

(1) Article 6 de la loi n°2018-898 du 23 octobre 2018 relative à la lutte contre la fraude.

(2) Cour des comptes, référé, « Lutte contre la fraude à l’identité bancaire dans le domaine de la protection sociale », Réf : S2022-0176, 9 février 2022 <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/59666>

technique qui devait permettre la modernisation de son système d'information. À la fin de l'année 2019, la DGFIP a proposé une nouvelle option technique consistant en des échanges synchrones par le biais d'une interface applicative de programmation (API). L'API FICOBA a l'avantage de permettre aux organismes éligibles d'accéder aux coordonnées bancaires d'un usager afin d'intégrer et de valider ces données dans leur système d'information. Cette option qui permet un contrôle automatique des coordonnées bancaires a été choisie par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) ⁽¹⁾. Les travaux techniques ont donc pu reprendre dans les autres organismes de protection sociale ⁽²⁾ sous l'égide de la direction de la sécurité sociale et de la Cnav. Une ouverture du service serait envisagée en fin d'année.

D. ÉTENDRE LES POSSIBILITÉS D'INTERCONNEXION DES DONNÉES DANS LE RÉGIME AGRICOLE

Les caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) sont confrontées, comme toutes les autres, aux conséquences négatives de l'essor de l'économie numérique, conduisant à accroître le risque que des activités réalisées sur des plateformes numériques ne donnent pas lieu à des déclarations ou seulement à des sous-déclarations.

Des évolutions récentes ont permis de renforcer les compétences des agents du contrôle du recouvrement des cotisations sociales du régime général et du régime agricole (LFSS 2016), en leur permettant de se voir communiquer des renseignements détenus par des tiers, y compris des plateformes numériques, sur des personnes préalablement identifiées.

Toutefois, depuis la LFSS 2021, seul le réseau des Urssaf est autorisé à interconnecter les données obtenues par la voie de ce droit de communication avec ses propres données, détenues dans son système d'information, sans qu'une telle possibilité soit prévue à destination du régime agricole.

Le **b** du **6°** du **III** prévoit donc d'ajouter, au cinquième alinéa (devenu le 6° après la modification prévue au **a** du **6°** du **II**) de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale (qui prévoit ce droit d'interconnexion), les organismes mentionnés à l'article L. 723-2 du code rural et de la pêche maritime, c'est-à-dire les caisses de la Mutualité sociale agricole.

Ainsi, les agents de contrôle pourront user de leur droit de communication non nominatif pour solliciter, auprès des opérateurs de plateformes, des données sur leurs utilisateurs et notamment les listes des transactions qu'ils réalisent *via* ces plateformes.

(1) Celle-ci pilote le projet de raccordement pour l'ensemble de la sécurité sociale, au travers de son concentrateur de données, le DGE. L'API a été effectivement mise à disposition de la Cnav en juillet 2022.

(2) Acoss, Cnam, Cnaf, PE et MSA.

Ces données pourront être croisées avec les bases des cotisants déjà connus par la MSA. En particulier, cela permettra d'établir des profils de cotisants (employeurs de main-d'œuvre ou non-salariés agricoles) qui pourraient être appelés à relever du régime agricole, au regard de faisceaux d'indices concordants obtenus par l'exercice du droit de communication⁽¹⁾. Or, cette confirmation (ou non) d'une éventuelle dissimulation d'emploi salarié ou d'activité non salariée, repose sur une interconnexion avec les bases cotisants des caisses de MSA.

E. CLARIFIER LES PRÉROGATIVES DES AGENTS DU CONTRÔLE ET ATTRIBUER DES COMPÉTENCES DE POLICE JUDICIAIRE, NOTAMMENT DE CYBERENQUÊTE, AUX ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE ET À L'INSPECTION DU TRAVAIL

Nécessairement multiforme, la fraude sociale nécessite, de la part des autorités en charge, une adaptation permanente, pour trouver de nouvelles méthodes de détection. Les organismes de protection sociale et l'inspection du travail se sont mobilisés pour trouver détecter et mettre fin aux fraudes dites « à enjeux », c'est-à-dire mettant en cause des montants importants et faisant appel à des montages sophistiqués, dans la lignée du plan interministériel de lutte contre la fraude sociale.

1. Une clarification des prérogatives des agents chargés du contrôle

Le **I** prévoit d'abord de préciser les compétences des agents chargés du contrôle et notamment des constatations établies par eux. Le **1°** du **I** propose ainsi de modifier l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale pour préciser que « les constatations établies à cette occasion par ces agents font foi jusqu'à preuve du contraire ». Cette rédaction vient préciser la formulation en vigueur, selon laquelle « ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire ».

Dans le même esprit, le **2°** du **I** propose une autre modification de l'article L. 114-10 afin de préciser que les constatations établies par un agent de contrôle habilité par le directeur de son organisme pour réaliser des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires font « foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa et le directeur de ce dernier organisme tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

Enfin, dans un but de coordination, le **3°** du **I** vise à modifier l'article L. 110-10-1 du code de la sécurité sociale qui encadre les contrôles réalisés pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes

(1) Volumes d'activité/ de transactions, nature de l'activité exercée, accomplissement de certaines déclarations auprès d'organismes laissant à penser que l'activité est exercée à titre professionnel, etc.

branches et régimes de la sécurité sociale. À ce titre, il s'agit de préciser que « les constatations que ces agents transmettent à un autre organisme de protection sociale font foi dans les mêmes conditions que celles mentionnées au premier alinéa de l'article L. 114-10 ».

2. L'attribution de prérogatives de police judiciaire à certains agents chargés du contrôle

Plus substantiellement, afin de permettre à ces agents de développer une action mieux structurée contre cette fraude à enjeux, il est nécessaire de continuer à leur offrir les compétences adaptées. Il apparaît en particulier pertinent d'attribuer aux agents de contrôle de nouveaux pouvoirs de police judiciaire d'enquête, et notamment de cyberenquête, en lien avec les recommandations formulées par le Conseil d'État dans son étude de 2021 susmentionnée.

Pour cela, le 7° du II prévoit l'ajout, dans le chapitre IV *ter* du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, d'une section 3, intitulée « Recherche et constatation des infractions ».

Il serait ainsi ajouté un article L. 114-22-3 qui autoriserait, dans son I, les agents de contrôle mentionnés aux articles L. 114-10 (agents de contrôle des organismes chargés d'un régime obligatoire ou du service des allocations et prestations mentionnées dans le code de la sécurité sociale), L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime (agents de contrôles des branches des régimes des non-salariés et salariés agricoles) et L. 5312-13-1 du code du travail (agents de Pôle emploi) à « rechercher et constater les infractions mentionnées aux articles 313-1, 313-2, 313-3, 441-1, 441-6 et 441-7 du code pénal lorsqu'elles portent préjudice aux organismes de protection sociale ». Pour rappel, les articles mentionnés du code pénal concernent l'escroquerie, le faux, l'établissement de fausses attestations ou certificats et la falsification de l'un de ces documents. En outre, ces agents pourraient exercer ces missions sur l'ensemble du territoire national et faire constater ces infractions par l'intermédiaire de procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. Ils sont transmis au procureur de la République.

Le II de l'article L. 114-22-3 autoriserait ces mêmes agents, pour les infractions mentionnées précédemment et commises par voie électronique, de procéder à plusieurs actes, sous pseudonyme et sans risquer d'être pénalement mis en cause :

– la participation à des échanges électroniques, « y compris avec les personnes susceptibles d'être les auteurs de ces infractions » ;

– l'extraction ou la conservation de données concernant les personnes qui seraient susceptibles d'être les auteurs de ces infractions ainsi que tout élément de preuve.

Ces actes ne peuvent toutefois inciter à commettre une infraction.

Le **III** de l'article L. 114-22-3 autoriserait ces mêmes agents à se voir communiquer « tout renseignement, toute justification » qui pourrait être nécessaire à l'accomplissement de leur mission. Si ces documents sont constitués par des données informatisées, cet article leur permettrait également d'avoir accès aux logiciels et aux données stockées. Ces agents pourraient également en demander la transcription sous une forme qui leur paraîtrait la plus appropriée.

Le **IV** de l'article L. 114-22-3 permettrait enfin à ces agents de procéder à des auditions de toute personne qui s'avérerait utile à l'enquête. Un procès-verbal devrait être dressé afin de synthétiser les questions auxquelles il aurait été répondu. Ce procès-verbal doit être relu et signé par la personne concernée, après avoir eu la possibilité d'y faire des observations.

Le **V** de l'article L. 114-22-3 précise que les conditions d'application dudit article seraient fixées par décret en Conseil d'État.

En parallèle, le **II** propose d'introduire un nouvel article L. 8271-6-5 dans la section 1 du chapitre I^{er} du titre **VII** du livre **II** de la huitième partie du code du travail, ce chapitre étant consacré aux compétences des agents de l'inspection du travail en matière de contrôle du travail illégal.

Ce nouvel article permettrait, aux fins de constater les infractions de travail illégal commises par voie électronique, à d'autres agents que ceux mentionnés I du nouvel article L. 114-22-3 du code de la sécurité sociale de réaliser les mêmes actions sans être pénalement responsables. Il s'agit des :

– agents de l'inspection du travail habilités à cet effet par arrêté du ministre la justice et du ministre chargé de l'emploi ;

– agents de contrôle des organismes de sécurité sociale et des caisses de Mutualité sociale agricole agréés à cet effet et assermentés⁽¹⁾ ;

– agents de Pôle emploi, chargés de la prévention des fraudes, agréés et assermentés à cet effet⁽²⁾.

Le **III** procède à une modification au **II** de l'article 13-2 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, afin d'étendre l'application de ces dispositions à Saint-Pierre-et-Miquelon. Il s'agit des sections 2 et 3 du chapitre *IV ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. La section 2 était d'ores et déjà incluse, correspondant à l'application des articles L. 114-9 à L. 114-22 du code de la sécurité sociale, et il s'agit donc d'y inclure la section 3 nouvellement créée.

(1) 4° de l'article L. 8271-1-2 du code du travail.

(2) 8° de l'article L. 8271-1-2 du code du travail.

Enfin, le **IV** vise, outre une évolution rédactionnelle, à modifier le II de l'article 23-2 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, afin de prendre en compte la création d'un nouvel article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale et de l'appliquer à Mayotte.

*

* *

Article 42

Extension des procédures de déconventionnement à d'autres catégories de professionnels de santé

Adopté par la commission sans modification

Cet article étend les procédures de déconventionnement, en urgence ou d'office, aux pharmaciens, aux prestataires de services et aux distributeurs de matériel ainsi qu'aux transporteurs sanitaires et aux taxis conventionnés, en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels ou ayant entraîné un préjudice financier majeur pour l'assurance maladie. Ces dispositions, qui existent déjà pour les professionnels de santé libéraux, devraient permettre à l'assurance maladie de limiter ses préjudices financiers à hauteur de 5 millions d'euros par an minimum.

I. LA SITUATION ACTUELLE

Lorsque l'assurance maladie constate un manquement grave à ses obligations de la part d'un professionnel de santé ou d'une entreprise (facturations abusives, escroquerie, etc.), celle-ci a la possibilité de prononcer son déconventionnement ⁽¹⁾. En d'autres termes, les actes de ces professionnels de santé, dont les honoraires deviennent libres, ne sont quasiment plus remboursés par l'assurance maladie ⁽²⁾.

Cette procédure peut être mise en œuvre rapidement : « en cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. » ⁽³⁾ De tels manquements peuvent alors justifier en outre le dépôt d'une plainte pénale.

L'article 94 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 a renforcé l'arsenal juridique en instaurant une procédure de déconventionnement d'office en cas de récidive : « *lorsqu'un professionnel de santé fait l'objet, pour la seconde fois sur une période de cinq ans, d'une sanction ou d'une condamnation devenue définitive, la caisse primaire d'assurance maladie suspend d'office les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations.* » ⁽⁴⁾ Un décret en Conseil d'État doit prochainement en préciser les conditions et les modalités d'application.

(1) Article 104 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, précisé par le décret n° 2020-1465 du 27 novembre 2020.

(2) Le remboursement de l'assurance maladie est alors fondé sur un tarif d'autorité dont le montant est très inférieur à la base de remboursement pour les professionnels conventionnés : 0,61 euro chez un médecin généraliste et 1,22 euro chez un spécialiste (médecins secteur 3).

(3) Article L. 162-15-1 du code de la santé publique.

(4) Id.

Toutefois, le dispositif actuel ne concerne que les professionnels de santé libéraux et, depuis la LFSS 2022, les centres de santé, ce qui exclut un certain nombre d'acteurs majeurs du système de santé.

II. LE DISPOSITIF PROPOSÉ

Le présent article étend les possibilités de déconventionner en urgence ou d'office les professionnels de santé autres que libéraux en cas de manquement grave à leurs engagements conventionnels ou ayant entraîné un préjudice financier majeur pour l'assurance-maladie, suivant les recommandations de la Cour des comptes ⁽¹⁾. Sont ainsi visés les pharmaciens titulaires d'officine (1^o), les prestataires de services et distributeurs de matériel (2^o) ⁽²⁾ et les transporteurs sanitaires et les taxis conventionnés (3^o).

Il s'agit ainsi de donner aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) la faculté de pouvoir agir de manière accélérée en amont ou en aval d'une décision de justice, *via* des procédures simplifiées – sans passage devant une commission paritaire locale – afin de faire cesser rapidement une fraude d'un professionnel de santé tout en limitant le préjudice financier pour l'assurance maladie.

Il convient de préciser que la présente mesure élève au niveau de la loi la procédure normale de déconventionnement qui existe déjà au niveau conventionnel pour chacune des catégories de professionnels précitées, ce qui permettra de la sécuriser juridiquement.

Le gain attendu de cette mesure est estimé à au moins 5 millions d'euros chaque année, sur la base d'une réduction de 10 % du préjudice financier subi par l'assurance maladie grâce au déconventionnement plus rapide des pharmaciens, des prestataires de services et des distributeurs de matériel et des transporteurs.

*

* *

(1) *Cour des comptes, La lutte contre la fraude aux prestations sociales, rapport à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020.*

(2) *Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) fournissent des dispositifs médicaux et des aides techniques aux personnes malades, ou présentant un handicap, et vivant à leur domicile. La distribution de ces équipements – appareils respiratoires, lits médicalisés, fauteuils roulants, etc. – peut s'accompagner de prestations variées : simple livraison, télé-suivi du traitement, etc. Le matériel et les prestations sont remboursés par l'assurance maladie s'ils font l'objet d'une prescription médicale et s'ils figurent sur la liste des produits et prestations remboursables.*

Article 43

Limitation des arrêts de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation afin d'éviter les abus

Adopté par la commission avec modifications

Cet article encadre l'indemnisation des arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une téléconsultation aux arrêts prescrits par le médecin traitant du patient ou lorsque le patient a consulté le médecin prescripteur au cabinet ou à domicile dans les douze mois qui précèdent la prescription de l'arrêt. Cette mesure devrait permettre à l'assurance maladie de faire 47,5 millions d'euros d'économies par an.

I. LA SITUATION ACTUELLE

A. LE RÉGIME D'INDEMNISATION DES ARRÊTS DE TRAVAIL

Les arrêts de travail peuvent donner lieu au versement d'indemnités journalières (IJ) par l'assurance maladie dès lors que l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail est constatée par un médecin ou une sage-femme ⁽¹⁾. Les IJ ne sont versées qu'à l'issue d'un délai de carence d'un jour dans le secteur public et de trois jours dans le secteur privé.

Afin de se voir verser les indemnités journalières, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé, un avis d'arrêt de travail au moyen d'un formulaire homologué, comportant la signature du médecin ⁽²⁾.

Ce régime s'applique tant pour les arrêts maladie prescrits à la suite d'une consultation en présentiel que pour les arrêts maladie prescrits à la suite d'une téléconsultation. Il convient de rappeler que les téléconsultations ont fait l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) depuis le début de la crise sanitaire jusqu'au 30 septembre dernier. Désormais, elles sont remboursées comme les consultations classiques à hauteur de 70 % par l'AMO, les 30 % restants (ticket modérateur) et les éventuels dépassements d'honoraires étant à la charge de l'assuré ou de sa complémentaire santé.

(1) Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale. Cet article limite cette prérogative au médecin traitant. Il s'agit d'une disposition obsolète qui est rectifiée par le présent article puisque tout médecin peut prescrire un arrêt de travail.

(2) Article L. 321-2 du code de la sécurité sociale.

B. L'AUGMENTATION DES PRESCRIPTIONS D'ARRÊTS DE TRAVAIL À LA SUITE D'UNE TÉLÉCONSULTATION AVEC UN MÉDECIN NON TRAITANT

- En 2021, 13,2 millions d'arrêts de travail prescrits ont donné lieu à une indemnisation au régime général. Parmi ces arrêts, 595 000 sont issus d'une téléconsultation, soit 4,5 % du total des arrêts de travail. Malgré sa progression, le recours aux téléconsultations pour obtenir un arrêt de travail demeure donc relativement marginal.

Toutefois, les arrêts de travail prescrits par un médecin non traitant à la suite d'une téléconsultation ont fortement augmenté depuis plusieurs mois. 27 % des arrêts de travail issus d'une téléconsultation, soit 160 000 (1,2 % de l'ensemble des arrêts de travail en 2021), sont prescrits par un médecin qui n'est pas le médecin traitant de l'assuré.

Selon l'étude d'impact, « une étude menée par la Cnam sur une plateforme de téléconsultation montre une croissance exponentielle de la quantité d'indemnités journalières prescrites par la plateforme concernée. Des augmentations de + 100 % ont été constatées entre 2021 et 2020, accroissement qui se vérifie en 2022 avec de nouveau une hausse de 100 % sur le premier trimestre 2022 par rapport à 2021. Il est également noté un accroissement de la durée des arrêts. 75 % des arrêts de travail prescrits par cette plateforme ne sont accompagnés d'aucun autre soin remboursé (pas de médicament ni analyses biologiques ni séances de kinésithérapie par exemple). »

- En 2021, les IJ maladie faisant suite à une téléconsultation réalisée par un médecin autre que le médecin traitant ont représenté 95 millions d'euros. Selon le Gouvernement, les patients qui en ont bénéficié ont le même profil que le reste des assurés. Il en déduit qu'il n'existe pas une utilisation plus importante de la téléconsultation dans ce cadre pour des raisons liées à une moindre disponibilité des médecins traitants dans les zones sous-denses. Le volume de prescriptions d'indemnités journalières après une téléconsultation a triplé en quelques mois, passant de 30 000 en août 2021 à 92 000 en janvier 2022.

II. LE DROIT PROPOSÉ

- Afin de limiter les risques d'abus, le présent article a pour objectif d'encadrer l'indemnisation des arrêts de travail prescrits au cours d'une téléconsultation aux seuls arrêts prescrits par le médecin traitant du patient ou lorsque le patient a consulté le médecin prescripteur au cabinet ou à domicile dans l'année qui précède la prescription de l'arrêt. Il est ainsi créé un nouvel article L. 321-1-1 au sein du code de la sécurité sociale, qui consacre la nouvelle limite proposée par la mesure (2° du I). Une disposition miroir est également prévue à l'article L. 433-1 du même code pour appliquer cette règle aux arrêts de travail liés à des accidents du travail et des maladies professionnelles (3° du I).

En dehors de ces cas, les patients pourront continuer à obtenir par téléconsultation un arrêt de travail mais celui-ci n'ouvrira pas droit à des indemnités journalières. Pour pouvoir en bénéficier, les patients pourront toujours consulter en cabinet ou à domicile leur médecin traitant ou tout autre médecin.

Par ailleurs, l'article L. 321-1, relatif aux règles de prise en charge des arrêts de travail, est rectifié pour corriger une disposition obsolète (1° du I).

- Le présent article ne s'appliquera qu'aux arrêts de travail prescrits à compter à partir du 1^{er} juin 2023 (II). La mise en œuvre de cette mesure implique des évolutions de systèmes d'information, notamment du téléservice relatif à la déclaration d'arrêt de travail par le médecin ainsi que du formulaire sur lequel le médecin devra mentionner si l'arrêt de travail est réalisé à la suite d'une téléconsultation ou une consultation.

Des contrôles pourront être engagés afin de rechercher en cas d'arrêts prescrits par un médecin différent du médecin traitant la présence d'une téléconsultation dans les dépenses de frais de santé. Ils pourront déclencher, le cas échéant, les procédures de sanction prévues dans la convention médicale.

- Faisant l'hypothèse que la présente mesure permettra de diviser par deux les arrêts de travail indemnisés prescrits après téléconsultation par un médecin non traitant, le Gouvernement anticipe une économie de 47,5 millions d'euros par an.

*

* *

Article 44

Permettre aux caisses d'assurance maladie d'évaluer des indus par extrapolation des résultats de contrôles sur des échantillons de factures

L'article 44 vise à renforcer les outils à la disposition des caisses locales d'assurance maladie lorsqu'elles constatent des irrégularités lors des contrôles effectués sur l'activité des professionnels de santé et structures bénéficiant des remboursements de l'assurance maladie.

Le volume des actes, biens et prestations remboursés est tel que les caisses n'ont matériellement pas la possibilité de tout contrôler. Cependant, les contrôles effectués leur permettent parfois de détecter des irrégularités qui relèvent d'un comportement systématique de la part du professionnel ou de la structure contrôlée. Dans cette situation, la caisse peut parfois estimer la valeur totale de l'indu en procédant par échantillonnage et extrapolation, mais elle ne peut en aucun cas le récupérer.

L'article 44 vise à remédier à cette difficulté en prévoyant que les caisses peuvent, lorsqu'elles détectent des irrégularités, fixer forfaitairement l'indu en procédant par extrapolation, au terme d'une procédure contradictoire au cours de laquelle les parties pourront transiger sur un montant à reverser.

Il s'agit ainsi d'accroître les sommes récupérées par l'assurance maladie face à des fraudes, mais aussi d'optimiser les moyens humains des caisses en leur donnant des outils qui leur permettront de récupérer rapidement ces sommes, sans entrer dans de longues procédures contentieuses.

I. LE DROIT EXISTANT

A. LE CONTRÔLE DES CAISSES SUR LA FACTURATION DES ACTES ET PRESTATIONS EST NÉCESSAIREMENT PARTIEL

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale prévoit les circonstances et conditions selon lesquelles les caisses de sécurité sociale peuvent intervenir lorsqu'elles repèrent des irrégularités dans l'application des règles de tarification, de distribution et de facturation des actes, biens et prestations remboursées par la sécurité sociale.

Ces contrôles concernent l'ensemble des professionnels de santé et des structures qui bénéficient des remboursements de la sécurité sociale : pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, fournisseurs de dispositifs médicaux et transporteurs.

En cas d'irrégularité constatée, l'article L. 133-4 prévoit que les caisses de sécurité sociale recouvrent l'indu auprès du professionnel de santé ou de la structure concernée, dans un délai de trois ans à compter de la date de paiement de la somme indue. Une procédure contradictoire est prévue, au cours de laquelle les intéressés peuvent présenter leurs observations ou contester les sommes réclamées, y compris en déposant un recours devant le tribunal judiciaire.

Cependant, l'étude d'impact annexée au présent projet de loi souligne que les sommes récupérées à l'occasion de ces contrôles sont nécessairement limitées au regard du préjudice subi par la sécurité sociale. En effet, le volume des actes, prestations et biens financés par la sécurité sociale est tel que les caisses ne peuvent en contrôler qu'une petite proportion. Or, l'étude d'impact souligne qu'une interprétation stricte de l'article L. 133-4 par les juridictions civiles conduit à n'autoriser que la récupération des indus prouvés par la production des facturations en cause, même lorsqu'il existe des raisons sérieuses de penser que le préjudice subi est bien plus important.

B. LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE PAR ÉCHANTILLONNAGE ET EXTRAPOLATION A SES LIMITES

L'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale acte l'impossibilité de contrôler l'ensemble de l'activité des pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, fournisseurs de dispositifs médicaux et transporteurs sanitaires. Pour faciliter ce contrôle, il autorise le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures dépasse un seuil fixé par décret, à les contrôler sur la base d'un échantillon, à partir duquel l'indu est évalué par extrapolation.

Dans cette situation, le directeur de la caisse locale est alors habilité à prononcer une pénalité financière qui est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, et peut être supprimée, majorée ou minorée selon la gravité des faits.

Cependant, cette pénalité ne correspond pas au montant de l'indu ; cette procédure n'autorise pas les caisses locales à récupérer l'indu évalué. En outre, elle n'est applicable qu'aux structures dépassant un certain seuil de chiffre d'affaires, et pas aux professionnels de santé.

En l'état actuel de la législation, les caisses de sécurité sociale ne sont ainsi pas suffisamment outillées pour récupérer les sommes versées indûment.

II. LE DROIT PROPOSÉ

A. PERMETTRE AUX CAISSES DE DÉTERMINER FORFAITAIREMENT L'INDU EN PROCÉDANT PAR EXTRAPOLATION

L'article 44 complète l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale en vue de prévoir la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de recouvrer un indu « fixé forfaitairement, par extrapolation à tout ou partie de l'activité donnant lieu à prise en charge de l'assurance maladie », à l'issue d'une procédure contradictoire.

Le dispositif donne la possibilité aux caisses de transiger avec les structures ou professionnels visés sur un montant à recouvrer. Il est ainsi précisé que « lorsque

la somme fixée [...] recueille l'accord écrit du professionnel, distributeur ou établissement, son montant est opposable aux deux parties ».

La modification de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale permettra d'ouvrir cette possibilité non seulement aux directeurs des caisses primaires d'assurance maladie, mais aussi aux directeurs des caisses communes de sécurité sociale (CCSS), des caisses générales de sécurité sociale (CGSS), des caisses des régimes spéciaux et de celles de la Mutualité sociale agricole, dont les procédures de contrôle sont définies par renvoi à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

B. L'OBJECTIF VISÉ : RÉCUPÉRER DAVANTAGE ET PLUS VITE, EN INCITANT LES PROFESSIONNELS À TRANSIGER SUR UN MONTANT

L'étude d'impact estime que le dispositif de l'article 44 permettra de majorer les sommes récupérées chaque année par les caisses du régime général de l'assurance maladie d'environ 10 %. 50 millions d'euros d'indus ayant été notifiés en 2021, on peut estimer, sur la base de ce montant, un gain annuel de l'ordre de 5 millions d'euros pour la sécurité sociale.

Cette procédure devrait aussi permettre d'optimiser les ressources humaines dédiées au contrôle au sein de caisses, lesquelles sont assez contraintes. En effet, elle limitera la quantité de documents à contrôler pour parvenir à récupérer l'indu, et favorisera un règlement plus rapide de l'action en recouvrement, lorsque les parties parviendront à transiger sur un montant à reverser.

*

* *

TITRE II
DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES

Article 45

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, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Cet article fixe, pour 2023, la dotation des branches maladie et autonomie au fonds pour la modernisation de l'investissement en santé (FMIS) respectivement à 1,163 milliard d'euros et 88 millions d'euros, la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé à 178,4 millions d'euros et la dotation de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 135 millions d'euros.

I. LA PARTICIPATION DES BRANCHES MALADIE ET AUTONOMIE AU FINANCEMENT DU FONDS POUR LA MODERNISATION ET L'INVESTISSEMENT EN SANTÉ

Le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) a été créé le 1^{er} janvier 2021, par transformation du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Son périmètre a alors été étendu aux établissements médico-sociaux et aux structures d'exercice coordonné en ville. Il contribue au financement des dépenses d'investissement des établissements de santé et de leurs groupements, ainsi qu'aux investissements numériques pour les secteurs sanitaire et médico-social.

La transformation du FMESPP en FMIS a accompagné la forte augmentation de la dotation de ce fonds, sous l'effet du Ségur de la Santé. En effet, le volet investissement du Ségur, qui s'étale sur plusieurs années, a vocation à transiter en grande partie par le FMIS, lequel délègue ensuite les crédits aux agences régionales de santé.

Le volet investissement du Ségur de la santé

Dans le cadre du Ségur de la santé, un plan d'investissement massif de 19 milliards d'euros sur dix ans a été lancé. Ce plan prévoit notamment :

- 9 milliards d'euros pour financer des nouveaux investissements dans les établissements de santé et en ville, dont 1,5 milliard d'euros pour les investissements du quotidien ;
- 6,5 milliards d'euros consacrés à la restauration de la capacité financière des hôpitaux ;
- 1,5 milliard d'euros pour les investissements dans les Ehpad ;
- 2 milliards d'euros pour les investissements numériques.

La dotation allouée au FMIS inclut ainsi, outre les dotations d'investissement qui préexistaient au Ségur de la santé, les dotations exceptionnelles du Ségur. Deux priorités ont été assignées aux opérations financées par le FMIS : les projets hospitaliers prioritaires et les projets ville-hôpital, d'une part ; le rattrapage du retard sur le numérique en santé, d'autre part.

Depuis sa création, les dotations du FMIS en loi de financement de la sécurité sociale ont évolué comme suit :

ÉVOLUTION DES DOTATIONS DU FMIS

(en millions d'euros)

	2021	2022	2023
Dotation branche maladie	1 032	1 035	1 163
Dotation branche autonomie	100	90	88
Dotation globale	1 132	1 125	1 251

Source : PLFSS 2021, 2022 et 2023.

Chaque année, le FMIS reçoit ainsi une dotation de la branche maladie de la sécurité sociale et une dotation de la branche autonomie. Ces dotations ont des vocations distinctes : la branche maladie finance les investissements des structures sanitaires, tandis que la branche autonomie finance les investissements numériques dans les Ehpad.

Pour 2023, la contribution de la branche maladie se trouve assez nettement rehaussée, à hauteur de 1,163 milliard d'euros. L'exposé sommaire indique que ce montant doit permettre de « *poursuivre l'accompagnement des opérations d'investissement et de modernisation des établissements de santé* », et permettre d'accompagner de nouveaux projets prioritaires à hauteur de 500 millions d'euros. 100 millions d'euros sont dédiés aux investissements numériques en santé.

La dotation de la branche autonomie s'élève à 88 millions d'euros pour 2023 et est intégralement dédiée aux investissements numériques dans les Ehpad.

II. LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AUTONOMIE AUX AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ

La branche autonomie, par le canal de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), contribue à certaines actions du fonds d'intervention régional (FIR), qui financent des initiatives et des expérimentations des établissements et services médico-sociaux validées par les agences régionales de santé (ARS), à destination des personnes âgées ou handicapées.

Cette contribution tend à s'accroître :

ÉVOLUTION DE LA CONTRIBUTION DE LA CNSA AU FIR

(en millions d'euros)

2021	2022	2023
141,44	168,3	178,4

L'exposé des motifs indique que cette dotation financera en 2023 divers dispositifs d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie, tels que les groupements d'entraide mutuelle (GEM), les maisons pour l'intégration et l'autonomie des malades d'Alzheimer (MAIA) ou encore l'habitat inclusif.

III. LA PARTICIPATION DES RÉGIMES OBLIGATOIRES D'ASSURANCE MALADIE AU FINANCEMENT DE L'OFFICE NATIONAL D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS MÉDICAUX, DES AFFECTIONS IATROGÈNES ET DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'ONIAM est un établissement public administratif de l'État qui indemnise, au titre de la solidarité nationale, les victimes d'accidents médicaux non fautifs ou d'accidents médicaux résultant de mesures sanitaires d'urgence, de vaccinations obligatoires, de la contamination par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), par le virus de l'hépatite C (VHC), par le benfluorex et les médicaments dérivés du valproate de sodium.

Les missions de l'ONIAM sont financées par l'assurance maladie, par l'État ainsi que par des recettes propres. Les montants de la dotation allouée par les régimes obligatoires d'assurance maladie peuvent varier d'une année sur l'autre en fonction des réserves de l'ONIAM.

L'an dernier, la dotation de l'ONIAM avait été augmentée de 5 millions d'euros pour atteindre 135 millions d'euros, en raison de l'anticipation d'une plus forte occurrence des infections nosocomiales en lien avec la plus forte fréquentation des hôpitaux due à la crise sanitaire.

Pour 2023, cette dotation est maintenue au même niveau. L'exposé des motifs indique que le nombre de demandes tend à se stabiliser, mais que les dépenses d'indemnisation augmentent, en raison de l'augmentation du montant moyen d'une offre d'indemnisation.

Article 46

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

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès à 238,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

L'article 46 fixe les objectifs de dépense de la branche maladie, maternité, invalidité et décès. Ces objectifs doivent être distingués de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), bien que leurs périmètres ne soient pas très éloignés.

En effet, l'Ondam intègre des prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) et les dotations de la branche autonomie aux établissements et services médico-sociaux. À l'inverse, la branche maladie intègre certaines prestations qui ne sont pas prises en compte dans l'Ondam, par exemple les indemnités journalières de maternité et les prestations d'invalidité-décès. Le périmètre de la branche maladie s'est réduit de 26 milliards d'euros sous l'effet de la création de la branche autonomie, alors que celui de l'Ondam s'accroissait dans le même temps.

Ainsi que l'illustre le tableau ci-après, la partie de l'Ondam intégrée dans la branche maladie représente une masse de 206 milliards d'euros en 2023, tandis que les prestations maladie-maternité hors Ondam s'élèvent à 13 milliards d'euros.

Pour 2023, les objectifs de dépenses pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés à 238,3 milliards d'euros, en hausse de 8,7 milliards d'euros par rapport aux objectifs de dépense fixés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2022, mais en baisse de 3 milliards d'euros par rapport au chiffre prévisionnel des dépenses réalisées sur la branche maladie en 2022. Le tableau ci-après présente des chiffres qui diffèrent légèrement, dans la mesure où ils n'intègrent pas les mesures nouvelles du présent projet de loi, mais simplement les actions de maîtrise médicalisée prévues.

Les prestations maladie sous Ondam ne progresseraient que de 0,1%, en lien avec la diminution de l'intensité de l'épidémie de covid-19 retenue pour la prévision. Les indemnités journalières maladie seraient ainsi en net repli (- 12,8%) ; en revanche, les coûts en établissements seraient toujours tirés par la montée en charge des dépenses liées au « Ségur de la santé » (+ 3,0%).

Les prestations hors Ondam progresseraient de 3,3%, reposant de nouveau sur les prestations d'invalidité (+ 3,6%), dynamisées par la revalorisation attendue (+ 3,7% en moyenne annuelle) et les indemnités journalières maternité (+ 3,8%) qui seraient tirées par la progression des salaires. En revanche, les transferts nets baisseraient fortement (- 24,1%), la dotation à Santé publique France relative à la covid-19 étant beaucoup plus faible et le soutien à l'investissement dans les

établissements de santé étant en net ralentissement (– 27,7%), suivant les accords du « Ségur de la santé ».

**ÉVOLUTION DES CHARGES NETTES DE LA CAISSE NATIONALE
DE L'ASSURANCE MALADIE**

(en millions d'euros)

	2022 (prév.)	2023 (tendanciel)	Évolution (%)
Charges nettes	240 347	237 207	– 1,3
Prestations sociales nettes	218 402	219 022	0,3
<i>Prestations Ondam nettes maladie-maternité</i>	<i>205 564</i>	<i>205 756</i>	<i>0,1</i>
Prestations légales maladie nettes	200 604	200 661	0,0
Soins de ville	103 241	100 384	– 2,8
- prestations en nature	91 183	89 869	– 1,4
- indemnités journalières	12 058	10 515	– 12,8
Prestations exécutées en établissements	97 364	100 277	3,0
Prestations légales « maternité » nettes	4 187	4 281	2,2
Soins des Français à l'étranger	773	814	5,3
<i>Prestations hors Ondam nettes maladie-maternité</i>	<i>12 839</i>	<i>13 266</i>	<i>3,3</i>
IJ maternité	3 244	3 366	3,8
IJ paternité	510	530	3,8
Prestations invalidité	7 247	7 509	3,6
Soins des étrangers en France	876	876	0,0
Action sociale et actions de prévention	541	566	4,7
Autres prestations nettes	421	419	– 0,5
Transferts nets	15 276	11 587	– 24,1
Transferts d'équilibrage et dotations spécifiques	738	755	2,3
Prise en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM)	1 166	1 204	3,3
Financement de fonds et organismes du champ de l'Ondam	11 397	7 804	– 31,5
Dépassement forfait CMU-C et soins urgents	36	36	0,0
Transfert pour investissement des hôpitaux sur crédits Cades	1368	1370	0,2
Prise en charge des prestations	19	19	0,0
Soutien à l'investissement des ETS et services médico-sociaux	552	399	– 27,7
Charges de gestion courante	6 600	6 465	– 2,1
Autres charges nettes	68	134	91

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

Article 47

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs pour 2023

Adopté par la commission sans modification

L'article 47 vise à fixer l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'année 2023, ainsi que les six sous-objectifs qui le composent.

I. UN ARTICLE OBLIGATOIRE EN LOI DE FINANCEMENT

Le présent article fait partie des dispositions devant obligatoirement figurer en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), en application des dispositions organiques définissant son contenu, y compris dans leur rédaction issue de la loi organique du 14 mars 2022 ⁽¹⁾.

Article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« 3° Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ceux-ci. Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à trois. »

De l'ensemble des objectifs de dépense que la loi de financement doit obligatoirement fixer, l'Ondam est le seul objectif *ad hoc*, qui ne corresponde pas à une branche précise, mais couvre des dépenses réparties dans plusieurs branches. Il tient une place particulière depuis la création des lois de financement en 1996, en ceci qu'il témoigne de l'effort de la nation en faveur des dépenses de santé ⁽²⁾.

Sa répartition en fonction de plusieurs sous-objectifs ⁽³⁾ permet d'affiner la répartition de cet effort tout en contribuant à une information plus lisible du législateur social financier, à qui il revient d'approuver l'objectif global et l'ensemble des sous-objectifs.

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

(2) Le périmètre de l'Ondam ne recouvre ainsi pas toutes les dépenses qui sont à la charge de l'assurance maladie. Les indemnités journalières maladie, prestations en espèce délivrées par l'assurance maladie en cas d'incapacité médicalement constatée, sont des prestations « hors Ondam ».

(3) Voir le commentaire de l'article 1^{er}.

II. UN ONDAM QUI POURSUIT UN RYTHME D'AUGMENTATION ÉLEVÉ DANS UN CONTEXTE INFLATIONNISTE

A. LA VARIATION DE L'ÉVOLUTION DE L'ONDAM DIFFÈRE TANT EN FONCTION DE SON PÉRIMÈTRE QUE DE SES SOUS-OBJECTIFS

1. Un « Ondam » gigogne

L'Ondam est, pour l'exercice 2023, bâti encore selon un mécanisme « en gigogne », mais qui ne comprend plus que deux périmètres :

– le premier « Ondam » constitue l'Ondam pour 2023 « hors crise », c'est-à-dire à l'exception des mesures qu'il est prévu d'employer pour faire face au covid. Il est établi à 243,1 milliards d'euros, en hausse de 3,7 % par rapport à l'exercice 2022. Force est néanmoins de constater que la provision retenue, à hauteur de 1 milliard d'euros, contre 10,5 milliards d'euros de dépenses engagées en 2022, laisse entendre que le projet de loi se fonde sur l'hypothèse selon laquelle la covid-19, qui serait désormais endémique, n'appellera pas, pour 2023 de dépenses comparables aux exercices précédents.

Le Haut Conseil des finances publiques, tout comme le premier président de la Cour des comptes interrogé sur ce point par la rapporteure générale lors de son audition par la commission des affaires sociales, ont estimé que cette hypothèse présentait des fragilités évidentes, notamment au regard du dépassement des provisions en 2021 et en 2022.

– le second « Ondam », qui fait véritablement l'objet de la fixation que présente le premier article, comprend les mesures de crise susmentionnées. Il est établi à 244,1 milliards d'euros, en baisse de 0,8 % par rapport à l'Ondam 2022, en raison de la diminution de 10 milliards d'euros des dépenses prévisionnelles liées à la crise sanitaire.

2. La construction de l'Ondam par rapport au tendancier

L'annexe 5 au présent projet de loi, dont la précision a récemment été améliorée par le législateur organique ⁽¹⁾, présente les modalités de construction de l'ensemble de l'Ondam au regard de l'évolution tendancielle des dépenses :

– les hypothèses d'évolution spontanée de l'Ondam, prenant notamment en compte l'évolution de la consommation de soins et des produits de santé, et la régulation également « spontanée » propre à l'Ondam (maîtrise médicalisée, lutte contre la fraude), aboutiraient à une augmentation de 2,4 % pour 2023 ;

– à ce premier taux s'ajoutent la prise en compte de l'impact de l'inflation hors tabac, anticipée à hauteur de 4,3 % en 2023, sur le prix des achats des

(1) Loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 précitée.

établissements du point d'indice, pour 0,9 point, ainsi que les mesures nouvelles pour 2023, qu'il s'agisse des négociations conventionnelles, de la trajectoire de financement des produits de santé dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) pour 2021, pour 0,9 point également ;

– l'intégration de la poursuite de la montée en charge des mesures issues du Ségur de la santé, qui contribue également à la hausse à hauteur de 0,3 point, est compensée par des mesures de régulation et d'économie, précisées *infra*, pour – 0,7 point.

Cette construction aboutit, à un arrondi près, à un taux d'augmentation de 3,7 %, correspondant aux mesures « hors crise ».

3. Une évolution positive pour l'ensemble des sous-objectifs, des mesures de régulation ciblées

Les montants et taux d'évolution de l'Ondam pour 2023 ainsi que l'ensemble de ses sous-objectifs au regard de l'Ondam 2022 rectifié par l'article 4 du présent projet de loi se présentent comme suit :

ÉVOLUTION DE L'ONDAM AINSI QUE DES SOUS-OBJECTIFS ENTRE 2022 ET 2023

(en milliards d'euros)

	Ondam rectifié 2022(PLFSS 2023)	Ondam prévisionnel 2023 (PLFSS 2023)	Écart entre les deux exercices
Dépenses de soins de ville	107,3	103,9	– 3,2%
Dépenses relatives aux établissements de santé	97,1	100,7	3,7 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	15,3	5,1 %
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,9	14,6	5,2 %
Dépenses relatives au fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement	6,2	6,1	– 2,0%
Autres prises en charge	6,8	3,4	– 49,2%
Total	245,9	244,1	– 0,8%

Source : PLFSS 2023.

a. Une évolution du sous-objectif « Soins de ville » en trompe l'œil

Le sous-objectif « Soins de ville » est en diminution de 3,2 %, puisque ce sous-objectif portait jusqu'ici une grande part des dépenses exceptionnelles. Hors de ce champ, ce sous-objectif est en augmentation de 2,9 %, sous plusieurs effets d'augmentation de dépenses et de régulation.

Le sous-objectif « soins de ville » connaît une augmentation de 3,3 % pour 2023, prenant en compte la dynamique des produits de santé et l'augmentation des indemnités journalières.

Le sous-objectif intègre, outre cette évolution tendancielle :

– les revalorisations conventionnelles, dont notamment celles qui sont issues de l'avenant 9 à la convention médicale signée en juillet 2021, intégrant une augmentation de 100 millions d'euros pour l'amélioration de l'accès aux soins non programmés et le développement de la télémédecine (700 millions d'euros budgétés en tout pour 2023) ;

– des mesures de régulation, à hauteur de 1,2 milliard d'euros, qui se décomposent entre les 400 millions d'euros prévus, dans le cadre du présent projet de loi, pour réguler des professions en très forte croissance, telles que l'imagerie ou la biologie, et 800 millions d'euros sur les produits de santé, dont 150 millions d'euros au titre du déclenchement de la clause de sauvegarde en 2023 ;

– une mesure de rectification de la répartition des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires d'assurance maladie, par le biais d'une convention qui doit permettre 150 millions d'euros d'économies pour la première.

b. Un sous-objectif « Établissements de santé » en forte croissance

Dans la lignée des sous-objectifs des précédents exercices, le sous-objectif « Établissements de santé » progresse de 3,7 %, et même de 4,1 % dans le périmètre de l'Ondam « hors crise », soit une augmentation de 4 milliards d'euros en 2023, qui se distribue de la façon suivante :

– 400 millions d'euros supplémentaires liés à la fin de la montée en charge des mesures du « Ségur de la santé », dont 300 millions d'euros pour des mesures d'intéressement collectif ;

– 200 millions d'euros en faveur de la poursuite de l'effort pour l'attractivité des métiers ;

– 1,1 milliard d'euros afin de prendre en charge en année pleine le « dégel » du point d'indice dans la fonction publique et les revalorisations équivalentes, principalement dans les établissements à but non lucratif.

Outre ces 1,7 milliard d'euros relatifs à la revalorisation du personnel, l'Ondam intègre également 2,3 milliards d'euros de dépenses supplémentaires pour permettre aux établissements de santé de faire face à la croissance de leurs charges, dans un contexte inflationniste. La traduction concrète, en termes de politiques d'achat par les établissements, est que la différence entre le budget « achat » prenant en compte les prévisions d'inflation et les éventuelles économies qu'ils feraient sur

ce poste contribuerait directement à l'amélioration de leur situation budgétaire et non à la régulation.

c. Un objectif global de dépenses dans le secteur médico-social en forte hausse

L'objectif global de dépenses (OGD), également connu sous le terme d'« Ondam » médico-social, regroupe les sous-objectifs relatifs aux « établissements et services pour les personnes âgées » et aux « établissements et services pour les personnes handicapées ».

Ce sous-objectif est fixé à hauteur de 30 milliards d'euros en 2023, dans le cadre du périmètre « hors crise ». Cette augmentation se répartit entre une augmentation de 5,1 % du sous-objectif relatif aux personnes âgées et de 5,2 % du sous-objectif relatif aux personnes en situation de handicap.

Ces rythmes de croissance, supérieurs à celui de l'Ondam global, témoignent de l'engagement du Gouvernement et de la majorité dans un effort spécial à destination des travailleurs du secteur médico-social et se manifestent notamment par :

– 300 millions d'euros supplémentaires, en année pleine, liés au « dégel » du point d'indice de la fonction publique ;

– 1,2 milliard d'euros destinés notamment à amorcer la hausse du taux d'encadrement dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad).

d. Le sous-objectif relatif à l'investissement poursuit une croissance modérée, hors mesures de crise, comme le sixième sous-objectif

Une fois retraitées les mesures de dépense exceptionnelles qui incombent notamment au cinquième sous-objectif par le biais d'achats de produits et de vaccins destinés à faire face à l'épidémie, le sous-objectif « Investissement » progresserait de 1,7 %. Au sein de ce sous-objectif, les dépenses en faveur du fonds d'intervention régional (FIR) évolueraient positivement de 3,1 %, ce qui constitue un niveau proche de l'Ondam global.

S'agissant du sixième sous-objectif « Autres prises en charge », il augmenterait de 3,9 % hors mesures de crise, afin notamment de faire face à l'augmentation de la prise en charge des soins des Français de l'étranger, proportionnelle à la reprise des voyages internationaux.

*

* *

Article 48

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

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe les montants, pour l'année 2023, des dotations de la branche AT-MP du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP ainsi que le montant des dépenses engendrées par les dispositifs de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

I. LES DOTATIONS AUX FONDS DESTINÉS À L'INDEMNISATION ET À LA PRISE EN CHARGE DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Les **I et II** du présent article fixent les montants des dotations aux fonds destinés à l'indemnisation et à la prise en charge des victimes de l'amiante.

A. LE FONDS D'INDEMNISATION DES VICTIMES DE L'AMIANTE

Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), établissement public national à caractère administratif, assure la réparation intégrale des préjudices des victimes de l'amiante et de leurs ayants droit.

Ses recettes sont essentiellement constituées de dotations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et de l'État, auxquelles s'ajoute le produit des actions engagées par le FIVA au titre de la faute inexcusable de l'employeur, ainsi que les reprises sur provisions. En 2023, la dotation de l'État ⁽¹⁾ est maintenue à 8 millions d'euros dans le projet de loi de finances (avant mise en réserve de crédits) et les autres produits du fonds sont prévus à hauteur de 80,2 millions d'euros, comme dans la LFSS 2022.

La dotation de la branche AT-MP du régime général au FIVA est, quant à elle, fixée par le **I** du présent article à 220 millions d'euros en 2022, soit un montant identique à celui consenti en LFSS 2021 et en LFSS 2022.

En 2022, les effets de la crise sanitaire se ressentent encore et malgré un rebond du nombre de demandes, le FIVA aboutit à une prévision d'exécution

(1) Le financement de l'État est retracé sur une action spécifique du programme 183 Protection maladie de la mission Santé qui est très minoritaire dans ce programme dont le reste de la dépense est intégralement consacré à l'aide médicale de l'État.

moindre qu'escompté des dépenses d'indemnisations et à un fond de roulement à un niveau encore élevé en fin d'année (96,37 millions d'euros). L'an prochain, le nombre de demandes est estimé à 19 400 et le montant total des dépenses à 346,9 millions d'euros, dont 286 millions d'euros au titre des seules dépenses d'indemnisation.

Le maintien à 220 millions d'euros de la dotation de la branche AT-MP malgré la hausse anticipée des dépenses prises en charge par le fonds induira donc une division par deux du montant du fonds de roulement. Ce dernier devrait s'élever à 62,46 millions d'euros en 2023. Le rapporteur estime que ce niveau prudentiel est équivalent à deux mois de dépenses d'indemnisation.

B. LE FONDS DE CESSATION ANTICIPÉE DES TRAVAILLEURS DE L'AMIANTE

Le Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) finance l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), leurs cotisations d'assurance volontaire au titre des régimes de retraite de base et complémentaire et les dépenses supplémentaires supportées par les régimes de retraite de base au titre du maintien à 60 ans de l'âge de départ en retraite des travailleurs de l'amiante. Le fonds est financé par une contribution de la branche AT-MP.

Le II du présent article fixe la dotation de la branche AT-MP du régime général au FCAATA à 337 millions d'euros (contre 327 millions d'euros pour 2022). La baisse tendancielle des dépenses du FCAATA devrait se poursuivre en 2023. En effet, le total des charges est évalué à 348 millions d'euros, en diminution de 6,4 % par rapport à la prévision d'exécution de 2022 (372 millions d'euros). Avec une dotation de 337 millions d'euros, il est anticipé un déficit de 11 millions d'euros sur l'année 2023, ce qui permettrait d'assurer un équilibre du fonds en résultat cumulé.

II. UN TRANSFERT À LA BRANCHE MALADIE DU RÉGIME GÉNÉRAL AU TITRE DE LA SOUS-DÉCLARATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES EN LÉGÈRE HAUSSE

L'assurance maladie supporte des dépenses liées à des accidents ou à des affections dont l'origine est professionnelle mais qui n'ont pas été déclarés comme tels. En compensation des sommes indûment mises à sa charge du fait de cette sous-déclaration, la branche maladie du régime général bénéficie chaque année depuis 1997, conformément à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, d'un versement de la branche AT-MP.

Les explications à la sous-déclaration des AT-MP

La sous-déclaration nuit à la connaissance des risques professionnels et donc à leur prévention. Ce sont surtout les maladies professionnelles qui sont sous-déclarées puisqu'à la différence des accidents du travail, dont la déclaration doit être effectuée par l'employeur, c'est au salarié qu'il revient de demander la reconnaissance d'une affection en maladie professionnelle. Les facteurs expliquant ce phénomène de sous-déclaration sont liés :

- aux victimes : les salariés ne connaissent pas toujours l'origine professionnelle de leur affection ou décident de ne pas entamer les démarches pour la faire reconnaître comme maladie professionnelle (certains craignent de perdre leur emploi ou jugent la procédure de déclaration trop complexe) ;
- aux employeurs : quelques phénomènes de dissimulation (non-déclaration d'accidents, pressions sur les salariés, actions en direction des médecins de ville pour qu'ils n'accordent pas d'arrêt de travail ou en limitent la durée) persistent encore ;
- aux acteurs du système de soins : les médecins semblent encore parfois insuffisamment formés et informés sur les questions de santé au travail.

A. LE MONTANT DE LA SOUS-DÉCLARATION DES AT-MP A FAIT L'OBJET D'UNE RÉÉVALUATION EN 2021 PAR LA COUR DES COMPTES

Le montant du versement de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport établi par une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes (article L. 176-2 du code de la sécurité sociale). Ce rapport doit être élaboré tous les trois ans et évaluer le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des AT-MP.

La commission a rendu son rapport en juin 2021, proposant une nouvelle estimation de la sous-déclaration, estimée entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros. La hausse par rapport au montant estimé en 2017 (entre 0,8 et 1,5 milliard d'euros) est liée pour l'essentiel à la mise à jour des données épidémiologiques, plus nombreuses et plus récentes et, dans une moindre mesure, à l'actualisation des coûts moyens.

**CONTRIBUTION À LA HAUSSE DE LA SOUS-DÉCLARATION ESTIMÉE
ENTRE LES RAPPORTS DE 2017 ET 2021**

Actualisation des études épidémiologiques	64 %
Actualisation des études et de la méthode d'estimation	20 %
Actualisation des effectifs reconnus et des coûts de prise en charge	17 %
Écart entre la fourchette basse du montant de sous-déclaration entre la commission de 2017 (0,8 milliard d'euros) et celle de 2021 (1,2 milliard d'euros)	100 %

Source : rapport de la commission « L. 176-2 », 2021.

Par rapport à 2017, les coûts de prise en charge par pathologie sont en hausse. En moyenne, la progression des coûts par personne et par pathologie (12 %) est proche de celle des dépenses de santé relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) (11 %). La commission a retenu une prévalence globale au sein de la population supérieure à celle retenue en 2017 pour un certain nombre de pathologies, à l'instar des troubles musculo-squelettiques, des broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), de l'asthme, de la surdit e ou des dermatoses.

**COÛT ESTIMÉ DE LA SOUS-DÉCLARATION DANS LES TROIS DERNIERS RAPPORTS
DE LA COMMISSION, PAR PATHOLOGIE**

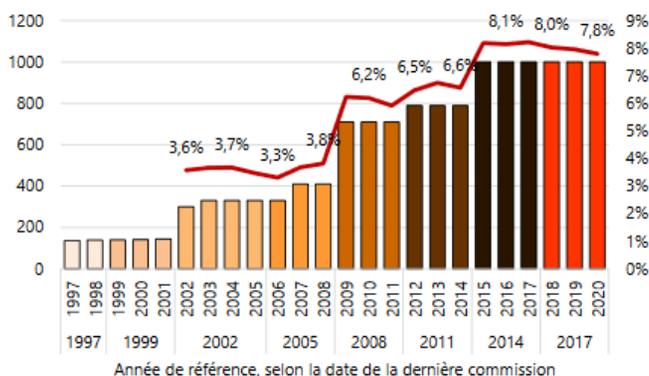
	Date	Effectifs, en milliers		Coûts, en M€	
		Bas	Haut	Bas	Haut
TMS	2021	33	85	250	641
	2017	31	36	162	213
	2014	20	20	79	106
Cancers	2021	51	80	384	612
	2017	48	122	319	830
	2014	39	101	280	729
Autres MP	2021	246	398	486	749
	2017	137	212	238	378
	2014	134	209	238	390
AT	2021	750	750	110	110
	2017	338	385	93	106
	2014	92	92	99	99
Ensemble	2021	1 080	1 314	1 230	2 112
	2017	554	755	812	1 527
	2014	286	422	696	1 324

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I (septembre 2021).

B. LE MONTANT DE LA CONTRIBUTION DE LA BRANCHE AT-MP À LA BRANCHE MALADIE EST FIXÉ À 1,2 MILLIARD D'EUROS

Le **III** du présent article fixe le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie à 1,2 milliard d'euros, en hausse de 100 millions d'euros par rapport au montant de la contribution prévue par la LFSS 2022 qui avait lui-même été augmenté de 100 millions d'euros par rapport aux dernières LFSS. Ce nouveau montant du transfert correspond à la fourchette basse estimée par la dernière commission d'évaluation de la sous-déclaration réunie en 2021 (1,2 milliard d'euros). Cette hausse vise à prendre en compte l'estimation actualisée du montant de sous-déclaration.

MONTANT DU TRANSFERT ET PART DES DÉPENSES DE LA BRANCHE AT-MP



Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, tome I (septembre 2021).

La hausse de 100 millions d'euros du transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie va générer une augmentation des cotisations AT-MP payées par les entreprises qui varient en fonction de la sinistralité de leur secteur d'activité et/ou de leur propre sinistralité ⁽¹⁾.

III. UNE DOTATION RÉÉVALUÉE DE LA BRANCHE AT-MP AU TITRE DE LA PÉNIBILITÉ

La loi de financement détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente ⁽²⁾ issu de la loi de 2010 sur les retraites ⁽³⁾ et celles engendrées par le

(1) Ces cotisations AT-MP sont calculées selon un taux collectif pour les entreprises de 1 à 19 salariés, un taux mixte pour les entreprises de 20 à 149 salariés et un taux individuel pour les entreprises de 150 salariés et plus.

(2) Avec le recul de l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans, la réforme des retraites de 2010 prévoit de maintenir une retraite à taux plein dès 60 ans pour les salariés atteints d'une incapacité permanente d'au moins 10 % reconnue au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ayant entraîné des lésions identiques à celles d'une maladie professionnelle.

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

compte professionnel de prévention (C2P). Ces dispositifs sont financés par la branche AT-MP au moyen d'une majoration du taux de cotisation commune à toutes les entreprises, à savoir la majoration forfaitaire « M4 ».

Le compte professionnel de prévention (C2P)

Un salarié exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, bénéficie d'un compte professionnel de prévention (C2P) sur lequel il peut accumuler des points qui permettent d'obtenir une formation pour accéder à des postes moins ou pas exposés à la pénibilité, de bénéficier d'un temps partiel sans perte de salaire ou de partir plus tôt à la retraite en validant des trimestres de majoration de durée d'assurance vieillesse. Le financement du C2P se traduit par :

- un surcroît de dépenses d'actions de prévention à la charge de la branche AT-MP, les salariés exposés à la pénibilité acquérant des points qu'ils peuvent utiliser pour se former ou travailler à temps partiel sans perte de rémunération ;
- ainsi que par un surcroît de transfert à la Cnav, au titre de l'utilisation de points pour départ anticipé en retraite.

Le **IV** fixe la contribution de la branche AT-MP du régime général pour 2023 au titre des deux dispositifs de pénibilité à hauteur de 128,4 millions d'euros (contre 123,6 millions d'euros en 2022) :

– 68 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (93,6 millions d'euros en 2022) ;

– 60,3 millions d'euros au titre du C2P (30 millions d'euros en 2022).

Il fixe également la contribution de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles au titre des deux dispositifs de pénibilité à hauteur de 9 millions d'euros (contre 8,7 millions d'euros en 2022) :

– 8,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente (8,2 millions d'euros en 2022) ;

– 0,5 million d'euros au titre du C2P, comme pour 2022.

*

* *

Article 49

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

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) pour l'année 2023, tels qu'ils résultent des mesures contenues dans la quatrième partie du présent projet de loi, soit 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base obligatoires.

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP, tous régimes confondus, pour l'année 2023 à hauteur de 14,8 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité.

La première partie du présent commentaire se concentre sur les dépenses du régime général, en raison de leur prépondérance dans l'objectif de dépenses de la branche et des données disponibles.

Un objectif de dépenses se recoupant partiellement avec l'Ondam

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) intègre les prestations de soins de la branche AT-MP (pour incapacité temporaire) mais ne prend pas en compte un certain nombre d'autres prestations, à savoir :

- les rentes servies aux victimes d'un accident du travail ou souffrant de maladies professionnelles en cas d'incapacité permanente ;
- les prestations aux victimes de l'amiante ;
- les actions de prévention du compte personnel de prévention.

La branche assure également des transferts, dont :

- un versement à la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) destiné à couvrir le coût de la sous-déclaration des AT-MP ;
- des dotations d'équilibre des branches AT-MP du régime des salariés agricoles, du régime des mines et du régime des marins ;
- la prise en charge du surcroît de dépenses, pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse, de pensions lié aux départs anticipés au titre de l'amiante et de la pénibilité.

I. UNE BRANCHE DE NOUVEAU EXCÉDENTAIRE DEPUIS 2021

A. UN RETOUR À L'EXCÉDENT DE LA BRANCHE EN 2021

Après avoir été en excédent entre 2013 et 2019, la branche AT-MP du régime général a connu un déficit de 200 millions d'euros en 2020 en raison de la crise sanitaire. Toutefois, en 2021, elle a renoué avec les excédents : ils se sont élevés à 1,2 milliard d'euros.

Ces excédents s'expliquent avant tout par le dynamisme des produits de la branche qui ont atteint 13,6 milliards d'euros, en hausse 12,8 % par rapport à 2020, dépassant ainsi leur niveau d'avant crise. Les recettes de cotisations sociales ont augmenté plus vite que la masse salariale du secteur privé (+ 9,6 % contre + 8,9 %).

Les charges de la Cnam AT-MP ont atteint quant à elles 12,4 milliards d'euros, en légère hausse (+ 1 % après + 0,3 % en 2020), tirées par les dépenses du champ de l'Ondam en raison de l'augmentation du nombre d'accidents d'origine professionnelle. Les prestations relevant du champ de l'Ondam ont été très dynamiques (+ 3,9 % après 2,3 % en 2020) en raison des indemnités journalières (+ 5,3 % après 3,2 % en 2020). Les prestations hors Ondam sont, quant à elles, demeurées stables et les transferts versés ont fortement diminué (- 4,6%) tout comme l'ensemble des dépenses liées à l'amiante compte tenu de la baisse des travailleurs y ayant été exposés au cours de leur carrière.

B. LE SOLDE DE LA BRANCHE EN AMÉLIORATION EN 2022

En 2022, le solde de la branche AT-MP poursuivrait son amélioration avec un excédent de 1,9 milliard d'euros grâce à une hausse des produits (+ 8,2 %) plus rapide que celle des dépenses (+ 3,5 %).

Les recettes devraient atteindre 14,7 milliards d'euros en 2022. Les cotisations progresseraient de 9,4 %, tirées à la fois par la croissance attendue de la masse salariale du secteur privé soumise à cotisation et la quasi-extinction des exonérations mises en place pour soutenir les entreprises confrontées à la crise sanitaire.

Les dépenses s'établiraient en 2022 à 12,8 milliards d'euros. Les prestations relevant du champ de l'Ondam seraient en hausse (+ 4,6 %), portées par le dynamisme des indemnités journalières. Les prestations hors Ondam augmenteraient de 2,2 %, en lien avec le dynamisme des rentes pour incapacité permanente. Les transferts versés augmenteraient avec la réévaluation à la hausse de la compensation à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail (passant de 1 milliard d'euros en 2021 à 1,1 milliard d'euros). D'autres dépenses comme les prestations liées à l'amiante diminueraient.

C. UN SOLDE QUI CONTINUERAIT DE S'AMÉLIORER EN 2023

En 2023, en tendancier (hors mesures nouvelles contenues dans le PLFSS), l'excédent de la branche s'établirait à 2,2 milliards d'euros, en raison notamment d'une forte dynamique des produits qui augmenteraient plus vite que les dépenses (+ 5,4 % contre + 3,4 %).

S'agissant des recettes, les cotisations seraient toujours très dynamiques (+ 4,9 %) du fait essentiellement de la hausse attendue de la masse salariale du secteur privé (+ 4,8 %).

Les dépenses progresseraient de 3,4 %, tirées par les prestations du champ de l'Ondam. Les prestations relevant de ce champ seraient en hausse (+ 5,1 %), portées par le dynamisme des indemnités journalières (+ 5,7 %). Les autres charges hors Ondam seraient également en hausse, tirées par les rentes pour incapacité permanente qui continueraient à fortement progresser (+ 3,2 %), tandis que les autres prestations légales en lien avec l'amiante poursuivraient leur baisse tendancielle (- 8,0 %).

ÉVOLUTION DES CHARGES ET DES PRODUITS NETS DE LA CNAM AT-MP

(en millions d'euros)

	2019	2020	2021	%	2022 (p)	%	2023 (t)	%
CHARGES NETTES	12 239	12 274	12 403	1,0	12 832	3,5	13 274	3,4
PRESTATIONS SOCIALES NETTES	9 356	9 370	9 562	2,0	9 887	3,4	10 288	4,1
Prestations ONDAM nettes	4 489	4 595	4 773	3,9	4 993	4,6	5 246	5,1
Prestations exécutées en ville	4 077	4 142	4 328	4,5	4 527	4,6	4 756	5,1
Prestations en nature	529	480	471	-1,8	448	-4,9	445	-0,6
Indemnités journalières	3 549	3 662	3 857	5,3	4 079	5,7	4 310	5,7
Prestations exécutées en établissements	413	452	444	-1,7	467	5,0	490	5,0
Soins des français à l'étranger	-1	0	0	14,0	0	--	0	--
Prestations hors ONDAM nettes	4 866	4 775	4 789	0,3	4 893	2,2	5 042	3,0
Prestations d'incapacité permanente	4 367	4 281	4 292	0,3	4 425	3,1	4 568	3,2
Allocations ACAATA	287	259	230	-11,1	205	-10,8	189	-8,0
Actions de prévention (compte personnel de prévention (C2P))	4	4	7	++	22	++	40	++
Autres prestations (dont actions de prévention du FNPAT)	208	231	259	12,1	240	-7,3	245	2,0
TRANSFERTS NETS	2 015	1 986	1 896	-4,6	2 016	6,4	2 072	2,8
Transferts avec d'autres régimes de base	1 666	1 640	1 592	-2,9	1 716	7,8	1 779	3,7
Transfert d'équilibrage partiel	430	414	382	-7,7	409	6,9	471	15,2
Prise en charge de cotisations au titre de l'ACAATA	63	56	49	-13,0	43	-10,8	40	-8,0
Prises en charge de prestations	173	170	161	13	164	2	169	3,0
Reversement à la CNAV au titre de la pénibilité (2010, départs dérogatoires retraite C2P)	165	155	143	-7,8	145	-17	147	1,3
Reversement à la CNAV au titre de l'amiante	8	15	18	20,6	18	0,3	21	16,6
Transfert pour sous-déclaration des accidents du travail	1 000	1 000	1 000	0,0	1 100	10,0	1 100	0,0
Transfert avec des fonds	286	290	255	-12,0	258	1,2	257	-0,6
Fonds amiante (FIVA)	260	260	220	-15,4	220	0,0	220	0,0
FIR, fonds ONDAM	22	26	33	26,9	36	9,5	35	-4,5
Autres fonds	4	4	2	--	2	0,0	2	0,0
Transferts avec les complémentaires (PEC cotisations ACAATA)	63	56	49	-14,0	42	-13,1	36	-13,8
CHARGES DE GESTION COURANTE	843	902	915	1,5	922	0,8	906	-1,7
AUTRES CHARGES NETTES	26	16	30	++	8	--	8	0,0
PRODUITS NETS	13 214	12 052	13 594	12,8	14 713	8,2	15 509	5,4
COTISATIONS, IMPÔTS ET PRODUITS AFFECTÉS NETS	12 737	11 679	13 103	12,2	14 229	8,6	14 932	4,9
Cotisations sociales brutes	12 864	11 914	13 052	9,6	14 274	9,4	14 979	4,9
Cotisations sociales salariés	12 824	11 879	13 018	9,6	14 237	9,4	14 942	4,9
Autres cotisations sociales	12	13	15	11,2	14	-0,5	14	0,0
Majorations et pénalités	29	22	20	-7,9	22	8,4	23	4,8
Cotisations prises en charge par l'État nettes	99	184	234	27,6	126	--	119	-5,4
Impôts et taxes	0	0	0	--	0	0,0	0	0,0
Charges liées au non-recouvrement	-226	-419	-183	--	-170	-7,5	-166	-2,2
TRANSFERTS NETS	14	27	33	21,7	17	--	17	0,0
AUTRES PRODUITS NETS	464	346	457	++	466	2,0	559	19,9
Dont recours contre tiers nets	395	298	372	24,8	372	0,0	372	0,0
RESULTAT NET	975	-222	1 191		1 881		2 235	

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2022, tome 1), à partir de DSS/SDEPF/6A.

II. DES OBJECTIFS DE DÉPENSES POUR 2023 EN LÉGÈRE HAUSSE

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche AT-MP pour l'ensemble des régimes obligatoires à 14,8 milliards d'euros, soit une augmentation de 0,6 milliard d'euros par rapport à 2022 ⁽¹⁾.

(1) Compte tenu du nouveau cadre organique, le PLFSS ne prévoit plus qu'un objectif de dépenses pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. C'est pourquoi le présent article ne contient pas cette année un objectif de dépenses spécifique au régime général, qui représente la plupart des dépenses de la branche AT-MP.

Cet objectif de dépenses tient compte du transfert à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles à hauteur de 1,2 milliard d'euros en 2023 (III de l'article 48) et, de manière marginale, de l'élargissement des rentes ATEXA à tous les non-salariés agricoles prévu par l'article 40 du présent projet de loi, dont l'impact financier est estimé à 300 000 euros en 2023.

III. DES DÉPENSES EN AUGMENTATION CONSTANTE À MOYEN TERME

Les dépenses de la branche AT-MP devraient continuer d'augmenter à moyen terme pour atteindre 15,8 milliards d'euros à l'horizon 2026. Cette progression serait toutefois ralentie par la baisse tendancielle liée à la prise en charge de l'amiante.

Cette hausse serait moins dynamique que celle des recettes (19,1 milliards d'euros en 2026). En effet, selon l'annexe B du PLFSS, le solde s'améliorerait chaque année, passant de 2,2 à 3,3 milliards d'euros entre 2023 et 2026.

ÉVOLUTION DES PRÉVISIONS DE DÉPENSES DE LA BRANCHE MALADIE

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Recettes	14,7	13,5	15,1	16,2	17,0	17,7	18,4	19,1
Dépenses	13,6	13,6	13,9	14,2	14,8	15,1	15,5	15,8
Solde	1,1	-0,1	1,3	2,0	2,2	2,6	2,9	3,3

Source : Annexe B du PLFSS 2023.

*

* *

Article 50

Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2023

Adopté par la commission sans modification

Cet article fixe l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour l'année 2023.

Les dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base en matière de retraites devraient s'élever à 273,3 milliards d'euros en 2023.

I. UNE AUGMENTATION ACCÉLÉRÉE DES DÉPENSES, EN RAISON NOTAMMENT DE LA COUVERTURE DU MONTANT DE L'INFLATION

L'objectif de dépenses qui fait l'objet du présent commentaire constitue une disposition obligatoire au sens de la loi organique – la détermination d'objectifs de dépenses, bien que non contraignants, constituant l'une des raisons d'être des lois de financement.

Article L.O. 111-3-5 du code de la sécurité sociale

« Dans sa partie comprenant les dispositions relatives aux dépenses pour l'année à venir, la loi de financement de l'année :

[...]

« 2° Fixe les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base, par branche, ainsi que, le cas échéant, leurs sous-objectifs. La liste des éventuels sous-objectifs et le périmètre de chacun d'entre eux sont fixés par le Gouvernement après consultation des commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale ; »

L'objectif de dépense de la branche vieillesse présente naturellement un caractère particulier, compte tenu du fait qu'il s'agit du premier poste de dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Compte tenu de la part que représentent les différents régimes au sein de cette branche, à la différence des branches famille ou autonomie, dans lesquelles le régime général constitue le seul régime de couverture de ces risques, l'évolution des dépenses de cette branche tient à beaucoup de mouvements, parfois contraires.

- La branche vieillesse des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS), dont une majeure partie des ressources s'appuie sur l'activité, avait pleinement bénéficié de la reprise rapide de l'activité au cours de l'exercice 2021, pour améliorer son solde de 3,8 milliards d'euros et réduire son déficit à 1,1 milliard d'euros.

Cette trajectoire de quasi-retour à l'équilibre a été inversée en 2022 par des mouvements en dépense qui ont largement excédé la poursuite du rétablissement des recettes, entraînant un montant de dépenses final de 261,9 milliards d'euros, un

montant significativement supérieur à l'objectif fixé en LFSS 2022 ⁽¹⁾ pour le même champ, à savoir 256,6 milliards d'euros. Au regard des données présentes notamment dans le rapport remis à la Commission des comptes de la sécurité sociale au mois de septembre 2022, trois principaux facteurs expliquent cette augmentation de la dépense :

– la hausse du nombre de retraités, par un effet démographique « classique » et bien connu du « papy-boom » et qui dégrade progressivement, à l'échelle « tous-régimes », le ratio entre cotisants et retraités, de telle sorte que celui-ci est passé de 1,6 cotisant pour un retraité au début des années 2000 à 1,3 cotisant pour un retraité aujourd'hui. Bien que freiné en partie par le relèvement progressif de l'âge légal au cours de la décennie 2010, cet effet joue pleinement dans l'augmentation des dépenses des régimes obligatoires de retraite ⁽²⁾ ;

– l'effet dit « de noria », qui s'explique par le fait que les nouveaux assurés liquident des pensions de retraite dont le montant est en moyenne plus élevé que celui des pensionnés, du fait à la fois de carrières plus complètes et d'une amélioration progressive des carrières prises en compte pour les femmes qui liquident ⁽³⁾ ;

– de manière plus inattendue, la hausse de la revalorisation des pensions, en raison des pressions inflationnistes actuelles. Le décalage dû aux modalités habituelles d'indexation des pensions de retraite sur l'inflation au 1^{er} janvier de chaque année, dans un contexte plus difficile qu'auparavant, puisque l'indice des prix à la consommation hors tabac (IPCCHT) s'établit à 5,4 % pour l'année 2022. C'est ce qui a justifié l'engagement pris par le Président de la République et traduit dès la fin de la campagne législative d'une indexation anticipée des pensions de retraite sur l'inflation au 1^{er} juillet 2022. Cette protection du pouvoir d'achat de l'ensemble des retraités ⁽⁴⁾ a donc ajouté à la revalorisation effectuée au 1^{er} janvier 2022, de 1,1 %, une revalorisation de 4 %, entraînant une revalorisation en moyenne annuelle de 2,7 % de plus qu'en 2021 ⁽⁵⁾.

La répartition de ces effets entre les différents régimes varie, non pas en fonction des modalités de revalorisation qui sont désormais très proches pour l'ensemble des régimes, mais de la structure des populations pensionnées et de celles qui liquident leurs retraites au moment de l'exercice 2022. Les effets susmentionnés ont un impact avant tout sur le régime général, les régimes alignés et les régimes de la fonction publique (+ 4,7 % pour les premiers, + 4,8 % pour les

(1) Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

(2) Bien évidemment, et bien que cela ne fasse pas l'objet du présent commentaire, cet effet joue également pleinement pour les régimes complémentaires.

(3) La génération qui liquide aujourd'hui sa retraite à l'âge légal d'ouverture des droits, 62 ans, est née en 1960 et a donc connu une période d'activité des années 1980 aux années 2010 au cours desquelles le taux d'emploi des femmes a progressivement augmenté.

(4) Article 9 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

(5) 3,1 % de revalorisation annuelle en 2022, contre 0,4 % en 2021.

seconds), proches du rythme de progression de l'ensemble des régimes de base (+ 4,6 %), contre des augmentations plus contenues pour les régimes spéciaux (+ 2,8 %).

● L'augmentation des dépenses se traduit donc, pour l'année 2022, par le retour à une trajectoire déficitaire, qui se confirmerait en 2023.

LES COMPTES DE LA BRANCHE VIEILLESSE EN 2020 ET 2021 D'APRÈS LE PLFSS 2022

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
ROBSS			
2021	249,4	250,5	- 1,1
2022(rect.)	258,9	261,9	- 3,0

Source : PLFSS 2023.

II. UN OBJECTIF DE DÉPENSES EN FORTE AUGMENTATION, UNE TRAJECTOIRE TOUJOURS PLUS ÉLOIGNÉE DE L'ÉQUILIBRE

L'absence de mesures nouvelles inscrites dans le présent projet de loi concernant la branche vieillesse des ROBSS justifie un objectif de dépenses suivant le seul tendanciel.

● Les dépenses s'établiraient, en 2023, selon le présent article, à un montant de 273,3 milliards d'euros, en hausse de 11,4 milliards d'euros par rapport à 2022, correspondant à une augmentation de 4,35 % du montant de ces dépenses. Celui-ci est en ligne avec l'augmentation constatée en 2022, mais cette tendance est bien supérieure à celle qui précédait les poussées inflationnistes contemporaines, comme en atteste le tableau ci-dessous :

ÉVOLUTION DES MONTANTS ET DE L'OBJECTIF DE DÉPENSES DE LA BRANCHE VIEILLESSE DES ROBSS

(en milliards d'euros)

	2019	2020	2021	2022	2023
Montants et objectifs des dépenses	241,3	246,1	250,5	261,9	273,3
Augmentation d'un exercice à l'autre (euros)		4,8	4,4	11,4	11,4
Augmentation d'un exercice à l'autre (pourcentage)		1,99 %	1,79 %	4,55 %	4,35 %

Source : Annexe B du PLFSS 2023.

● L'augmentation du montant des dépenses tient naturellement au maintien d'un niveau d'inflation élevé, quoique moindre qu'en 2022, puisque l'IPCHT s'établirait à 4,3 % en 2023, mais la revalorisation anticipée effectuée en 2022 jouerait sur la progression des charges, notamment du régime général, à hauteur de 2 points ⁽¹⁾.

III. DES EFFETS SUR LE SOLDE DE LA BRANCHE POUR 2023, PRÉLUDE À UNE AUGMENTATION RAPIDE DU DÉFICIT

● L'augmentation des dépenses, telle que le prévoit le présent article, serait donc supérieure au rythme d'augmentation des recettes, qui serait de l'ordre de 4 %. Cet écart dans la progression entraîne un déficit qui s'établirait en 2023 à 3,5 milliards d'euros, en augmentation de 500 millions d'euros par rapport à 2022.

Le rapporteur pour la branche vieillesse ne peut naturellement que s'inquiéter, non seulement de ce résultat en 2023, qui vient en contrepoint de la réduction du déficit de la branche maladie ou l'accumulation d'excédents par les branches famille et accidents du travail-maladies professionnelles. Mais les effets de l'inflation sur la progression des dépenses, tout comme les effets démographiques susmentionnés, entraîneraient, selon les prévisions inscrites dans l'annexe B du présent projet de loi, la branche vieillesse dans des profondeurs budgétaires qu'elle n'avait pas atteintes, même au cœur de la crise sanitaire de 2020.

ÉVOLUTION DES RECETTES, DÉPENSES ET SOLDE DE L'ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS)

(en milliards d'euros)

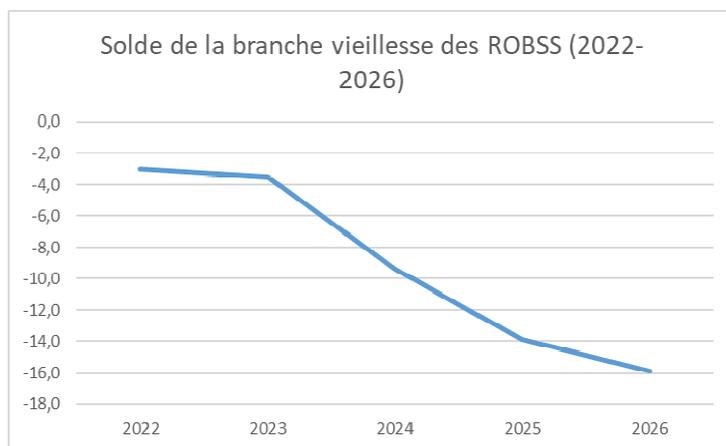
	2022	2023	2024	2025	2026
Recettes	258,9	269,8	280,3	289,4	297,7
Dépenses	261,9	273,3	289,7	303,3	313,7
Solde	- 3,0	- 3,5	- 9,4	- 13,9	- 15,9

Source : Annexe B du PLFSS 2023.

(1) Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, 2022.

ÉVOLUTION DU SOLDE DE L'ASSURANCE VIEILLESSE (ROBSS)

(en milliards d'euros)



Source : Annexe B du PLFSS 2023.

Le rapporteur pour la branche vieillesse estime qu'il devient désormais urgent de s'interroger sur la soutenabilité d'un système auquel les Français sont plus que jamais attachés, celui de la retraite par répartition. Cette réflexion doit naturellement associer l'ensemble des parties prenantes et respecter un calendrier de mise en œuvre compatible avec le meilleur service rendu aux assurés, comme l'a rappelé le premier président de la Cour des comptes lors de son audition par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

Pour autant, la dégradation inattendue et brutale des comptes de l'assurance vieillesse ne sauraient justifier le *statu quo*, au risque de limiter la capacité de la puissance publique à faire face à l'ensemble des enjeux qui l'attendent concernant à la fois notre système de retraites, mais aussi l'ensemble des politiques publiques susceptibles de protéger et d'accompagner nos concitoyens face au dérèglement climatique, à la transition démographique vers le grand âge ou encore la transition de notre système de santé vers une plus grande prévention.

*

* *

Article 51

Objectifs de dépenses de la branche famille

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale à 55,3 milliards d'euros.

I. LA BRANCHE FAMILLE POURSUIT SA TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE

A. UN EXCÉDENT STABLE ENTRE 2021 ET 2022

● Après une année marquée par un déficit de 1,8 milliard d'euros dans le contexte de la crise sanitaire, l'excédent de la branche famille s'est élevé à 2,9 milliards d'euros en 2021. Cet excédent s'explique principalement par la hausse des recettes, dans un contexte de reprise économique, portée par le dynamisme des cotisations (+ 9,6 %) et de la CSG (+ 6,5 %), qui a résulté du bond de la masse salariale du secteur privé (+ 8,9 %). Parallèlement, les dépenses de la branche autonomie ont diminué de 2,2 %, sous l'effet principalement de la baisse globale des prestations légales (- 4,5 %).

● En 2022, l'excédent de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) s'établirait à 2,7 milliards d'euros, en repli de 0,2 milliard par rapport à 2021.

● Pour ce qui est des dépenses, celles-ci s'établiraient à 50,8 milliards d'euros, soit une hausse de 3,9 % par rapport à 2021.

– Cette hausse tient d'abord à l'augmentation des prestations légales nettes de la branche – principalement les prestations d'entretien et les prestations d'accueil du jeune enfant (Paje) – avec la revalorisation exceptionnelle de 4 % de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) prévue par la loi du 16 août 2022 portant mesures d'urgences pour la protection du pouvoir d'achat ⁽¹⁾ et qui devraient représenter 36,9 milliards d'euros.

– Les prestations extralégales nettes seraient également très dynamiques (+ 7,6 %) avec une hausse de 15 % de la prestation de service unique (PSU) et une augmentation de 28,5 % des dépenses d'investissement petite enfance visant à financer la création de 14 800 nouvelles places en établissement d'accueil du jeune enfant (EAJE).

– L'année 2022 se caractériserait enfin par la hausse des transferts à la charge de la Cnaf (+ 4,2 %), avec les prises en charge de prestations au titre de des majorations pour enfants versés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'allongement du congé paternité et d'accueil de l'enfant de onze à vingt-cinq jours.

(1) Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat.

• Pour ce qui est des recettes, celles-ci s'établiraient à 53,5 milliards d'euros, soit une hausse de 3,4 % par rapport à 2021, principalement portée par :

– une hausse des cotisations sociales brutes des actifs de 7,7 % atteignant 34,1 milliards d'euros. L'année 2022 est par ailleurs marquée par la baisse de la prise en charge des cotisations par l'État (- 20,7 %) en raison de la quasi-disparition des dispositifs d'exonération exceptionnels mis en place durant la crise sanitaire ;

– une progression de 6,5 % des recettes de la CSG, fixées à 13,1 milliards d'euros, dans un contexte de dynamisme de la masse salariale privée pour la part assise sur les revenus d'activité et par la revalorisation anticipée des pensions pour celle assise sur les revenus de remplacement.

En revanche, les recettes fiscales devraient fortement chuter (- 17,5 %) pour atteindre 4,8 milliards d'euros, principalement en raison d'une baisse ponctuelle de la quote-part de la taxe sur les salaires affectée à la branche, qui passerait de 18,5 % à 10,7 % au profit de la branche maladie. Cette baisse vise à compenser le coût des indemnités journalières dérogatoires versées pendant la crise sanitaire aux parents contraints d'interrompre leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants, d'un montant de 1 milliard d'euros et supporté par la branche maladie.

B. EN 2023 AVANT MESURES NOUVELLES, LE SOLDE DE LA CNAF S'AMÉLIORERAIT DE NOUVEAU

En 2023, selon le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'excédent de la Cnaf devrait poursuivre sa progression pour atteindre 4,2 milliards d'euros, soit une amélioration de 1,5 milliard d'euros avant mesures nouvelles.

S'agissant des dépenses, un effet plafond négatif devrait freiner la dynamique des prestations en 2023. En effet, la hausse des revenus de 2021, prise en compte dans la base ressources des allocataires en 2023, a été en moyenne supérieure à la revalorisation du plafond 2023, indexée sur l'inflation hors tabac de l'année 2021, conduisant de nombreux allocataires à dépasser le plafond de ressources ouvrant droit aux allocations familiales.

Les recettes de la branche devraient par ailleurs connaître une évolution dynamique (+ 5,8 %), résultant pour moitié de la taxe sur les salaires et pour moitié de la croissance des cotisations et de la CSG.

II. L'OBJECTIF DE DÉPENSES POUR 2023 POURSUIT UNE TRAJECTOIRE EXCÉDENTAIRE

L'article 51 du présent projet de loi fixe les objectifs de dépense de la branche famille pour l'année 2023 à 55,3 milliards d'euros, en hausse de 4,4 milliards d'euros par rapport à 2022.

Le niveau de solde retenu dans l'annexe B du présent projet de loi (2,6 milliards d'euros) par rapport à celui présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale (4,2 milliards d'euros) s'explique principalement par le transfert de la part du congé maternité post-natal, pour 2 milliards d'euros, prévu dans le présent projet de loi, et par la revalorisation de 50 % de l'allocation de soutien familial. L'excédent de la branche diminuerait ainsi de moitié, pour s'établir à 1,3 milliard d'euros en 2023.

L'annexe B prévoit une diminution progressive de l'excédent de la branche, qui s'élèverait à 0,7 milliard d'euros à l'horizon 2026, du fait de dépenses portées par l'indexation des prestations légales et de la montée en charge des mesures prévues dans le champ de la politique famille pour ce quinquennat, s'agissant notamment de la réforme du complément de libre choix de mode de garde (CMG) et du déploiement du service public de la petite enfance.

*

* *

Article 52

Objectifs de dépenses de la branche autonomie

Adopté par la commission sans modification

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale à 37,3 milliards d'euros, un chiffre en hausse de 5,3 % par rapport à 2022.

I. UNE BRANCHE EN LÉGER DÉFICIT EN 2022, APRÈS L'EXCÉDENT RENCONTRÉ EN 2021

A. UNE FORTE AUGMENTATION DES DÉPENSES EN 2021 ET 2022

● En 2021, le solde de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est légèrement excédentaire (+ 0,3 milliard d'euros), après un déficit de 0,6 milliard d'euros en 2020. Cette amélioration s'explique principalement par une progression des recettes plus forte que les dépenses, en lien avec la conjoncture économique.

Les dépenses de la CNSA ont progressé de 10,8 % pour atteindre 32,5 milliards d'euros en 2021. Cette augmentation s'explique pour partie par l'intégration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) précédemment prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) (soit 4,1 points de la hausse des charges de la CNSA), mais également par les dépenses des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), entrant dans le champ de l'objectif global de dépenses, qui ont progressé de 4,9 %. Au total, les dépenses relatives au Ségur de la santé et au covid-19 ont en effet pesé respectivement pour 2,6 milliards et 0,7 milliard d'euros dans les comptes de la branche autonomie. Les transferts de la CNSA aux départements, qui couvrent principalement les concours au titre de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH), ont également poursuivi leur croissance (+ 3,6 %).

Les recettes de la CNSA ont progressé de 14,1 % – après 10,6 % en 2020 – pour atteindre 32,8 milliards d'euros. Cette augmentation s'explique principalement par l'affectation à la CNSA d'une fraction de 1,93 point de contribution sociale généralisée (CSG) sur les revenus d'activité, de remplacement et de capital, en remplacement de la dotation jusque-là versée par la Cnam au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) médico-social (+ 26,6 milliards d'euros). Cette progression est aussi liée à l'augmentation de la contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) de 6,9 %, du fait de la dynamique de la masse salariale du secteur privé.

● En 2022, le solde de la CNSA devrait être déficitaire de 0,5 milliard d'euros, sous l'effet de dépenses plus dynamiques que les recettes.

– L’augmentation des dépenses, qui devraient atteindre 35,3 milliards d’euros, se poursuit (+ 8,5 %) et s’explique principalement par l’extension des revalorisations des accords du Ségur de la santé à l’ensemble des ESMS (accords « Laforcade », 0,5 milliard d’euros) et aux professionnels de la filière socio-éducative (conférence des métiers, 0,4 milliard d’euros), ainsi que par la revalorisation du point d’indice de la fonction publique de 3,5 % à compter de juillet 2022. Les prestations d’objectif global de dépenses (OGD) progresseraient ainsi, de 6,2 %.

Ces dépenses dynamiques sont également liées à la forte hausse de l’AEEH (+ 11,2 %), sous l’effet d’une meilleure reconnaissance et prise en charge du handicap de l’enfant et de la revalorisation anticipée des prestations de 4 % au 1^{er} juillet, qui s’est ajoutée à la revalorisation légale de 1,8 % intervenue le 1^{er} avril 2022. Les dépenses d’allocation journalière du proche aidant (AJPA) devraient également augmenter et atteindre 77 millions d’euros.

Cette trajectoire s’explique enfin par la hausse très nette des transferts de la CNSA aux départements (+ 20,1 %), dans le contexte de la réforme du financement des services à domicile adoptée en LFSS 2022 (notamment la mise en place d’un tarif plancher pour les services d’aide et d’accompagnement à domicile (SAAD). La CNSA finance enfin la prestation de compensation du handicap (PCH) parentalité à partir de 2002.

– Estimées à 34,9 milliards d’euros, les recettes de la branche autonomie devraient moins augmenter que les dépenses mais connaissent une progression continue (+ 6,3 %), en raison de l’augmentation attendue de la masse salariale (+ 8,4 %), qui devrait améliorer le rendement de la taxe sur les salaires, de la CSA activité ainsi que de la CSG assise sur les revenus d’activité.

La CSG assise sur les revenus d’activité devrait ainsi progresser de 7 % (contribuant pour 4,2 points à la croissance des recettes), tandis que les recettes de la CSG capital bénéficieraient de la croissance attendue de l’activité (+ 0,8 point). À l’inverse, la CSG remplacement devrait diminuer. Enfin, le recouvrement devrait s’améliorer, en lien avec la reprise économique.

La hausse du rendement de taxe sur les salaires s’expliquerait par ailleurs par l’affectation d’une fraction supplémentaire à la CNSA (+ 0,4 point, soit 0,1 milliard d’euros), afin de permettre à cette dernière de financer la PCH parentalité, ainsi que par le transfert à l’OGD des dépenses d’accueil des Français dans les établissements belges pour des raisons de handicap, autrefois pris en charge par la Cnam.

B. DES DÉPENSES TOUJOURS EN HAUSSE EN 2023, HORS MESURES NOUVELLES

En 2023, selon le rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2022, les comptes de la cinquième branche seraient déficitaires à hauteur de 0,9 milliard d'euros avant mesures nouvelles.

- Les charges devraient ainsi augmenter de 4,7 % pour atteindre 37 milliards d'euros, en raison de l'augmentation des prestations de 5 %. En effet, l'OGD devrait progresser de 5,0 % avant mesures nouvelles, tandis que l'AEEH conserverait sa dynamique (+ 9,5 %).

Les transferts de la CNSA devaient en revanche être moins dynamiques, augmentant de 2,9 %, contre 20,1 % en 2022. Les subventions aux fonds, organismes et départements poursuivraient leur évolution à la hausse (+ 6,5 %), de même que les concours aux départements au titre de l'APA et de la PCH (+ 6,2 %) en raison, d'une part de la variation de la CSG sur laquelle ils sont indexés (+ 4,1 %) et d'autre part, de la montée en charge de la PCH parentalité. Le concours de la CNSA au titre de la dotation complémentaire pour les SAAD devrait également poursuivre sa montée en charge. En revanche, les dépenses d'investissement devraient être en net recul (- 42,7 % pour celles destinées aux personnes âgées), dans la mesure où les échéances les plus importantes du plan de relance étaient prévues pour 2021 et 2022.

Le dynamisme des recettes devrait se poursuivre (+ 4,1 %), portant celles-ci à 36 milliards d'euros en 2023. La hausse de ces recettes s'explique principalement par l'augmentation attendue de la masse salariale dans le secteur privé (+ 4,8 %). La dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour le financement du soutien des investissements dans les établissements de santé baisserait quant à elle d'environ 27,7 %.

ÉVOLUTION DES CHARGES ET DES PRODUITS DE LA CNSA

En millions d'euros

	2019	2020	%	2021	%	2022 (p)	%	2023 (t)	%
CHARGES	25 874	29 369	13,5	32 549	10,8	35 329	8,5	36 974	4,7
PRESTATIONS SOCIALES	22 337	25 510	14,2	27 962	9,6	29 830	6,7	31 327	5,0
Prestations OGD (*)	22 336	25 495	14,1	26 753	4,9	28 404	6,2	29 773	4,8
OGD - Personnes âgées	10 592	13 125	23,9	14 172	8,0	14 555	2,7	15 264	4,9
OGD - Personnes handicapées	11 744	12 369	5,3	12 581	1,7	13 849	10,1	14 509	4,8
AEEH				1 213		1 349	11,2	1 476	9,5
Aide aux aidants	1	15	++	-4		77		77	0,0
TRANSFERTS	3 506	3 823	9,0	4 429	15,9	5 322	20,1	5 478	2,9
AVPF				0		16		16	0,0
Subventions d'investissement (dont numérique)	128	142	10,3	584	++	572	-2,1	420	-26,6
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes âgées	97	95	-1,7	439	++	417	-5,1	239	-42,7
Plans d'aide à l'investissement (PAI) - personnes handicapées	31	46	47,4	45	-2,5	30	-33,4	31	3,4
FMIS et ANS (investissements en numérique)	0	0		90		115	28,5	138	19,6
FIR (investissements en numérique)	0	0		10		10	-5,9	12	25,0
Subventions aux fonds, organismes et départements	3 377	3 681	9,0	3 845	4,5	4 733	23,1	5 042	6,5
Participation aux dépenses du FIR	153	164	7,3	169	2,8	175	3,9	168	-4,1
Concours versés aux départements	3 059	3 296	7,7	3 413	3,6	3 753	9,9	3 985	6,2
Autres subventions	166	221	33,5	263	18,9	806	++	889	10,3
CHARGES DE GESTION COURANTE	31	37	20,0	141	++	176	25,1	159	-10,0
AUTRES CHARGES NETTES	0	0		17		1		10	++
PRODUITS	25 985	28 744	10,6	32 803	14,1	34 861	6,3	36 060	3,4
Contributions, impôts et produits affectés	5 047	4 766	-5,6	32 238	++	34 256	6,3	35 661	4,1
CSG brute	2 280	2 110	-7,4	28 963	++	30 509	5,3	31 739	4,0
CSG sur revenus d'activité	2 280	2 110	-7,4	19 390	++	20 754	7,0	21 577	4,0
CSG sur revenus de remplacement	0	0	-11,5	6 595	++	6 500	-1,4	6 784	4,4
CSG sur revenus du capital	0	0		2 978		3 255	9,3	3 378	3,8
CSA brute	2 049	1 979	-3,4	2 114	6,9	2 274	7,6	2 376	4,4
CSA assise sur revenus d'activité	2 048	1 979	-3,4	2 114	6,9	2 274	7,6	2 376	4,4
CSA assise sur revenus du capital	1	0		0		0		0	
CASA Brute	762	760	-0,3	783	3,0	822	5,0	864	5,0
Prélèvement social sur les revenus du capital	8	-4		0		0		0	
Contributions prises en charges par l'Etat	18	41	++	92	++	34		21	-37,4
Taxe sur les salaires	0	0		586		701	19,7	740	5,6
Charges nettes liées au non recouvrement	-70	-120	++	-301	++	-85		-78	-8,0
TRANSFERTS	20 935	23 970	14,5	553	--	552	-0,2	399	-27,7
Transfert RG - ACOSS	0	0		3		0		0	
Financement des dotations aux établissements santé pour le soutien de l'investissement	0	0		550		552	0,4	399	-27,7
Dotation ONDAM	20 935	23 970	14,5	0	--	0		0	
Autres produits	3	8	++	12	++	53	++	0	--
RESULTAT NET	111	-625		254		-468		-914	

Source : Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2021, prévisions 2022 et 2023, septembre 2022.

* Jusqu'en 2020, les dépenses d'OGD étaient dans les transferts entre organismes de sécurité sociale ; pour faciliter la lecture du tableau, les montants ont été remontés en prestations.

II. UN SOLDE DÉGRADÉ, EN RAISON D'UNE PROGRESSION DES DÉPENSES TOUJOURS AUSSI SOUTENUE EN 2023

Le présent article fixe les objectifs de dépenses de la branche autonomie à 37,3 milliards d'euros pour l'année 2023, en hausse de 5,3 % par rapport à l'objectif de 2022 tel que rectifié à l'article 3 du présent projet de loi (35,4 milliards d'euros).

- Le déficit de la branche autonomie devrait continuer de se creuser pour atteindre 1,2 milliard d'euros, sous l'effet de dépenses prévisionnel au titre du financement des ESMS en progression de 6 %, avec un objectif global de dépenses porté respectivement à 5,1 % et 5,2 % dans les champs des personnes âgées et des personnes handicapées, atteignant 30 milliards d'euros. En prenant en compte l'effet année pleine de revalorisation du point d'indice (0,3 milliard d'euros), le total des mesures nouvelles financées en 2023 dans l'OGD s'élève à 1,2 milliard.

**COÛT DES MESURES NOUVELLES PRÉVUES POUR L'ANNÉE 2023
SELON L'ANNEXE 7 DU PLFSS**

Tableau 3 • Mesures nouvelles 2023 (en M€)

	Personnes âgées	Personnes en situation de handicap	Ensemble des mesures nouvelles de l'OGD 2023
Revalorisations salariales (hors revalorisation du point d'indice)	75	131	206
Domicile	124	-	124
Créations de places	5	110	115
Actualisation des coupes Pathos	106	-	106
Renforcement des ressources humaines en EHPAD	52	-	52
Centres de ressources territoriaux	40	-	40
Mesures autisme	-	67	67
Autres mesures	40	67	107
Total	442	375	817
Total MN + Revalorisation du point d'indice	623	533	1 156

Source : DSS/SD1/1A

Outre la poursuite des revalorisations salariales, le présent projet de loi prévoit plusieurs mesures visant à renforcer les moyens mis à disposition des Ehpad et améliorer la prise en charge des personnes, pour un coût total d'environ 200 millions d'euros : actualisation des coupes « PATHOS » (106 millions d'euros), augmentation des taux d'encadrement en Ehpad (52 millions d'euros) et déploiement des centres de ressources territoriaux (40 millions d'euros).

Cette hausse des dépenses de la branche s'explique aussi par la mise en place de mesures ambitieuses dans le champ du domicile, comme la création de places dans les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et le financement de la réforme tarifaire des SSIAD, pour un coût de près de 124 millions d'euros. Enfin, sur le champ des personnes en situation de handicap, le PLFSS 2023 prévoit de consacrer 110 millions d'euros à la création de nouvelles places d'accueil et 67 millions d'euros au développement de l'offre de prise en charge de personnes atteintes de troubles du spectre de l'autisme.

Cette hausse des dépenses de la branche s'explique par ailleurs par une hausse des concours de la CNSA au titre de l'APA et de la PCH, sous l'effet d'une part, de la compensation aux départements des dépenses de PCH parentalité et d'autre part, de la compensation de l'instauration d'un tarif national minimal de référence de 22 euros pour les heures d'aide et d'accompagnement à domicile adoptée en LFSS 2022. Les dépenses de prestations de la branche autonomie (APA, PCH, AJPA et AEEH) devraient d'ailleurs évoluer de 7 % en 2023 pour s'établir à 5,1 milliards d'euros.

Le déploiement d'un grand plan de relance de l'investissement dans les ESMS devrait par ailleurs se poursuivre (pour un coût de 0,3 milliard d'euros pour la CNSA), de même que le déploiement d'un volet numérique médico-social pour un montant de 0,6 milliard d'euros.

- Selon l'annexe B du PLFSS 2023, à partir de 2024, la branche autonomie devrait bénéficier d'une fraction de CSG augmentée de 0,15 point supplémentaire de la part de la Cades, conformément aux dispositions de la loi du 7 août 2020

relative à la dette sociale et à l'autonomie ⁽¹⁾. La CNSA afficherait alors un excédent de 0,9 milliard d'euros, qui diminuerait quelque peu par la suite du fait notamment de la création de 50 000 postes à terme en Ehpad, et du financement de temps dédiés au lien social auprès des personnes âgées qui bénéficient d'un plan d'aide à domicile.

*

* *

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

Article 53

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

Adopté par la commission sans modification

L'article 53 fixe les charges prévisionnelles des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale – en l'espèce du seul Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Les dépenses du FSV devraient s'élever à 19,3 milliards d'euros en 2023, en augmentation de 1,3 milliard d'euros au regard du « constaté » en 2022.

I. UNE AMÉLIORATION CONTINUE DES COMPTES DEPUIS 2020

● Après un exercice 2020 dégradé, comme l'ensemble des branches des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (ROBSS), l'exercice 2021 s'est traduit par une réduction du déficit de 1 milliard d'euros.

● Le redressement pour 2022 est spectaculaire ⁽¹⁾, mais témoigne d'une poursuite continue de l'amélioration du solde depuis 2020, qui viendrait toutefois se dégrader en 2023, pour poursuivre ensuite sa trajectoire excédentaire croissante.

EXÉCUTION ET PRÉVISIONS DE SOLDE DU FSV

(en milliards d'euros)

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Solde	- 2,5	- 1,5	1,3	0,8	1,3	1,8	2,3

Source : Annexe B du PLFSS 2023.

II. DES DÉPENSES EN FORTE AUGMENTATION POUR 2023

● Alors que l'année 2022 s'était traduite par une diminution de l'objectif des dépenses au regard de l'année 2021, l'objectif de dépenses pour 2023, fixé par le présent article à 19,3 milliards d'euros, témoigne de la vigueur de la reprise des charges du FSV (+ 1,3 milliard d'euros, soit + 4,5 %), qui tient notamment à plusieurs effets documentés, auprès du rapporteur, par le président du FSV :

– la revalorisation successive du Smic, qui a un impact sur les cotisations prises en charge par le FSV, à un rythme de 4,2 % ;

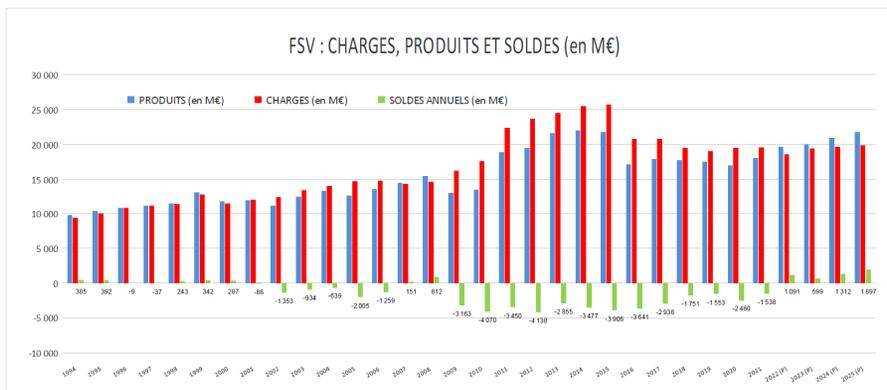
– la revalorisation de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), prévue également à 4,2 % ;

– une augmentation, au stade des informations dont dispose le rapporteur, du nombre de chômeurs d'environ 33 000 personnes, soit une augmentation de 5,1 % des charges.

(1) Cf. commentaire de l'article 3 du présent projet de loi.

Le rythme de progression des recettes s'établissant à 4 % pour 2023, il s'ensuit une dégradation du solde de 500 millions d'euros.

Les prévisions inscrites dans le tableau ci-dessus laissent toutefois apparaître une trajectoire excédentaire croissante retrouvée à compter de 2024, qui est, pour le rapporteur, une nouvelle d'autant plus appréciable qu'elle tranche avec l'évolution habituelle des comptes du FSV.



Source : Documentation fournie au rapporteur par le président du FSV.

● Cette situation excédentaire tranche naturellement avec l'évolution de celle de la branche vieillesse de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale, et pose, selon le rapporteur, la question de l'évolution du FSV lui-même. Alors qu'il retrouve une vocation qui lui était originale, à savoir contribuer au financement de la sécurité sociale, par le biais de ses excédents, ces derniers pourraient continuer à diminuer les déficits de plus en plus « abyssaux » qui guettent l'assurance vieillesse à horizon 2026 ou, plus simplement, aider la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) à assurer la soutenabilité de sa trajectoire d'amortissement de la dette sociale, à horizon 2033.

*

* *

ANNEXES

ANNEXE N° 1 : LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LE RAPPORTEUR GÉNÉRAL ET LES RAPPORTEURS THÉMATIQUES

(par ordre chronologique)

- *Table ronde des représentants des assistants et assistantes maternels*
 - **Union fédérative nationale des associations de familles d'accueil et assistants maternels (UFNAFAAM)** – Mme Sandra Onyszko, directrice de la communication et du développement
 - **Association nationale des assistants maternels assistants & accueillants familiaux (ANAMAFA)** – Mme Marie Noëlle Petitgas, présidente, et Mme Florence Gousseau, secrétaire
 - **Confédération associative syndicale des assistants maternels, assistants et accueillants familiaux (CASAMAFA)** – M. Bruno Roy, secrétaire général, et Mme Séverine David, trésorière
- **Fédération française des entreprises de crèches (FFEC) (*)** – Mme Thérèse Majnoni d'Intignano, Les Paradis de Jules et Juliette, vice-présidente de la FFEC, M. Sacha Tikhomiroff, Les Petits Chaperons Rouges, vice-président de la FFEC, et Mme Elsa Hervy, déléguée générale
- *Table ronde de représentants des aidants familiaux*
 - **Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire Fnaafp/CSF** – M. Jean-Laurent Clochard, responsable du pôle familles
 - **Association française des aidants (AFA)** – Mme Gwénaëlle Thual, présidente
- **France assos santé (*)** – M. Gérard Raymond, président, Mme Féreuze Aziza, chargée de mission assurance maladie, et M. Yann Mazens, chargé de mission produits et technologies de santé
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)** - M. Frédéric Favié, président du conseil d'administration
- **Conseil d'orientation des retraites (COR)** – M. Pierre-Louis Bras, président, et M. Emmanuel Bretin, secrétaire général
- **Fonds de réserve pour les retraites (FRR)** – Mme Sandrine Lémery, présidente du conseil de surveillance, et M. Yves Chevalier, membre du directoire

- **Les entreprises du médicament (LEEM) (*)** – **M. Thierry Hulot**, président **M. Philippe Lamoureux**, directeur général, **M. Éric Baseilhac**, directeur accès, économie et export, et **M. Laurent Gainza**, directeur des affaires publiques
- **Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM) (*)** – **M. Éric Le Roy**, directeur général, **M. François-Régis Moulines**, directeur des affaires gouvernementales, et **Mme Alexandra Leurs**, spécialiste en affaires publiques
- **Commission AT-MP de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **Mme Sylvie Dumilly**, présidente, **Mme Viviane Uguen**, première vice-présidente, et **M. Serge Journoud**, deuxième vice-président
- *Table ronde de fédérations hospitalières*
 - **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) (*)** – **Mme Christine Schibler**, déléguée générale, **Mme Béatrice Noëllec**, directrice des relations institutionnelles, et **Mme Aude Lecat**, directrice du pôle juridique
 - **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) (*)** – **Mme Elisabeth Hubert**, présidente
 - **Fédération hospitalière de France (FHF) (*)** – **Mme Zaynab Riet**, déléguée générale, et **Mme Cécile Chevance**, responsable du pôle OFFRES (offre de soins, finances, FHF data, recherche, E-santé)
 - **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP) (*)** – **M. Antoine Perrin**, directeur général, **Mme Sarah Bekhada**, directrice adjointe de l'offre de soins et de la coordination des parcours de santé, et **M. Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie
- *Table ronde d'organisations syndicales*
 - **Confédération française de l'encadrement – Confédération générale des cadres (CFE-CGC)** – **Mme Anne Bernard**, chef de service économie, protection sociale, et **M. Pierre Roger**, secrétaire national en charge de la protection sociale
 - **Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)** – **Mme Christine Lecerf**, première secrétaire générale adjointe, en charge des questions d'assurance maladie et du financement de la protection sociale, et **M. Pascal Leblond**, chef de file pour la branche famille
 - **Confédération française démocratique du travail (CFDT)** – **Mme Jocelyne Cabanal**, secrétaire nationale, **M. Luc Mathieu**, secrétaire national, et **M. Xavier Becker**, secrétaire confédéral en charge du financement de la protection sociale

– **Confédération générale des travailleurs (CGT)** – **Mme Catherine Perret**, secrétaire confédérale, et **M. Alexis Jeamet**, secrétaire confédéral

– **Force ouvrière (FO)** – **M. Éric Gautron**, secrétaire confédéral en charge du secteur protection sociale, **M. Guillaume Commenge**, assistant en charge de la branche maladie et financement de la sécurité sociale, et **M. Léo Lasnier**, assistant en charge de la branche famille et recouvrement

➤ *Table ronde d'organisations patronales*

– **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)** (*) – **M. Éric Chevée**, vice-président chargé des affaires sociales, **Mme Gwendoline Delamare-Deboutteville**, responsable des affaires sociales, et **M. Adrien Dufour**, chargé de mission affaires publiques

– **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)** (*) – **M. Patrick Martin**, président délégué, **Mme Diane Deperrois**, présidente de la commission protection sociale, **Mme Elizabeth Vital Durand**, directrice du pôle affaires publiques, et **M. Sébastien Velez**, directeur de la protection sociale

➤ **Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFiPS)** – **M. Dominique Libault**, président, auteur du rapport *Vers un service public territorial de l'autonomie*

➤ **Union nationale des associations familiales (UNAF)** – **Mme Marie-Andrée Blanc**, présidente, **Mme Guillemette Leneveu**, directrice générale, **M. Jean-Philippe Vallat**, directeur des politiques et actions familiales et des études, et **Mme Claire Ménard**, chargée des relations parlementaires

➤ *Table ronde des représentants d'établissement :*

– **Fédération hospitalière de France (FHF)** (*) – **M. Marc Bourquin**, conseiller stratégie, et **M. Marc-Antoine Thévenot**, responsable adjoint pôle autonomie-parcours

– **Syndicat national des établissements et résidences privés pour personnes âgées (SYNERPA)** (*) – **Mme Florence Arnaiz-Maumé**, déléguée générale, **Mme Pauline Meyniel**, responsable du pôle médico-social, et **Mme Diane-Sophie Laroche**, conseillère affaires publiques

– **Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)** (*) – **M. Antoine Perrin**, directeur général, et **M. Jean-Christian Sovrano**, directeur de l'autonomie et de la coordination des parcours de vie

– **Croix-Rouge française** (*) – **M. Claudy Jarry**, directeur général adjoint exploitation

– **NEXEM** (*) (organisation professionnelle des employeurs du secteur social, médico-social et sanitaire privé à but non lucratif) – **Mme Dorothée Bedok**, directrice générale adjointe, et **Mme Marie Aboussa**, directrice du pôle offre sociale et médico-sociale

– **Fédération nationale Avenir et qualité de vie des personnes âgées (FNAQPA)** – **Mme Clémence Lacour**, responsable des relations institutionnelles

➤ **Confédération des buuralistes** (*) – **M. Philippe Coy**, président, **Mme Stéphanie Cazaban-Marque**, directrice du pôle opérationnel, et **M. Jean-Paul Vaslin**, directeur du pôle affaires publiques

➤ **Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)** – **Mme Séverine Salgado**, directrice générale, et **M. Yannick Lucas**, directeur des affaires publiques

➤ *Table ronde de fédérations d'aide à domicile:*

– **Fédération nationale Adédom La Fédération du domicile (ex-ADESSA domicile)** – **M. Hugues Vidor**, directeur général

– **Aide à domicile en milieu rural (ADMR)** – **M. Jérôme Perrin**, directeur développement et qualité

– **Fédération française des services à la personne et de proximité (FEDESAP)** (*) – **M. Frank Nataf**, vice-président, et **Mme Anne Richard**, responsable médico-social

– **Fédération nationale des associations de l'aide familiale populaire (Fnaafp/CSF)** – **M. François Edouard**, vice-président

– **Union nationale de l'aide, des soins et des services aux domiciles (UNA)** – **M. Marc Dupont**, vice-président et **M. Vincent Vincentelli**, responsable réglementation sectorielle

– **Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (UNIOPSS)** (*) – **M. Jérôme Voiturier**, directeur général

➤ **Assemblée des départements de France (ADF)** – **M. Olivier Richefou**, président du département de la Mayenne, président du groupe de travail grand âge, **M. Eric Bellamy**, directeur délégué solidarité, santé et travail, et **M. Brice Lacourieux**, conseiller relations avec le Parlement

➤ **Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH)** – **Mme Danièle Langlois**, vice-présidente, présidente de la commission organisation institutionnelle, **M. Vincent Assante**, vice-président, président de la commission compensation et ressources, et **Mme Marie-Jeanne Richard**, assesseure de la commission santé

- **Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS)** – **Mme Isabel Madrid**, membre du conseil d'administration, **Mme Elodie Bacoup**, conseillère technique auprès de la délégation, et **M. Sacha Loizeau**, chargé des relations parlementaires auprès de la délégation générale
- **Fédération nationale des Marpa** – **Mme Marion Le Cam**, directrice de l'offre de services
- **Fédération des particuliers employeurs (FEPEM)** (*) – **Mme Marie-Béatrice Levaux**, présidente, **M. Michaël Christophe**, directeur de cabinet de la présidente et délégué aux affaires publiques sectorielles, et **M. Robin Cloedt**, responsable des politiques sociales
- **Comité économique des produits de santé (CEPS)** – **M. Philippe Bouyoux**, président, **Mme Catherine Rumeau-Pichon**, vice-présidente produits et prestations, et **M. Jean-Patrick Sales**, vice-président médicament
- **Conseil d'administration de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)** - **M. Jean-Louis Rey**, président, et **Mme Geneviève Gauthey**, secrétaire générale
- **Urassaf Caisse nationale** – **M. Yann-Gaël Amghar**, directeur général
- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)** (*) – **M. Pascal Cormery**, président, et **Mme Christine Dechesne-Céard**, directrice de la réglementation
- **Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav)** – **M. Éric Blachon**, président, et **M. Renaud Villard**, directeur
- *Table ronde des représentants des internes en médecine*
 - **Association nationale des étudiants en médecine de France (ANEMF)** (*) – **M. Yaël Thomas**, président
 - **Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (ISNAR-MG)** – **M. Théophile Denise**, premier vice-président, et **M. Victor Vandenberghe**, vice-président
 - **Intersyndicale nationale des internes (ISNI)** – **M. Guillaume Bailly**, premier vice-président, et **M. Charles Sfeir**, vice-président politiques de santé et démographie

➤ *Audition conjointe :*

– **Syndicat des biologistes** (*) – **M. François Blanchecotte**, président, et **Dr Géraldine Jacob**, membre du bureau national, responsable de la coordination avec les administrations et le ministère

– **Association Pour le progrès de la biologie médicale (APBM)** – **M. Alain Le Meur**, président, **Mme Catherine Courboillet**, vice-présidente, et **M. Richard Fabre**, membre

➤ **Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)** – **M. Jean-Benoît Dujol**, directeur général de la cohésion sociale, **M. Arnaud Flanquart**, sous-directeur de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées, et **M. Olivier Bachellery**, sous-directeur des affaires financières et de la modernisation

➤ **Comité de liaison des institutions ordinales (CLIO)** – **M. Patrick Chamboredon**, président, **Mme Isabelle Derrendiger**, présidente de l'ordre des sages-femmes, **M. Philippe Pommarade**, président de l'ordre des chirurgiens-dentistes, **M. Éric Prou**, président de l'ordre des pédicures-podologues, **M. Pascal Mathieu**, président de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, **M. François Arnault**, président de l'ordre des médecins, et **M. Alain Delgutte**, membre du conseil de l'ordre des pharmaciens

➤ **Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf)** – **Mme Isabelle Sancerni**, présidente du conseil d'administration, et **M. Nicolas Grivel**, directeur général

➤ **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)** – **Mme Virginie Magnant**, directrice générale

➤ **Association générale des institutions de retraite des cadres – Association des régimes de retraite complémentaire (AGIRC-ARRCO)** – **M. Didier Weckner**, président, et **M. François-Xavier Selleret**, directeur général

➤ **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)** – **M. Fabrice Gombert**, président, **M. Thomas Fatôme**, directeur général, **Mme Véronika Levendof**, en charge des relations avec le Parlement, et **M. Lorenzo Lanteri**, chargé de mission

➤ **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)** – **Mme Cécile Lambert**, directrice générale par intérim

➤ **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** – **Mme Christelle Ratignier-Carbonneil**, directrice générale, **Mme Caroline Semaille**, directrice générale adjointe chargée des opérations, **Mme Hélène Poirier**, directrice générale adjointe chargée des ressources, et **Mme Carole Le Saulnier**, directrice réglementation et déontologie

- **Comité de suivi des retraites (CSR) – M. Didier Blanchet**, président
- **Direction de la sécurité sociale (DSS) – M. Franck von Lennep**, directeur

() Ces représentants d'intérêts ont procédé à leur inscription sur le répertoire de la Haute Autorité pour la transparence de la vie publique, s'engageant ainsi dans une démarche de transparence et de respect du code de conduite établi par le Bureau de l'Assemblée nationale.*

ANNEXE N° 2 :
TEXTES SUSCEPTIBLES D'ÊTRE ABROGÉS OU MODIFIÉS À L'OCCASION
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI

Proposition de loi	Dispositions en vigueur modifiées	
<i>Article</i>	<i>Codes et lois</i>	<i>Numéro d'article</i>
5	Code de la sécurité sociale	L. 133-8-4, L. 133-8-6, L. 243-7, L. 243-7-1 A
5	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019	20
5	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021	13
6	Code de la sécurité sociale	L. 133-4-5, L. 133-5-3, L. 133-5-3-1, L. 213-1-1, L. 243-7-4, L. 243-7-7, L. 243-13
6	Code rural et de la pêche maritime	L. 724-11, L. 722-24, L. 722-24-1, L. 722-24-2, L. 725-3, L. 725-3-2
6	Loi du 12 juillet 1937 instituant une caisse de retraite et d'assistance des clercs de notaires	3
6	Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019	18
6	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021	12
7	Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018	8
8	Code des impositions sur les biens et services	L. 314-2, L. 314-3, L. 314-4, L. 314-16-1 [nouveau], L. 314-19, L. 314-20, L. 314-24, L. 314-25, L. 314-29
8	Code général des impôts	575 E bis
9	Code de la sécurité sociale	L. 642-4-2
9	Code de la santé publique	L. 6311-3

10	Code de la sécurité sociale	L. 131-7, L. 223-1, L. 241-2, L. 330-1
10	Code rural et de la pêche maritime	L.731-2, L.741-9
17	Code de la santé publique	L. 1411-6, L. 1411-6-2 [nouveau], L. 1411-7, L. 1411-8,
17	Code de la sécurité sociale	L.160-8, L. 160-14
18	Code de la sécurité sociale	L. 162-13-2, L. 160-14
19	Code de la santé publique	L. 5134-1
19	Code de la sécurité sociale	L. 160-14
20	Code de la santé publique	L. 4151-2, L. 4161-1, L. 4311-1, L. 5125-1-1 A, L. 5126-1, L. 6211-23, L. 6212-3
20	Code de la sécurité sociale	L. 162-13-4, L. 162-16-1
21	Code de la sécurité sociale	L. 160-14
22	Code de la sécurité sociale	L. 162-14-1, L. 162-14-1-2, L. 162-14-3, L. 162-15, L.162-16-1, L. 162-16-7
23	Code de l'éducation	L. 632-2
24	Code de la santé publique	L. 1435-4-2
25	Code de la santé publique	L. 6115-1 [nouveau]
26	Code de la sécurité sociale	L. 162-1-9-1
27	Code de la sécurité sociale	L. 161-37, L. 162-1-24 [nouveau]
27	Code de la santé publique	L. 6211-18
28	Code de la sécurité sociale	L. 161-37, L. 162-1-7

28	Code de la santé publique	L. 4081-1, L. 4081-2, L. 4081-3 et L. 4081-4 <i>[nouveaux]</i>
29	Code de la sécurité sociale	L. 138-10, L. 138-11, L. 138-15, intitulé de la section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I ^{er} , L. 138-19-1, L. 138-19-2, L. 138-19-3, L. 138-19-6
30	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-5-2, L. 162-16-5-4-1 <i>[nouveau]</i> , L. 162-16-6, L. 162-17-1-3 <i>[nouveau]</i> , L. 162-17-2, L. 162-17-4-4 <i>[nouveau]</i> , L. 162-18, L. 162-18-2 et L. 162-18-3 <i>[nouveaux]</i> , L. 174-15
30	Code de la santé publique	L. 5121-12
30	Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020	78
31	Code de la sécurité sociale	L. 160-13, L. 162-16, L. 162-17-1-2, L. 162-38, L. 162-56, L. 165-1, L. 165-1-1-1, L. 165-1-2, L. 165-1-5, L. 165-2, L. 165-3, L. 165-3-4 <i>[nouveau]</i> , L. 165-4, L. 165-4-1, L. 165-4-2 <i>[nouveau]</i> , L. 165-5 <i>[abrogé]</i> , L. 165-5-1-1 <i>[nouveau]</i> , L. 165-7
31	Code général des impôts	1635 bis AH
31	Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017	54
31	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021	36

32	Code de l'action sociale et des familles	L. 313-12, L. 313-12-2, L. 313-13, L. 313-13-2 et L. 313-13-3 [nouveaux], L. 313-14, L. 313-14-2, L. 313-14-3 [nouveau]
32	Code de la sécurité sociale	L. 241-6-2
33	Code de l'action sociale et des familles	L. 314-2-3 [nouveau], L. 314-2-1,
34	Code de l'action sociale et des familles	L. 232-6
34	Code de la sécurité sociale	L. 223-9
35	Code de l'action sociale et des familles	L. 281-2-1
35	Code de l'action sociale et des familles	L. 281-2 et L. 281-3 [abrogés]
36	Code de la sécurité sociale	L. 531-5, L. 551-1
36	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977	11
36	Ordonnance n° 2021-1553 du 1 ^{er} décembre 2021	2
37	Code de la sécurité sociale	L. 331-10 [nouveau]
38	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996	20-1, 20-5-6, 20-11, 21-13 [nouveau]
39	Code rural et de la pêche maritime	L. 781-44
39	Loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021	108
39	Ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002	21
39	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977	3, 5, 7, 7-2, 9-0 [nouveau], 9, 9-3, 9-8 [abrogé], 9-9, 9-10, 9-11 et 9-11-1 [nouveaux], 11, 11-1 [abrogé]

40	Code de la sécurité sociale	L. 172-1-1
40	Code rural et de la pêche maritime	L. 752-6, L. 732-56, L. 752-7
41	Code de la sécurité sociale	L. 114-10, L. 114-16, L. 114-17-1, L. 114-19, L. 114-22-3 <i>[nouveau]</i>
41	Code du travail	L. 8271-6-5 <i>[nouveau]</i>
41	Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977	13-2
41	Ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996	23-2
42	Code de la sécurité sociale	L. 162-16-1-4 <i>[nouveau]</i> , L. 165-6, L. 322-5-5
43	Code de la sécurité sociale	L. 321-1, L. 321-1-1 <i>[nouveau]</i> , L. 433-1
44	Code de la sécurité sociale	L. 133-4
44	Code rural et de la pêche maritime	L. 725-3-1

ANNEXE N° 3 :
LIENS VERS LES ENREGISTREMENTS VIDÉO
DE L'EXAMEN DU PROJET DE LOI PAR LA COMMISSION

– Lundi 26 septembre 2022 à 21 heures : audition de M. François Braun, ministre de la santé et de la prévention, M. Jean-Christophe Combe, ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, et M. Gabriel Attal, ministre délégué auprès du ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, chargé des comptes publics, sur le projet de loi

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12182886_6331f3b49d22a.commission-des-affaires-sociales--m-francois-braun-ministre-de-la-sante-m-jean-christophe-combe-26-septembre-2022

– Mercredi 5 octobre 2022 à 11 heures : audition de M. Pierre Moscovici, premier président de la Cour des comptes, sur le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12227592_633d45aa03de3.commission-des-affaires-sociales--m-pierre-moscovici-premier-president-de-la-cour-des-comptes-su-5-octobre-2022

– Lundi 10 octobre 2022 à 17 heures : examen des articles du projet de loi (article liminaire à après l'article 5)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12253089_634430233f2d8.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-n-10-octobre-2022

– Lundi 10 octobre 2022 à 21 heures : examen d'articles du projet de loi (après l'article 5 à article 8)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12255460_634469af772ef.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-n-10-octobre-2022

– Mardi 11 octobre 2022 à 18 heures : examen des articles du projet de loi (après l'article 8 à article 10)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12261261_6345901180e22.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-11-octobre-2022

– Mardi 11 octobre 2022 à 21 heures : examen des articles du projet de loi (article 11 à après l'article 22)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12267048_6345c243bbc92.commission-des-affaires-sociales--suite-de-l-examen-du-projet-de-loi-de-financement-de-la-securite--11-octobre-2022

– Mercredi 12 octobre 2022 à 9 heures 30 : examen des articles du projet de loi (article 23 à après l'article 25)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12271475_63466b68bd2fc.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022

– Mercredi 12 octobre 2022 à 15 heures : examen des articles du projet de loi (après l'article 25 à article 33)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12279734_6346ba616b63f.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022

– Mercredi 12 octobre 2022 à 21 heures 15 : examen des articles (après l'article 33 à article 52)

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.12286837_63471037a4e80.commission-des-affaires-sociales--projet-de-loi-de-financement-de-la-securite-sociale-pour-2023-su-12-octobre-2022